ISSN: 1989-6832
www.revistafml.es

Revista de Medicina de Familia y Atención Primaria

Publicación oficial

SUPLEMENTO

IV Jornada de Humanización y Ética en Atención Primaria.

Afrontar el sufrimiento social.

Valencia, 11 de febrero de 2015

SVMFiC SOCIETAT VALENCIANA DE MEDICINA FAMILIAR I COMUNITÀRIA
Haciendo viva la Medicina de Familia en la sociedad

Asociación Viktor E. Frankl

Actividad reconocida de interés sanitario para actos de carácter científico por la Conselleria de Sanitat

Colabora:

Ateneo Mercantil Valencia

Obra Social Fundación "la Caixa"

fml. Febrero 2015; Volumen 19, Suplemento 1. 39 páginas
Indexada en Latindex, Dialnet, Journals For Free, Free Medical Journals
Publicación oficial SVMFiC y Cátedra Medicina de Familia UMH
Artículos de acceso libre bajo una licencia Creative Commons: Uso y distribución no restringidos, nombrando la fuente y sin hacer un uso comercial o modificando la obra.

SVMFiC
JUNTA DIRECTIVA
Presidente
Álvaro Bonet Plá

Vicepresidentes
Victoria Gosalbes Soler
Aurelio Duque Valencia

Tesorero
Francisco Beneyto Castelló

Secretaria
Ana Sanmartín Almenar

Vocal de Alicante
Francisco Ortiz Díaz

Vocal de Castellón
Manuel Batalla Sales

Vocal de Valencia
Dantés Tórtola Graner

Vocal de Pregrado
Jorge Navarro Pérez

Vocal de médicos residentes
María Adsuar Adan

Vocal de grupos de trabajo
Carlos Sanchís Domenech

Vocal de investigación y docencia
Francisca Gil Latorre

Vocal de comunicación y prensa
Javier Sorribes Monfort

Vocal de empleo
María Marín Marín

Revista fml
COMITÉ EDITORIAL
Editor jefe
Javier Sorribes Monfort
Consejo editorial
Manuel Batalla Sales.
Aurelio Duque Valencia
Lluís España Cruñes
Mariona Herrera Arrufat
Paca Gil Latorre
Eloy Martínez Tortosa
Ángel Masoliver Forés
Milagros Oyarzábal Arocena
Salvador Pertusa Martínez
Óscar Pérez Quintana
Belén Persiva Saura
Juan V Quintana Cerezal

IV JORNADA DE HUMANIZACIÓN Y ÉTICA EN ATENCIÓN PRIMARIA. "AFRONTAR EL SUFRIMIENTO SOCIAL"

El 11 de febrero de 2015 celebramos en el Ateneo Mercantil de Valencia la III Jornada de Humanización y Ética en Atención Primaria, en colaboración con la Asociación Viktor E. Frankl.
Con la participación de expertos en las materias de cuidados paliativos, atención domiciliaria, bioética y comunicación, así como expertos psicólogos, oncólogos, trabajadores sociales y otros profesionales relacionados con el manejo del dolor y el sufrimiento.

El presente documento recopila las ponencias presentadas en la Jornada.

Objetivos generales:
La crisis económica y las enfermedades crónicas son situaciones que vemos día a día en las consultas de atención primaria. La pobreza y la exclusión social son además factores de riesgo para la pluripatología y la fragilidad. Con la intención de seguir centrándonos en la persona y no en su enfermedad, proponemos este año centrar la jornada en aquellos pacientes que más están sufriendo esta situación; en los más vulnerables. ¿Somos conscientes de ello? ¿Medicalizamos problemas sociales? ¿Cómo podemos ayudarles?

Dirigido a:
Médicos de familia, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales, residentes y personal socio-sanitario.

Fecha: Valencia, 11 de Febrero de 2015
Horario: 9:00 a 14:45.

Lugar:
Ateneo Mercantil de Valencia.
Plaza del Ayuntamiento, 18 (46002) Valencia.

Inscripción: Gratuita

Comité Organizador:

Carmen Fernández Casalderrey	Amparo Melchor Penella
Adoración Borrell Gascón	Vicente Palop Larrea
Pilar Botija Yagüe	Remei Raga Mari
Carlos Fluixá Carrascosa	Ana Sanmartín Almenar
Amparo Gisbert Aguilar	Victor Suberviola Collados
Jose Luis Guinot Rodríguez	Blanca Martinez Calduch

PROGRAMA E ÍNDICE DEL SUPLEMENTO

9:00-09:15. Bienvenida y entrega documentación

09:15-09:30. Inauguración de la Jornada
Ilmo. Sr. D. Manuel Escolano Puig. Secretario Autonómico de Autonomía Personal y Dependencia. Conselleria de Bienestar Social.
Dña. Montserrat Buisán Gallardo. Directora del Departamento Lucha contra la pobreza y humanización de la salud. Fundación bancaria "la Caixa"
D. Alvaro Bonet Plá. Presidente de la Sociedad Valenciana de Medicina Familiar y Comunitaria (SVMFiC)
D. Sebastián Tabernero Capella. Presidente de la Asociación Victor E. Frankl (AVEF)

09:30-10:00. Conferencia inaugural: "Abordar el sufrimiento social: inversión en salud". Albert Planes Magriñá. Médico de Familia. EAP Sta Eugènia de Berga. Miembro del grupo de ética de la CAMFiC.

10:15- 11:45. Mesa 1: El sufrimiento social: Su abordaje en la consulta del Médico de Familia.
Modera: Remei Raga Mari. Médico de Familia. CS República Argentina. Valencia. Grupo Comunicación y salud. Grupo del 3er y 4º mundo de la SVMFiC.

- **"Es posible otra mirada de la salud desde la consulta". Gloria Rabanaque Mallén.** Médico de Familia. Grupo del 3er y 4º mundo de la SVMFiC.
- **"Terapia familiar breve: una herramienta útil en la consulta del Médico de Familia" Jesús Navas Cutanda.** Médico de Familia. Grupo de Comunicación y Salud de la SVMFiC.
- **"La intervención del trabajador social sanitario ante situaciones de grave necesidad. Información y acceso a recursos". Mª Angeles Celada Pérez**. Trabajadora social. Centro de salud Torrent 1. Departamento 9.

11:45-12:15. Pausa

12:15-13:15. Mesa 2: Alternativas no farmacológicas al malestar psicológico/ emocional.
Modera: Caterina Vicens Caldentey, Médico de Familia. CS Son Serra-La Vileta. Palma de Mallorca. Baleares. Grupo de Utilización de Fármacos de la semFYC.

- **"Psicoterapia breve en la consulta de Atención Primaria". Ermengol Sempere Verdú.** Médico de Familia. CS Paterna. Grup del Medicament de la SVMFiC. Grupo de Utilización de Fármacos de la semFYC.
- **"La indicación de no-tratamiento". Alberto Ortiz Lobo.** Psiquiatra. Centro de Salud Mental Salamanca. Hospital Universitario La Princesa. Madrid.

13:15-14:30. Mesa 3: Crisis, sufrimiento social y espiritualidad. El sentido de la vida y el sufrimiento social.
Modera: Jose Luis Guinot Rodríguez. Médico radioterapeuta IVO. Vicepresidente AVEF.

- **"Enfermedad durante la crisis. Límites y posibilidades desde nuestras consultas". Carmen del Barrio Porto.** Psicóloga. Asociación Carena.
- **"Elegir la actitud ante el sufrimiento y la crisis". Manuel Martinez Cuesta.** Psicólogo AVEF.

14:30-14:45. Conclusiones y cierre Jornadas.

Conferencia inaugural

Abordar el sufrimiento social: Inversión en salud

Albert Planes Magrinyà.
Médico de familia. EAP Sta. Eugènia de Berga (ICS)
Miembro del grupo de ética de la CAMFiC.
Correspondencia: aplanesm@camfic.org

Resumen

El dolor, frecuente motivo de consulta, es muchas veces de origen social. Pese a que no aparece en los manuales de medicina y no nos han enseñado como abordarlo, podemos aprender. Podemos escuchar, acoger con compasión, evitar medicalizar/anestesiar, ayudar a contextualizar y normalizar, hacer prescripción social y denunciar.

El dolor es un frecuente motivo de consulta en atención primaria. No siempre su origen es físico. A menudo tiene su origen en el sufrimiento social, aquel que proviene de un entorno desfavorable, incluso inhumano.

Frecuentemente buscamos buenas razones para no afrontar el problema:

- El dolor social no parece en los manuales de medicina. Somos profesionales de lo orgánico
- ¿Qué quieren esa gente. ¡Me piden atención por las molestias derivadas de sus problemas…! "Esto, señora…, no es cosa mía"
- Bueno…, claro, si sufre mucho, si se angustia por sus problemas…, puedo darle algo para sedarla…, o incluso un antidepresivo para que salga del pozo…
- Eso de atender el dolor social no está incentivado por la *Conselleria de Sanitat*: no nos pagan por eso.
- Aunque quisiera hacerlo, nadie me enseñó cómo abordar el dolor social..

Es cierto que no aparece en los manuales. De hecho se expresa de formas múltiples y variadas: como malestar, como angustia, como "depresión", se somatiza… Sin embargo, algunos estudios nos señalan que el sufrimiento social activa las mismas áreas cerebrales que el dolor físico .

Después de toda una mañana atendiendo dolores "de los de verdad", mocos y más mocos, la urgencia del día, el domicilio de turno, los controles (más y más controles…) va y aparece "la del malestar general", la que "está de los nervios" y "me pone de los nervios". Y, entonces, es cuando me surge la frase: "Eso Sra., no es cosa mía…". Pero, lo cierto es que esas personas sufren, se encuentran mal, enferman… Y, si atiendo a personas… ¿eso no es función mía? Por cierto, ¿podría disminuir el número de visitas por mocos o por controles…?.

Está claro: si sufre mucho, se angustia, se "deprime", no podrá soportarlo. Encontraré alguna entrada en el "DSM-25" que lo prevea y me indique tratamiento farmacológico. Una benzodiacepina para disminuir la angustia, un antidepresivo moderno para minimizar la clínica depresiva. Igual mejoro algún síntoma, pero, sin duda, acabaré "anestesiando" a la persona y, probablemente, cronificando la situación. Lo cierto es que la vida sin dolor no existe . El dolor social no es una enfermedad, forma parte de la vida: igual lo importante es el proceso de vivirlo y superarlo, ayudar a empoderar a la persona para afrontarlo.

Las personas con sufrimiento social no necesitan fármacos. Pero sí otro tipo de "recetas", de soluciones sociales, políticas. Quizá por eso la atención a las personas con dolor social no está incentivada: igual es "demasiado" importante y, ya se sabe…, las prioridades de los gestores no siempre coinciden con las de los ciudadanos. Por cierto: las personas de clase social más alta tienen una esperanza de vida 10 años más alta que las personas de clase social más desfavorecida . ¿Eso no es importante…? ¿10 años más o menos de vida no tiene que ver con la salud…?. Algunos autores nos han enseñado como el código postal (donde se nace) influye mucho más en la salud que el código genético . Eso de morirse antes parece bastante "médico", igual me compete…

Ciertamente nadie me enseñó cómo abordar el sufrimiento social. Pero no es menos cierto que tampoco me enseñaron como infiltrar, como hacer el control de los pacientes hipocoagulados, como hacer una buena entrevista o como controlar el dolor físico con morfina. No me enseñaron, pero me preocupé de aprender… Quizás no quiero aprender porque atender el dolor social me implica emocionalmente, es duro. Igual necesito cambiar mi actitud. Puedo aprender a no medicalizar, a reconstruir la historia personal, a resignificarla , más allá de la enfermedad clásica. Necesito aprender a centrar mi atención en la persona. Y seguro que sería una buena inversión.

Como médico, como profesional de atención primaria, ¿puedo hacer algo para ayudar a las personas que acuden con malestar derivado de su sufrimiento social?. Ciertamente podría hacer muchas cosas. Entre ellas:

- Escuchar, acoger con compasión (compartir la desgracia ajena, sentirla), atender a las personas y poner en valor la proximidad: tratar con calidez, estimación y cortesía, procurando comprender sus emociones y mantener la serenidad en los momentos difíciles .
- Evitar prescribir fármacos innecesarios, medicalizando, anestesiando, limitando la capacitación de la propia persona para afrontar sus problemas.
- Ayudar a contextualizar, a normalizar el dolor social como algo humano y "sano" ante los problemas sociales.
- Practicar la prescripción social, actuando como catalizador para que la persona busque ayuda, encuentre colaboración, inicie la resolución de sus problemas.
- Denunciar las causas del sufrimiento social como determinantes negativos para la salud. Si hemos denunciado el tabaco, o otros agentes como causa de enfermedad, ¿no deberíamos hacer lo mismo con el sufrimiento social…?emocionalmente, es duro. Igual necesito cambiar mi actitud. Puedo aprender a no medicalizar, a reconstruir la historia personal, a resignificarla[1], más allá de la enfermedad clásica. Necesito aprender a centrar mi atención en la persona. Y seguro que sería una buena inversión.

Como médico, como profesional de atención primaria, ¿puedo hacer algo para ayudar a las personas que acuden con malestar derivado de su sufrimiento social? Ciertamente podría hacer muchas cosas. Entre ellas:

- Escuchar, acoger con compasión (compartir la desgracia ajena, sentirla), atender a las personas y poner en valor la proximidad: tratar con calidez, estimación y cortesía, procurando comprender sus emociones y mantener la serenidad en los momentos difíciles[2].
- Evitar prescribir fármacos innecesarios, medicalizando, anestesiando, limitando la capacitación de la propia persona para afrontar sus problemas.
- Ayudar a contextualizar, a normalizar el dolor social como algo humano y "sano" ante los problemas sociales.
- Practicar la prescripción social, actuando como catalizador para que la persona busque ayuda, encuentre colaboración, inicie la resolución de sus problemas.
- Denunciar las causas del sufrimiento social como determinantes negativos para la salud. Si hemos denunciado el tabaco, o otros agentes como causa de enfermedad, ¿no deberíamos hacer lo mismo con el sufrimiento social…?

Bibliografía

[1] Novembre G, Zanon M, Silani G. Empathy for social exclusion involves the sensory-discriminative component of pain: a within-subject fMRI study. Soc Cogn Affect Neurosci. 2015; 10(2):153-64

[1] Ojuel J. ¿Anestesiar o empoderar? AMF 2014;10(3):122-3

[1] Gavilán E. Es la vida, no una enfermedad. AMF 2014;10(6):302-3

[1] Agència de Salut Pública de Barcelona. La salut a Barcelona 2013. Agència de Salut Pública de Barcelona. Barcelona 2015

[1] Cofiño R. Tu código postal puede modificar tu código genético AMF 2013;9(9):483-4

[1] Ortiz A, Sobrado AM. El malestar que producen los problemas de la vida. AMF 2013;9(7):366-72

[1] Grup d'ètica camfic. El compromís com a metge/essa de família. Camfic. Barcelona, 200

Introducción y conclusiones

Remei Raga Marí.
Médica de familia y comunitaria en CS República Argentina, Valencia.
Grupo Comunicación y salud de la SVMFiC. Grupo del 3er y 4º mundo de la SVMFiC.
Correspondencia: remeiraga@gmail.com

Resumen

Reflexión acerca de la correlación existente entre desigualdad social que genera diferencias en salud: las denominadas desigualdades sociales en salud cuyo origen se genera en la pertenencia a una clase social, género,etnia, situación migratoria o empleo o ejes de desigualdad (1). El abordaje de la salud/enfermedad desde la perspectiva de los determinantes socio-económicos.

La medicina tiene que intentar curar a veces, aliviar frecuentemente y consolar siempre

¿Quién de nosotros no se ha preguntado alguna vez qué más puedo hacer por la persona que acude a nuestra consulta con una demanda que trasciende la atención individual?
Sabíamos que la salud depende básicamente de los determinantes sociales incluyéndose entre ellos hábitat, vivienda, educación, distribución de la riqueza, existencia de un sistema sanitario de cobertura universal, pero también y desde hace décadas existen fuertes evidencias científicas de como los determinantes sociales influyen en el proceso salud/enfermedad: investigaciones llevadas a cabo por epidemiólogos como Marmot y otros confirman que indicadores como esperanza de vida, morbimortalidad y hasta exposición a factores de riesgo son peores en los estratos sociales y niveles socioeconómicos más desfavorecidos.(2) (3)
Instituciones públicas y privadas, universidades internacionales y organismos como la OMS, UNICEF, incluso El Ministerio de Sanidad en 2010 (4) ya promovió el abordaje de la salud desde la perspectiva de los determinantes (escala social, exclusión social, trabajo precario, desempleo, falta de apoyo social, etc.)
Además de ello en estos últimos años se han ido incorporando nuevos conceptos como pobreza energética, sufrimiento social, a nuestro cuadro de mandos para identificar y caracterizar procesos que escapan a priori a cualquier entidad nosológica manejada. Porque nos han enseñado a tratar con la enfermedad pero no con la pobreza y es hora de abrir los ojos a una realidad que cada día nos impele a observar y asumir que no basta con la práctica médica hegemónica para dar solución a toda esta problemática o sufrimiento.
Y porque sabemos que los riesgos más importantes sobre la salud dependen de la evolución negativa de los determinantes sociales, entre los que destaca el paro y la gran proporción de personas en riesgo de pobreza y porque las desigualdades sociales han aumentado (5)
Nos deberíamos preguntar si estamos dispuesto a ayudar a descubrir el origen del dolor social de nuestros pacientes, o si tenemos quizás alguna responsabilidad en su denuncia, visibilidad, abordaje y registro.
¿Cuál debe ser nuestra actitud cuando alguien nos plantea que no puede dormir preocupado por su situación económica ¿debe ir al centro de salud o sustentarse con el apoyo de su red social?
Quien pierde su vivienda y/o su trabajo ¿necesita la ayuda de su doctora o necesita ayuda?
Ante la evidencia de las desigualdades socioeconómicas (Iona Heath lo llama violencia estructural) y sus efectos negativos en la salud como algo injusto y evitable; debemos plantearnos la efectividad y el abordaje de nuestras acciones enfocadas a aliviar el sufrimiento social de nuestros pacientes. Pero trabajamos hacia la captación y visibilización de este sufrimiento social y sus causas?, ¿ los efectos negativos de la precariedad económica y la exclusión social?, ¿realizamos screening de pobreza como lo hacemos de otros factores de riesgo por ejemplo RCV y otras enfermedades?, ¿tenemos registro de ello en la historia clínica como tenemos de alergias, hábitos tóxicos, etc.?, ¿existen, quizás, otros recursos del sistema para abordar este sufrimiento?
Como sanitarios especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria: más allá del modelo salutogénico y del empoderamiento individual ¿incorporamos la orientación comunitaria?¿tenemos en cuenta otros recursos como la familia, redes sociales, otras? ¿existe acaso una prescripción social para problemas sociales?
¿estamos preparados ante alguien que nos diga?: "Doctor, no me recete medicinas. Necesito recursos" "no me mire sólo la panza y el perímetro, doctor, mire mi nómina y mi vivienda".
A veces lo inmediato se come lo urgente y la necesidad de ofrecer una respuesta supera el análisis de la situación estructural que hay detrás de una demanda.
Porque la atención al *sufrimiento social* no es un trabajo exclusivo del sistema sanitario. Porque el Centro de Salud no es el único centro de la salud.
En la consulta y en nuestro entorno contamos con herramientas que incluyen: el abordaje desmedicalizador y salutogénico, sensible a las determinantes socioeconómicos y la desigualdad

social siendo conscientes de que nos llevan a la desigualdad en salud, la terapia familiar breve y otras técnicas. La visualización en la historia clínica con el cribaje y registro de los determinantes sociales de la salud. La prescripción social como una herramienta clínica eficaz: el caso de Canadá (6). Habrá también que devolver a la esfera social los problemas sociales y empoderar a los pacientes para que no vivan su angustia como una enfermedad sino como producto de una realidad que se puede transformar.

Animar al afrontamiento, al cambio social y a la participación comunitaria.

Y, finalmente ver también, oportunidades en este sufrimiento: utilizar más recursos, potenciar valores como la solidaridad, compromiso social, creatividad y otros y desarrollar nuevos enfoques desde la consulta con la perspectiva de la vulnerabilidad y priorización. Ya que *otra forma de mirar la salud/enfermedad es posible*

Participar en iniciativas como ODUSALUD que están contribuyendo a la cobertura sanitaria de los excluidos, las rutas jurídicas y mucho más.

Como dice Michael Marmot "if the major determinants of health are social, so must be the remedies"

Debemos pues trabajar para hacer visible lo invisible y fomentar una sociedad más justa.

Bibliografía

- Segura del Pozo J. Las desigualdades sociales en salud: un reto para las políticas públicas. Blog del autor.
- M. Marmot, The Status Syndrome.
- Iona Heath. Medicina General en tiempos de austeridad. AMF 2013;9(11):618-623
- "Avanzamos hacia la equidad".Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Ministerio de sanidad y política social. Comisión para Reducir las Desigualdades en Salud en España. Gac Sanit 2012;26:182-189.
- A.Segura Benedicto, Recortes, austeridad y salud. Informe SESPAS 2014
- Gary Bloch MD CCFP. Poverty: A clinical tool for Primary Care in Ontario. Family &Community Medicine University of Toronto, Ontario College of Family Physician. 2013.

Desde la consulta otra mirada de la salud es posible.

Gloria Rabanaque Mallén.
Médica de Familia. C.A. Navajas de la Zona de Salud de Segorbe (Castellón). GdT Tercer y Cuarto Mundo de la SVMFiC

Es conocida la importancia de los determinantes socioeconómicos en el proceso de salud-enfermedad, siendo sobre los años 70 en Reino Unido, cuando aparece el concepto de la Epidemiología Social. En 1978 el estudio Whitehall y el informe Black marcaron un hito en esta materia, al objetivar que para todas las causas de muerte, exceptuando las genitourinarias, el riesgo de muerte se incrementaba en la base de la pirámide de la escala laboral, teniendo también mayor facilidad para tener más factores de riesgo[1].

En España, es en 1996 cuando por primera vez una Comisión Científica del Ministerio de Sanidad y Consumo saca a la luz un informe sobre Desigualdades Sociales de Salud elaborado por Navarro López y Benach[2] con recomendaciones para desarrollar políticas públicas dirigidas a disminuir las desigualdades existentes y mejorar la salud de los españoles.

Hay evidencia científica y epidemiológica de que la desigualdad social lleva a desigualdad en salud, a mayor riesgo de enfermar y morir y a menor expectativa de vida. Así pues, parece claramente establecido que la enfermedad y la muerte no se reparten equitativamente.
En este sentido abundan diversos autores con aseveraciones tan contundentes y expresivas como la de Alfonso Aguilar[3] que dice:"más le temo a la pobreza que al bacilo de Koch". O Rafael Cofiño[4] que dice que "tu código postal puede condicionar tu salud más que tu código genético", haciendo referencia a un estudio en el que utiliza el mapa del metro de Londres para objetivar que al apearse en las estaciones de barrios más desfavorecidos va disminuyendo la esperanza de vida de sus habitantes. Hace alusión a la epigenética al considerar que nuestro genoma puede modificarse con la exposición a factores externos y condiciones del entorno.
Así mismo, Javier Segura del Pozo[5], médico salubrista hace un viaje en el tren de cercanías C-4 por las desigualdades en mortalidad en la Comunidad de Madrid desde la estación de un barrio de clase media alta hasta una de un barrio de clase baja en la periferia sur, observando que los distintos paisajes urbanos se correlacionan con desigualdades en salud de los distintos barrios y una razón de mortalidad estandarizada en hombres en el periodo de 1996 a 2003 superior a 1 en los barrios pobres, no atribuible a la edad u otras causas.
Además existe numerosa bibliografía sobre cambios en la esperanza de vida cuando concurren determinantes sociales. Se pueden citar algunos ejemplos, tales como las conclusiones de los estudios de Michael Marmot[6] recogidos en su libro The Status Syndrome, que establecieron que los profesionales cualificados, expertos y los que ocupan puestos directivos tienen mayor esperanza de vida que los profesionales manuales poco cualificados. Incluso tiene menor riesgo de enfermar y morir un fumador de clase social adinerada que un fumador de clase social desfavorecida. También hay mayor riesgo cardiovascular en personas sometidas a precariedad laboral, estrés, desempleo, así como mayor riesgo de obesidad por falta de acceso a alimentos saludables, y de conductas de abuso de tabaco, alcohol y otras drogas en personas en situación de vulnerabilidad social.
Entonces, tras estas consideraciones nos podemos preguntar de qué depende la salud de las personas. Según un modelo propuesto por la Universidad de Wisconsin[7], excluyendo las cuestiones genéticas, el peso atribuible a los distintos determinantes de salud-enfermedad es de un 40% a factores socioeconómicos, 40% a conductas saludables, 10% a calidad de medio ambiente, entorno y un 10% al sistema sanitario.
Así pues, los riesgos más importantes para la salud dependen de la evolución negativa de los determinantes sociales entre los que destaca el paro, la población vulnerable en riesgo de exclusión y la pobreza.[8] Todo ello conduce a la desigualdad social y en salud que, en términos epidemiológicos podemos considerarla como la peor epidemia de nuestra civilización. Resulta humanamente vergonzante y científicamente paradójico que con los adelantos tecnológicos y farmacológicos de los que se dispone actualmente, la desigualdad social y en salud sea equiparable a la peste del siglo XXI. Y autores como Benach[9] afirman que "si esta plaga se debiera a un tóxico de una fábrica, ésta ya se habría cerrado".

Desde la consulta
Acercándonos desde la evidencia epidemiológica de este fenómeno hasta la Atención Primaria podemos observar en esa importante confluencia entre la Salud Pública y el ejercicio de la Medicina de Familia como se materializa en nuestras consultas.

Es aceptado que la desigualdad social daña nuestra salud. Pero ¿somos capaces de verlo, de hacerlo visible, de contemplarlo? O, por el contrario ¿miramos hacia otro lado? ¿o somos víctimas del aumento creciente de la fobia social a la pobreza, recientemente acuñado con el término de aporofobia , tal como alerta la filósofa Adela Cortina?[10]
La Atención Primaria, según Martín Zurro[11] es un importante pilar del sistema sanitario que forma parte del desarrollo político, social y económico de cada país. Considera que, puesto que un sistema sanitario centrado fundamentalmente en la tecnología no es eficiente en términos de salud poblacional, es necesario que la Atención Primaria de respuesta y se adapte a los cambios sociales y a los nuevos patrones de utilización de servicios tal y como se percibe en estos momentos con el nuevo escenario social.

Por otra parte, los Médicos de Familia atendemos a las personas y sus familias de una forma integral, integrada, de forma continuada y permanente. Nos situamos en un lugar privilegiado porque tratamos a enfermos, a personas que sufren por la situación de vulnerabilidad que los pone en riesgo de enfermar. Somos testigos objetivos de la vida de nuestros pacientes, los archiveros de su historia, lo que nos cualifica para observar y detectar el devenir de la historia de la comunidad en la que viven.[12]

En la consulta nos enfrentamos a diario, más directamente que otros médicos, a la agudización de un sufrimiento que les ha impuesto la crisis económica, social y política, a esa gente que puede enfermar y morir de amor, de pena, de sufrimiento, de impotencia, de hambre, de frío o de pobreza en definitiva.
Un grupo de discusión focal de 30 médicos de familia que acudieron a un taller llevado a cabo en el XXV Congreso de la Sociedad Valenciana de Medicina Familiar y Comunitaria sobre sufrimiento social aportó diversos datos, entre los que se puede destacar que casi la totalidad detectan con mucha o bastante frecuencia consultas por malestar emocional, aumento del presentismo laboral, abandono de tratamientos o incumplimiento terapéutico por problemas económicos y resaltan la importancia del papel del Médico de Familia en la consulta ante dicho sufrimiento social, aunque sólo un tercio de ellos identifican a los pacientes con más probabilidad de exclusión social y con mayor riesgo de enfermar por estas causas, apreciándose un importante desconocimiento de recursos sobre prestaciones sociales y experiencias comunitarias colaborativas de participación ciudadana.

Ante la constatación de esta realidad, citar a John Berger[12] cuando dice que "quien mira por encima o hacia otro lado o cierra los ojos es, como mínimo, cómplice de lo que sucede", suscita una reflexión, especialmente si se trata de situaciones reversibles que provocan una desigualdad injusta, innecesaria y evitable.

Y también invita a la acción, empezando por abrir bien los ojos, enfocar para captar la realidad de manera crítica, e intentar aprender a mirar la salud desde otra perspectiva, con otra mirada que permita ver cómo la desigualdad social daña la salud de nuestros pacientes y buscar soluciones con planteamientos adecuados que resulten más eficaces.

Aprovechando esta realidad socioeconómica se ha propuesto la mal llamada austeridad como el tratamiento, cuando, es el origen de la enfermedad. La austeridad no es necesariamente mala. Es mala, según Iona Heath[13] "la imposición ideológica de la austeridad que aumenta la violencia estructural, convirtiendo en natural la desigualdad y haciendo responsables a las víctimas". Es mala la privación que provoca sufrimiento social. Se habla de la importancia de la recesión económica, pero lo que realmente tiene un valor absoluto muy superior a cualquier dato estadístico es que se traduce en una recesión humana. La bolsa se recuperará pero los daños en las vidas de muchas personas serán irreversibles. Así pues, el problema no son los recortes, sino qué se recorta, a quién y en qué.
Todos los médicos de familia vivimos en el día a día de las consultas las manifestaciones biológicas de unos cambios biográficos impuestos por situaciones generadoras de daño y sufrimiento en muchos de nuestros pacientes, debiendo de ser cuidadosos a fin de que nuestros diagnósticos puedan esconder y tolerar la injusticia social[13].
Haciendo un zoom hacia el trabajo cotidiano, todos podemos reconocer motivos de consulta similares. Lo que puede ser diferente es nuestro diagnóstico etiológico desde la perspectiva biologicista o psicosocial, desde la consideración de que cada paciente es único, enferma de maneras diferentes y tiene una historia personal que no se puede ignorar. En la consulta, una visión caleidoscópica nos puede permitir verlo de forma que, tras cada síntoma puede esconderse un sufrimiento de origen social, ocasionado por una serie de situaciones avaladas por datos publicados diariamente en la prensa e informes de distintas Organizaciones No Gubernamentales y entidades[14-19] , así como de distintas comunicaciones de estudios presentados en la XXXII Reunión Científica de la Sociedad Española de Epidemiología[20-28], entre otros, que se podría obviar, pero también expresar como una Letanía, al igual que cantaba Vinicius de Moraes, a modo de escenificación y, con el fin de ponerse en situación e invitar a la reflexión con un enfoque de las consultas más humano : "Tengo fiebre o el brazo roto, pero no quiero la baja. Temo que me echen del trabajo" porque… aumenta el presentismo laboral; "¿Dra. No hay nada más barato para tratar la Diabetes?. No puedo tomar el tratamiento. No puedo pagarlo" porque…uno de cada cuatro médicos nota abandono de medicación por

motivos económicos, hay copago sanitario y 686.600 hogares sin ingresos, lo que conduce a un aumento de frecuentación al hospital por descompensación de patología crónica; "Me mareo, me duele la cabeza, tengo hormigueos, vómitos, un nudo en el estómago, no puedo ni levantarme por las mañanas. Estoy desempleada. Cáritas nos ayuda. No veo salida", porque... aumenta el sufrimiento social; "Tengo ansiedad, estoy deprimida. Mi situación económica es indigna" porque...aumentan los trastornos del estado de ánimo y problemas de salud mental. Hay una disminución de autoestima, que es tres veces peor en hombres desempleados con precariedad laboral y se producen 10 suicidios/día en España; "Pasamos frío. No nos llega para pagar la calefacción", porque… hay un 15% de hogares con pobreza energética, el doble que en 2007, España es el 4º país de Unión Europea con más mortalidad adicional en invierno. Por cada grado de descenso de temperatura aumenta un 2,2% la mortalidad. Según la Organización Mundial de la Salud, un 22% de muertes serían evitables si hubiese acceso a la calefacción; "Llevo una brecha en la cabeza. Se nos ha derrumbado el techo de la casa", porque... la causa fundamental es la pobreza, hay un aumento de desahucios, se cifra en unas 40.000 las personas sin techo y, en la Comunidad Valenciana a finales de 2013 había un 65% de hogares vulnerables y excluidos; "Cada vez es más difícil vivir en los pueblos. No puedo desplazarme. No me mande al especialista", porque...disminuye la frecuentación a las consultas, hay miedo a perder el trabajo, sentido de austeridad, disminuyen las carteras de servicios y aumento de listas de espera; "Aunque insista, entiendo que soy diabética pero no puedo seguir la dieta. Lo peor es que hay días que no tengo nada que darles de comer a mis hijos", porque... no poder seguir la dieta por problemas económicos es un indicador de pobreza, hay un 32,6% de menores en riesgo de exclusión social, tener más de dos hijos en España aumenta en un 50% el riesgo de pobreza, la mitad de las familias monoparentales están en esta situación, sólo llega ayuda a una familia de cada 10. España está a la cola en igualdad social; "Si, bebo alcohol y fumo marihuana para no pensar", porque...aumenta el tabaquismo, el consumo de alcohol y marihuana entre la población vulnerable hay; "Somos más pobres desde que mi marido trabaja y eso que trabaja 12 horas, porque...hay un 12% de pobres entre los que trabajan en precario. En la Comunidad Valenciana un 40% de personas no llegan a fin de mes y al menos tienen dos carencias básicas, según datos de 2013, el desempleo en menores de 24 años aumentó del 29% en 2008 al 58,6% en 2013, aumentando la precariedad en el empleo; " No comemos bien. No he podido acceder a la ayuda de comedor porque hay que pagar el 50% y no lo tengo", porque...aumenta la obesidad entre los más pobres, se triplican las familias con menores que acuden a servicios de protección alternativos y hay una disminución de dotaciones presupuestarias gubernamentales para alimentación y vivienda; " Tengo miedo de ir al médico porque soy inmigrante por si no me visitan o me cobran", porque… hay una vulneración del derecho universal a la salud tras la aplicación del Decreto 16/2012 de sostenibilidad del Sistema Sanitario, condicionando que entidades civiles, sociedades científicas y Organizaciones No Gubernamentales[29]firmasen la Declaración de Granada contra la exclusión sanitaria en España.

Ante este paisaje sociosanitario que estamos divisando desde la consulta, aprovechamos la IV Jornada de Humanización y Ética para proponer ser sensibles, detectar y denunciar la desigualdad social y en salud de nuestros pacientes e investigar los cambios en nuestras consultas.

Se propone un cambio de paradigma en la asistencia a nuestros pacientes y en las actividades preventivas, desde la consideración, tal como venimos reiterando, de que el 40% de la salud depende de factores socioeconómicos y que la pobreza es uno de los mayores determinantes de salud-enfermedad.

Debemos plantearnos que si calculamos, registramos y tratamos diversos factores de riesgo, entre ellos los de enfermedad cardiovascular o de fractura osteoporótica, se puede romper la inercia y tener en consideración la inadecuación del ambiente de pobreza, desempleo, las condiciones insalubres de vivienda o las consecuencias de la pobreza energética como importantes factores de riesgo de morbimortalidad.

En este sentido, merece la pena destacar una experiencia llevada a cabo en Canadá por el Colegio de Médicos de Familia y la Universidad de Toronto[30] en 2013 para dar respuesta al hecho de que la pobreza afecta a una parte importante de la población, constatando que un 24% ve disminuida su esperanza de vida sólo por detrás de los que tienen neoplasias con un 30%. Y ante la evidencia de que la pobreza es un factor de riesgo para la salud equivalente a la hipertensión arterial, hipercolesterolemia y el tabaco, han decidido invertir esfuerzos para tratar y resolver este grave problema de salud, haciéndose la pregunta de si se debe tratar la "pobreza" como un equivalente a otros factores de riesgo. La respuesta es rotundamente SI. De modo que han llevado a cabo un estudio para validar una sola pregunta de cribado de pobreza para todos los pacientes, formulándola del siguiente modo: ¿Alguna vez tiene usted dificultades para llegar a fin de mes?, lo cual permite detectar pacientes que viven por debajo del umbral de la pobreza con una sensibilidad del 98% y una especificidad del 64%. Aportan instrucciones para médicos y un tríptico informativo con siete cuestiones para ayudar a pacientes que se encuentran en esta situación.

Al mismo tiempo, convendría hacer un esfuerzo por revertir la "Ley de cuidados inversos" que ya enunció Julián Tudor Hart en 1971, según la cual

queda patente que la atención médica tiende a variar de forma inversamente proporcional a la necesidad de la población asistida, cumpliéndose mas intensamente dónde la atención médica está más expuesta a las fuerzas del mercado. La asistencia e inversión sanitaria se concentra en la población más favorecida en dónde se desarrolla una cultura sanitaria de la medicalización de la vida y consumo de servicios sanitarios, en ocasiones infundados e innecesarios[31].
En España, según informe de Organización para la Cooperación al Desarrollo (OCDE)[14] de 2014 sobre gasto social , el quintil de población de renta superior recibe el 40% de transferencias sociales y el quintil inferior el 10%.
Según este informe en España hay importantes diferencias en la asistencia odontológica. Se estima que la salud bucodental es un marcador de pobreza, considerando que para saber la clase social de una persona es más efectivo mirarle la boca que la renta declarada, puesto que disminuye la probabilidad de ir al dentista en familias vulnerables y desocupadas[30].

¿Qué podemos hacer en la consulta?

-Tener en cuenta los determinantes socioeconómicos al valorar a los pacientes, incluyendo estas situaciones y variables en la anamnesis y haciendo cribado de pobreza.
- Conocer los indicadores de exclusión social y en salud (Tabla I), para identificar personas y familias vulnerables en riesgo de enfermar[17].
- Tras hacer un diagnóstico psicosocial, registrarlo en la historia, utilizando la codificación de CIE-9 para su control y seguimiento.
- Identificar el sufrimiento social y el malestar emocional.
- Detectar y denunciar situaciones de vulneración del derecho universal a la salud.
- Aprender a hacer "Prescripción social". Para ello se impone conocer los recursos sociales disponibles y buscar alianzas con otros agentes comunitarios y de salud para aquellos problemas de salud que trasciendan a las consultas de Atención Primaria y apoyar iniciativas de participación ciudadana, grupos de autoayuda, pacientes expertos e intervención comunitaria.
- Potenciar el trabajo en equipo y multidisciplinar con trabajadores y educadores sociales.
- Manejo de la disfunción familiar y sufrimiento social, intentando no medicalizarlo, aplicando técnicas de manejo de terapia familiar breve y del malestar emocional como herramientas de trabajo.
- En caso de ser necesaria la prescripción de fármacos, tener en cuenta su precio, coste-eficacia y preguntar si su situación económica les va a permitir acceder a su compra.
-En resumen, se trataría, como dice Cofiño[4], "de adoptar un espíritu crítico con ciertas terapéuticas posibilistas, buscando un equilibrio entre el abordaje biopsicosocial, integral, en equipo, multidisciplinar, centrado en las personas que viven en entornos reales que, en suma, es algo que caracteriza a la Medicina Familiar y Comunitaria y la Atención Primaria, mejorando su enfoque y funcionamiento de la mano de un nuevo modelo de Salud Pública"

¿Qué podemos hacer a nivel poblacional y como aportación a la salud pública?[8,15]
-Las consecuencias de la pobreza exigen una decidida intervención sanitaria. Reorientación de los servicios sanitarios de acuerdo a la carta de Otawa de promoción de la salud, fomentando la perspectiva comunitaria.
-Monitorizar los determinantes de salud en niños y jóvenes para poder evaluar los efectos de la crisis sobre la salud pública y el sufrimiento social, con el objetivo de intentar mitigar los efectos devastadores de esta situación que impacta de forma especialmente negativa en la salud de futuras generaciones.
-Sensibilizar a la población y a los profesionales.
-Exigir políticas sociosanitarias de igualdad social y en salud dirigidas a disminuir desigualdades sociales e intervenciones radicales, es decir desde la raíz del problema que permitan una redistribución de la riqueza, facilitando planes de políticas públicas de educación, salud, trabajo para todos, que ofrezcan esperanza e igualdad de oportunidades.
-Exigir datos fiables
Finalmente, manifestar que no podemos tolerar la desigualdad social y en salud si creemos que es intolerable la enfermedad, el sufrimiento y la mortalidad evitable, injusta e innecesaria, porque otra forma de mirar la salud es posible.

Bibliografía

1 - Segura del Pozo J. Las desigualdades sociales en salud: un reto para las políticas públicas [Internet]. 2014 May. [citado el 10 de Febrero de 2015]. Disponible desde: http://dx.doi.org/10.5569/1134-7147.55.04.
2 - Navarro López V, Benach. Desigualdades sociales de salud en España. Informe de la Comisión Científica de estudios de las desigualdades sociales de salud en España. Rev. Española de Salud Pública. [Internet]. 1996 Sep. [citado el 6 de Febrero de 2015];70:503-504.Disponibledesde:http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL70/70_5_503.pdf.
3 - Aguilar A. Más le temo a la pobreza que al bacilo de Koch [Internet]. 2014 Sep. [citado el 6 de Febrero de 2015]. Disponible desde : http://www.excelsior.com.mx/opinion/alfonso-aguilar/2014/09/14/981589.
4 - Cofiño Fernández R. Tu código postal puede modificar tu código genético. AMF. 2013;9(9):483-484.
5 – Segura del Pozo J. Un viaje en tren por las desigualdades en mortalidad (Desigualdades sociales en salud en la Comunidad de Madrid (15)). Salud Pública y algo más. [Internet]. 2011 Jul. [citado el 6 de Febrero de 2015]. Disponible desde http://www.madrimasd.org/blogs/salud_publica/2011/07/13/132690.
6 – Marmot MG. The Status Syndrome: how social standing affects our health and longevity. New York: Henry Holt; 2005.
7-Booske BC, Athens JK, Finding P, Remington H . Different Perspectives for assingning weights to determinantes of Elath. Wisconsin Country Health Rankings. [Internet].2010 [citado 26 enero 2015]; Disponible desde: https://uwphi.pophealth.wisc.edu/publications/other/different-perspectives-for-assigning-weights-to-determinants-of-health.pdf

8 - Segura Benedicto A. Informe SESPAS: Recortes, austeridad y Salud. Gac Sanit. 2014;28:7-11
9 – Benach J, Muntaner C. Aprender a mirar la salud. Cómo la desigualdad social daña nuestra salud. 1ª ed. España: Viejo Topo; 2005. 127p.

10 - Adela Cortina. Aporofobia: Advierten sobre el aumento de rechazo a los pobres. Zoom News. [Internet]. 2013. [citado el 2 de Febrero de 2015]. Disponible desde: http://www.zoomnews.es/45947/actualidad/sociedad/aporofobia-advierten-aumento-del-rechazo-pobres.

11 - Martín Zurro A. Atención Primaria. 6ª ed. España. S.A. Elsevier; 2008.
12 - Bergër John. Un hombre afortunado. España. Alfaguara; 2008.p 192
13 - Iona Heath. Medicina General en tiempos de austeridad. AMF. 2013;9(11):618-623.
14 -Organización para la Cooperación y el Desarrollo(OCDE). Panorama de la Sociedad. Resultaos Clave: España, la crisis y sus consecuencias. [Internet]. 2014. [citado el 12 de Febrero de 2015]. Disponible desde: http://www.oecd.org/spain/OECD-SocietyAtaGlance2014-Highlights-Spain.pdf.
15 - Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. Propuesta de políticas de intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Gac Sanit. 2012;26:182-189.
16 – RAIS Fundación. Informe Eurostat sobre pobreza y exclusión social. [Internet]. 2012. [citado el 10 de Febrero de 2015]. Disponible desde: https://www.raisfundacion.org/sites/default/files/Informe%20Eurostat.PDF.
17 - VII Informe FOESSA sobre Exclusión y Desarrollo Social en la Comunidad Valenciana. Crisis y Derechos Sociales. Análisis y Perspectivas en la Comunidad Valenciana. [Internet]. 2014. [citado el 10 de Febrero de 2015]. Disponible desde: http://www.foessa2014.es/informe/uploaded/ccaa/20112014030054_3429.pdf
18 - SOS Cáritas, Fundación FOESSA . Desigualdad y derechos sociales. [Internet]. 2013. [citado el 10 de Febrero de 2015]. Disponible desde: http://www.caritas.es/imagesrepository/CapitulosPublicaciones/4551/Desigualdad%20y%20derechos%20sociales.%20Versión%20digital.pdf
19 - González Bueno G, Bello A, UNICEF España. Informe sobre la infancia en España. El valor social de los niños: hacia un pacto de Estado por la infancia. [Internet]. 2014. [citado el 10 de Febrero de 2015]. Disponible desde: http://www.unicef.es/sites/www.unicef.es/files/infanciaespana/unicef_informe_la_infancia_en_espana_2014.pdf
20-Rajmil L. Impacto de la crisis económica iniciada en 2008 en la Salud infantil en España. Gac Sanit. 2014;28 Sup C:171. [Internet]. 2014. [citado el 1 de Febrero de 2015]. Disponible desde:http://gacetasanitaria.org/es/vol-28-nusc/suplemento/congresos/X0213911114X96169/
21-Barbaglia G, Ten Have M, Van Dorsselaer S, Alonso J, Graaf R. Empeoramiento socioeconómico y su impacto negativo en Salud mental. Gac Sanit. 2014;28 Sup C:63. [Internet]. 2014. [citado el 1 de Febrero de 2015]. Disponible desde:http://gacetasanitaria.org/es/vol-28-nusc/suplemento/congresos/X0213911114X96169/
22- Salmeron D, Cirera L, Ballesta M. Aumento de la mortalidad en España entre los años 2011 y 2012. Gac Sanit. 2014;28 Sup C:78. [Internet]. 2014. [citado el 1 de Febrero de 2015]. Disponible desde:http://gacetasanitaria.org/es/vol-28-nusc/suplemento/congresos/X0213911114X96169/
23- Ruiz-Pérez I, Rodriguez-Barranco M, Ricci-Cabello I, et al Evolución de la mortalidad por suicidios en España antes y durante la crisis económica 2002-2012. Gac Sanit. 2014;28 Sup C:172. [Internet]. 2014. [citado el 1 de Febrero de 2015]. Disponible desde:http://gacetasanitaria.org/es/vol-28-nusc/suplemento/congresos/X0213911114X96169/
24- Escriba-Agüir V, Martín-Baena D, Artazcoz L, Ruiz-Pérez I. Salud mental y estilos de vida de las personas jóvenes antes y después de la crisis. Gac Sanit. 2014;28 Sup C:174. [Internet]. 2014. [citado el 1 de Febrero de 2015]. Disponible desde:http://gacetasanitaria.org/es/vol-nusc/suplemento/congresos/X0213911114X96169/
25- Martin BaenaD, Escribá Agüir V, Artazcoz L, Ruiz Pérez I. Desempleo de Larga duración en los/as jóvenes. Impacto en la Salud y el uso de servicios sanitarios. Gac Sanit. 2014;28 Sup C:175. [Internet]. 2014. [citado el 1 de Febrero de 2015]. Disponible desde:http://gacetasanitaria.org/es/vol-28-nusc/suplemento/congresos/X0213911114X96169/
26- Colell E, Sanchez-Niubó A, Domingo Salvany A, Delclós J, Benavides FG. Crisis económica y cambios en el consumo de alcohol en la población activa en España . Gac Sanit. 2014;28 Sup C:198. [Internet]. 2014. [citado el 1 de Febrero de 2015]. Disponible desde:http://gacetasanitaria.org/es/vol-28-nusc/suplemento/congresos/X0213911114X96169/
27- Zaballa E, Duran X, Martínez JM, Benavides FG. Impacto de la crisis económica en la incidencia por incapacidad temporal en Cataluña. Cohorte muestra continua de vidas laborales. Gac Sanit. 2014;28 Sup C:171. [Internet]. 2014. [citado el 1 de Febrero de 2015]. Disponible desde:http://gacetasanitaria.org/es/vol-28-nusc/suplemento/congresos/X0213911114X96169/
28- Trujillo-Alemán S, Pérez G, Borrell C. La salud de las madres sin pareja en España. Gac Sanit. 2014;28 Sup C:29. [Internet]. 2014. [citado el 1 de Febrero de 2015]. Disponible desde:http://gacetasanitaria.org/es/vol-28-nusc/suplemento/congresos/X0213911114X96169/

29- ODUSALUD. [Internet]. 2015. [citado el 1 de Febrero de 2015]. Disponible desde: http://odusalud.blogspot.com.es/
30- Gary Bloch MD CCFP, Family&Community Medicine University of Toronto, Ontario College of Family Physician. Poverty: A clinical tool for Primary Care in Ontario. [Internet]. 2013. [citado el 12 de Febrero de 2015]. Disponible desde: http://www.ocfp.on.ca/cme/povertytool
31- Médico Crítico. La ley de cuidados inversos: desde el gasto social a la salud bucodental. [Internet]. 2014 dic. [citado el 8 de Febrero de 2015]. Disponible desde: http://medicocritico.blogspot.com.es/2014/12/la-ley-de-cuidados-inversos-desde-el.htm

Mesa 1: El sufrimiento social: Su abordaje en la consulta del Médico de Familia

Terapia familiar breve (TFB): una herramienta útil en la consulta del Médico de Familia

Jesus Navas Cutanda
Médica de Familia. CS Virgen de la Fuensanta
Grupo Comunicación y Salud de la SVMFiC.
Correspondencia: jesusnavasc@hotmail.com

Resumen

La TFB es una técnica sencilla para el manejo y solución de problemas de los individuos y sus familias, susceptible de ser utilizada en el entorno de Atención Primaria. Consta de una serie de herramientas que ayudan a delimitar los objetivos a alcanzar por aquellos que acuden a la consulta y a poner en práctica las soluciones diseñadas que resuelvan dichos problemas.

Una herramienta de uso en Atención Primaria

La Real Academia de la Lengua define el término *"familia"* como *"grupo de personas emparentadas entre sí que viven juntas"*. Se trata del grupo social en el que cualquier individuo se desarrolla y comparte relación estrecha con otras personas a lo largo de su vida. Es clara la influencia que puede ejercer la enfermedad, tanto física como psíquica, de alguno de los miembros de la familia en el funcionamiento familiar y los profesionales de Atención Primaria se encuentran a diario con que se le plantean motivos de consulta puramente biológicos, problemas de índole emocional y aquellos derivados de las relaciones entre las personas. Es frecuente, además, que los pacientes y/o familias que presentan estos dos últimos tipos de problemas acudan reiteradamente si no los consiguen resolver -se calcula que la prevalencia de los problemas de este tipo en la población que consulta en Atención Primaria se sitúa en torno al 30%-. Es necesario, por tanto, que los profesionales de Atención Primaria conozcan y utilicen procedimientos eficaces para abordar problemas de esta naturaleza que no les lleven mucho tiempo -y les *"atasquen"* la consulta- y que, a la vez, obtengan unos buenos resultados.

La TFB nace del tronco común de la Psicoterapia Sistémica que, entiende y considera a la familia como un sistema y su único calificativo -breve- alude a la pretensión de quienes la ponen en práctica, de alcanzar los objetivos terapéuticos por el camino más corto y sencillo, para acortar en lo posible los tratamientos. Al servicio de esta meta se estructuran con coherencia un conjunto de supuestos teóricos, una serie de criterios pragmáticos y una colección de técnicas, provenientes estas últimas de autores y fuentes terapéuticas dispares, que el clínico pone a disposición de los objetivos y necesidades de los pacientes y sus familias.

La TFB no cree en que la persistencia de una actitud inadecuada frente a las dificultades implique necesariamente la existencia de defectos fundamentales en la organización familiar o un déficit mental en los protagonistas individuales. Cree más bien que las personas persisten, sin advertirlo, en actividades que mantienen vivos los problemas. Entiende que las personas pueden verse aprisionadas por esta conducta repetitiva incluso cuando son conscientes de que lo que están haciendo no sirve para nada. Por eso el objetivo del profesional, desde este punto de vista, no es recoger datos para comprender el sistema familiar y explicar el lugar que en él ocupa el problema, sino recoger la información necesaria para generar y ampliar cambios en la dirección marcada por el objetivo del paciente y/o su familia.

Las tareas más relevantes para ayudar a resolver los problemas de las familias pueden resumirse en:

Hacer más de lo que ya funciona: para el diseño de estas tareas el profesional se interesa por los recursos de las personas, más que por sus carencias; en sus fuerzas, más que en sus debilidades; en sus posibilidades, más que en sus limitaciones; y hace hincapié en la búsqueda de las soluciones que ya funcionan para la persona, la pareja o la familia concreta que acude a consulta.

Hacer lo contrario de lo que no funciona: para el diseño de estas tareas el profesional identifica cuáles están siendo los intentos

ineficaces que los pacientes/familiares ponen en práctica para intentar resolver sus problemas y que no consiguen sino mantenerlos.

La TFB entiende que el objetivo primordial del profesional tampoco tiene por qué ser acompañar al paciente y su familia hasta el final de la solución de sus problemas, sino iniciar un proceso de cambio de sentido, estimulando para que se inicie éste y el paciente y su familia complete el resto**.**

La idea de que la familia es un sistema ofrece una concepción teórica que permite al médico elegir "la puerta" a través de la que puede entrar e intervenir en la persona-sistema, superando el debate estéril entre sí lo principal es tratar la causa o los síntomas y entre si la terapia es "superficial" o "profunda" -debate que tiene tan poco sentido como discutir si la terapia es "de izquierdas" o "de derechas" (Haley J, 1997)-.

El resultado final es independiente de las condiciones iniciales, o, dicho de otra manera, se puede llegar a un mismo resultado por vías diferentes. Su aplicación práctica viene a ser que no es necesario investigar cuál fue el punto de partida, sino más bien cómo hay que hacer para ponerse en camino para llegar al resultado final deseado.

El Constructivismo Radical es una concepción filosófica que asume que lo que las personas pueden decir de la realidad está condicionado por el punto de vista desde el que se sitúan para percibirla, de manera que, la objetividad no es posible en la medida en que resulta imposible distinguir qué pertenece al propio punto de vista y qué a la supuesta realidad que se describe, si es que ésta pudiera tener una existencia independiente de quien la observa. Lo único que se puede decir sobre la realidad es lo que se percibe desde la perspectiva en que cada observador se coloque; y obtiene una visión diferente de ésta, según se coloque en un punto de vista u otro.

Se entiende, por tanto, que la realidad *"no es"*, sino que *"se construye"*. No existe una única, verdadera y absoluta forma de ver la realidad. Cada punto de vista diferente es, por tanto, una *"construcción de la realidad".* Y la manera en la que cada uno construye la realidad influye a su vez en su comportamiento, en que se hagan las cosas de una manera o de otra.

Debe aclararse que no es que esta forma de pensamiento entienda que es malo tener firmes convicciones. Lo que sucede es que la posibilidad de considerar que no hay una única forma "verdadera" de contemplar las cosas es muy ventajosa, porque algunos puntos de vista parecen más útiles que otros para conseguir los objetivos terapéuticos; de igual manera que unos puntos de vista de un edificio proporcionan mayores probabilidades que otros de encontrar una puerta para entrar a la casa.

La TFB entiende que es esencial conocer el o los objetivos del paciente y de sus familiares cuando vienen a consulta para que la intervención terapéutica tenga éxito, porque no saber qué es lo que quieren cambiar conduce a que no se les pueda ayudar a lograrlo.

En otras palabras, el paciente/familia decide qué quiere y el profesional cómo lo puede conseguir.

Cuando el profesional que utiliza la TFB investiga los objetivos utiliza tiempos y formas verbales futuros: "¿qué será diferente cuando ya estés bien?", "¿en qué van a notar los que viven contigo que estás mejorando?"… Este tipo de lenguaje presuposicional -en el que se da por hecho que el paciente va a ser capaz de conseguir lo que quiere- facilita explorar este futuro más o menos cercano en el que la queja ya es una realidad resuelta.

La Pregunta del Milagro

Una forma particular de investigar los objetivos -diseñada por Steve de Shazer y su grupo- que explora no sólo qué quiere conseguir el paciente, sino que da información también de qué tiene que hacer para conseguirlo, porque contribuye a que los pacientes se imaginen una solución potencial *"hecha a medida"* de su problema como *"realidad ya lograda".*

"Tengo una pregunta curiosa, quizá inusual, una pregunta que requiere algo de imaginación… Supón… que esta noche estás durmiendo, sucede un milagro…Y, los problemas que te traen aquí se resuelven, ¡simplemente así! Y consigues lo que te propones…(lo que te preocupa ya lo has resuelto, el malestar que tienes ya ha desaparecido)".

"Pero esto ocurre mientras estas durmiendo así que no puedes saber lo que ha pasado… Una vez que te despiertes por la mañana…¿Cómo descubrirías según pasa el día que ese milagro te ha ocurrido?; ¿qué cosas diferentes podrás hacer?; ¿cuáles te harán darte cuenta de que ha sucedido el milagro?; ¿en qué notarán los demás que ha ocurrido el milagro?".

Otra opción: *"Supón… que han pasado unos días y estamos ahora en la próxima visita. Tú ya has conseguido resolver todos los problemas que te traen ahora aquí". "Cuéntame como son las cosas cuando todo ya está resuelto":*

- *¿Qué cosas diferentes puedes hacer?*
- *¿Cómo, o en qué, notan los demás que ya todo se ha arreglado?*

- *¿Cómo reaccionan los demás?*

Steve de Shazer y su equipo en el Brief Family Therapy Center (BFTC.) de Milwaukee dirigieron su atención hacia los recursos que los pacientes traen a consulta y de esta manera cayeron en la cuenta de que muchas veces los pacientes consiguen soluciones adecuadas y eficaces para resolver las situaciones que les preocupan.

El equipo del BFTC llamó "excepciones" a estas acciones y circunstancias en las que la presencia de la queja se atenúa o, sencillamente, no ocurre.

Investigar las "excepciones" consiste, por tanto, en interesarse por los comportamientos que el paciente y/o sus familiares hacen o ya hicieron en alguna ocasión y que logran o lograron resolver el problema -o, al menos, encaminar la situación hacia un abordaje más eficaz del problema- y las situaciones en las que éste disminuye o desaparece.

Excepciones deliberadas: para que una excepción se considere deliberada hace falta que esté bajo control voluntario o intencional del paciente o familiar, que haya garantías de que el comportamiento o situación en cuestión provoca la excepción a la queja y que pueda repetirse a voluntad.

Excepciones aleatorias o espontáneas: se considera que una excepción es aleatoria cuando no cumple alguno de los requisitos para calificarla como deliberada, es decir, no está bajo control del paciente, no puede repetirse a voluntad o su presencia no garantiza la ausencia de la queja.

Una forma particular de investigar excepciones es la pregunta del *"cambio pre-tratamiento".* Weiner-Davis M, de Shazer S, y Gingerich WJ (1989) hicieron un estudio exploratorio planteando a todos los pacientes que acudían por primera vez al BFTC lo siguiente:

"Muchas veces las personas advierten en el tiempo que transcurre entre que conciertan la consulta y la primera sesión que las cosas parecen diferentes. ¿Qué ha notado en su situación?". Si contestan "sí", continúan:

"... ¿Tienen relación estos cambios con la razón por la que vino a consulta?" "¿Es éste el tipo de cambios que le gustaría que siguieran produciéndose?"

Probablemente, una de las aportaciones con mayor transcendencia del Brief Center Therapy of Mental Research Institute (MRI) of Palo Alto (California) -para la psicoterapia en general y para la Terapia Familiar en particular- sea la sustitución del foco de la atención sobre las quejas por el análisis de los intentos infructuosos que se llevan a cabo para pretender solucionarlas. Los autores del MRI, de variada procedencia disciplinar, se dedicaron a estudiar situaciones -históricas, sociales, políticas y también personales- sin salida aparente, cuyos protagonistas acabaron resolviendo con éxito. Encontraron una regularidad en todas ellas: lo que ellos percibieron como la clave del éxito era que alguno de los protagonistas de la historia había puesto en práctica una solución, aparentemente, contraria al sentido común.

A la *"pauta redundante de intentos de solución ineficaces"* es a lo que estos autores han llamado el *"más de lo mismo"* -que, según ellos, está en la base los problemas humanos- y constituye la definición de problema que utiliza la TFB.

Según este punto de vista, al profesional le interesa cualquier solución infructuosa que se esté aplicando ante una queja, con independencia de quién sea el que aporta la solución: el propio paciente, algún familiar, o algún allegado.

Todas estas soluciones tienen que ser necesariamente ineficaces o, al menos, insuficientes; de otro modo el paciente no estaría en la consulta expresando su malestar o queja.

Denominadores comunes de las soluciones intentadas ineficaces

Para disminuir aún más la complejidad del tema, el siguiente paso que proponen los autores del MRI consiste en buscar el denominador común de los intentos de solución que ponen las personas que están involucradas en la queja.

MRI reduce a cinco las posibles *"maneras de meterse en líos"* -cinco denominadores comunes de las soluciones intentadas ineficaces-

1. *"El intento de forzar algo que sólo puede ocurrir de manera espontánea".*
2. *"El intento de dominar un acontecimiento temido aplazándolo".*
3. *"El intento de llegar a un acuerdo mediante oposición".*
4. *"El intento de conseguir sumisión a través de la libre aceptación".*
5. *"Confirmar las sospechas del acusador mediante la autodefensa".*

MRI afirma que el mayor cambio en la queja del paciente se consigue proponiéndole una solución que se oponga lo más posible al denominador común de las soluciones intentadas.

"El intento de forzar algo que sólo puede ocurrir de manera espontánea".

Casi todos los comportamientos fisiológicos -como pueden ser la ansiedad, el insomnio, la respuesta sexual, el dolor, el apetito...- en los que las soluciones intentadas ineficaces son del tipo: "me esfuerzo en intentar... relajarme, dormir, tener una erección, sentir placer, lograr un orgasmo, que no me duela, que no tenga hambre... y cuanto más lo hago, menos lo consigo".

La mayor parte de los sentimientos -como pueden ser la tristeza, el ánimo, el amor, la irritación, las ganas de...- en los que las soluciones intentadas ineficaces son del tipo: "me esfuerzo en procurar... estar contento, animarme, dejar de amar, no explotar, tener o no tener ganas de... y por más que lo intento no lo consigo, incluso empeoro".

Las ideas y los pensamientos no deseados o "parásitos", en los que la soluciones intentadas ineficaces son del tipo: "me esfuerzo en tratar de... olvidar, dejar de pensar en... y me desespero, porque cuanto menos quiero pensar en ello la idea aparece con más fuerza".

"El intento de dominar un acontecimiento temido aplazándolo".

Hay ocasiones en las que la forma habitual de enfrentar una situación conflictiva es la huida, dejarla para más tarde, posponerla. En estos casos la persona no se considera suficientemente cualificada para abordar el problema y decide esperar para prepararse mejor; o piensa que el resultado no va a ser el que ella desea y por eso espera; pero… Esta no es una buena forma de resolver. Frecuentemente, al actuar así, el problema va tomando cada vez más cuerpo, se va acumulando, enconando; y cada vez resulta más difícil hacerle frente, y cada vez la persona va teniendo más motivos para no sentirse preparada o para temer abordarlo, y cada vez encuentra más justificado posponer el tema.

Funcionan así la mayor parte de las quejas que encajan en la definición de fobia -agorafobia, fobia social, fobia específica- que ofrece el DSM-IV, que incluye este comportamiento de evitación como uno de los criterios diagnósticos. También se abordan con este tipo de soluciones aquellas situaciones en las que la persona no está dispuesta a arriesgarse a un fracaso y retrasa la solución hasta conseguir la certeza de que tendrá éxito al "cien por cien".

"El intento de llegar a un acuerdo mediante oposición".

Resulta una experiencia común que las personas discutan para llegar a acuerdos. Sorprendentemente, también es común que, tras una discusión, los interlocutores se encuentren en posiciones más distantes entre sí que al principio. Es como si la discusión contribuyera más a que cada uno encuentre nuevos argumentos para sostener su propia postura, que para comprender el punto de vista de su interlocutor.

A pesar de ello, discutir sigue siendo la primera opción para llegar a acuerdos. Es cierto que, a veces, se consigue que el interlocutor acepte los propios argumentos y ceda. Cuando así ocurre, la respuesta más frecuente es un acercamiento de posturas para llegar a un acuerdo en posiciones más o menos centrales, entre los extremos de las posturas debatida. Pero si estas posturas más o menos intermedias no dejan igualmente satisfechas a ambas partes en conflicto, es muy posible que éstas comiencen de nuevo a discutir, produciéndose una escalada simétrica. Este tipo de "soluciones intentadas" puede observarse en cualquier relación familiar -entre marido y mujer, padres/hijos, entre hermanos, con los abuelos, la familia política…-, laboral -jefe/subalterno, compañeros de trabajo, profesor/alumno-, o social -amistad, compañerismo, deporte, juego-. En ocasiones acude a la consulta del profesional una sola de las personas involucradas en el proceso interpersonal y su queja puede presentar muy diferentes formas iniciales -depresión, ansiedad, dificultades para concentrarse...

"El intento de conseguir sumisión a través de la libre aceptación"

Hay circunstancias en las que una persona espera que otros se comporten según sus deseos, pero no puede pedírselo, porque si se lo pide ya no le satisface lo que hagan, porque no ha sido por iniciativa de ellos, no ha "salido" de ellos. A veces esta persona calla y espera en vano, que los demás cumplan unas pretensiones que desconocen; otras, lanza indirectas; otras, harta y frustrada de tanta espera, expone su deseo pero, incluso si ve cumplida su aspiración, no se queda satisfecha porque "era demasiado tarde", "no ha tomado la iniciativa", "no lo ha hecho por voluntad propia", "libremente". Es frecuente que la persona que realiza este tipo de proceder atribuya maldad o mala intención a la falta de acción de los demás, o que piense que "no es que no se enteren; es que no se quieren enterar".

"Confirmar las sospechas del acusador mediante la autodefensa"

Explicación no pedida, acusación manifiesta. Las excusas rara vez tranquilizan al acusador; bien al contrario, suponen una confirmación de sus sospechas. El problema en este tipo de procesos es que cuanto más inocente es el acusado, más énfasis va a poner en su defensa y más va a confirmar las sospechas de su acusador.

Este tipo de procesos interpersonales puede describirse en muchos casos de consumo y

abuso de sustancias -drogas, alcohol-; celos y otras relaciones basadas en la desconfianza; y en aquellos casos que encajan con la definición de hipocondría que ofrece el DSM-IV. En estos últimos, los reiterados intentos del médico para tranquilizar al paciente en el sentido de no objetivarse ningún trastorno, sólo consiguen confirmar más aún sus sospechas de enfermedad: "si no tuviera realmente algo grave, mi médico no me pediría tantas y tan costosas pruebas".

Tareas orientadas a hacer "más de lo que ya funciona"

No siempre es posible obtener una información clara sobre el objetivo, soluciones intentadas y excepciones, bien porque la situación sea vaga o sencillamente porque no haya tiempo para más -por ejemplo, porque el paciente haya acudido según el sistema de cita previa en el que sólo se dispone de unos minutos-.

En estos casos resulta útil la prescripción de "fórmula", genérica o comodín.

"Desde ahora y hasta la próxima consulta me gustaría que observaras, para poder contármelas cuando vuelvas, las cosas que te pasan en tu (vida, familia, relación...) que quieres que te sigan pasando".

"Desde ahora hasta que vuelvas me gustaría que observaras que es diferente en los ratos en que te encuentras un poco mejor, para que puedas contármelo en la próxima visita".

Si el paciente ha especificado cuál es su objetivo -incluso si lo ha hecho de forma vaga- esta prescripción se puede adaptar al mismo: *"Fíjate en lo que haces en esta semana... que te hace tener más control sobre tu nerviosismo...*

Prescripciones desde el objetivo

"Elige un día a la semana para hacer como si el milagro se hubiera producido"

Una vez que se haya visto capaz de comportarse como si el milagro hubiera sucedido un día, no encontrará razones para no repetir otros días y mejorar.

"Prueba a hacer alguna de estas cosas que dices que sucederán cuando ya hayas conseguido lo que te propones".

Prescripción desde las excepciones

Prescripción del tipo "Hazlo más":

Se invita al paciente a que haga más veces ese tipo de cosas que ya le resuelven el problema.

Se puede utilizar cuando las excepciones se consideran deliberadas.

"Tarea de predicción": (en excepciones aleatorias).

Consiste en pedir al paciente que *adivine* lo que va a ocurrir al día siguiente con su queja:

- Si va a encontrarse peor, igual o mejor.
- Si va a ocurrir o dejar de ocurrir su queja.

Al día siguiente tendrá que anotar si acertó y formular una nueva predicción.

El propósito es que el paciente encuentre alguna excepción deliberada, para poder pedirle que la haga más.

Prescripción del tipo "Haz algo diferente".

Indicar a los pacientes que cuando ocurra la queja actúen de una forma no habitual, que prueben algo que no han hecho hasta el momento.

"Tarea de la sorpresa"

"Cada uno de vosotros hará al menos una o dos cosas que sorprendan al otro (padres, hijo, pareja). Vuestra tarea consistirá también en adivinar cuál es la sorpresa que el otro os está haciendo. No vale decir cuál ha sido la sorpresa. Lo haremos aquí en la próxima visita".

En la siguiente visita no se comienza preguntando a cada uno cuál ha sido la sorpresa/s que le ha dado al otro, sino cuál/cuáles creen que han sido la/las sorpresas que les ha dado el otro. Por lo general se describen más de dos sorpresas, y alguno de los participantes puede considerar como sorpresa algo que no ha sido tal, porque ya ocurría habitualmente y no se había fijado en ello.

Tareas orientadas a hacer "lo contrario de lo que no funciona"

Prescripción del síntoma

Es la prescripción de elección cuando el denominador común de las soluciones intentadas es *"el intento de forzar algo que sólo puede ocurrir espontáneamente"*

Si el paciente intenta obedecer la prescripción, le resultará imposible, mejorará y se acercará a su objetivo. Ello se debe a que el síntoma también es espontáneo -no depende de la voluntad- y, por tanto, cuanto más se fuerza menos se consigue.

Como prescribir síntoma es pedirle al paciente que haga justo lo contrario de lo que

desea hacer, hay que *apoyar esta prescripción en un razonamiento lógico* desde la perspectiva del paciente.

Esta es la principal dificultad de esta técnica.

"Enfrentarse y fracasar"

El denominador común de las soluciones intentadas es *"el intento de dominar un acontecimiento temido aplazándolo"*

Argumentos que pueden ayudar al paciente:

"*todo el mundo fracasa alguna vez", o "es necesario aprender a manejar la experiencia de fracaso para no ser tan vulnerable".*

Otra estrategia es ir exponiendo al paciente a su objeto temido en condiciones controladas o a pequeñas dosis -desensibilización- con el fin de que, poco a poco, vaya considerándose más fuerte que lo que teme.

En ocasiones la persona no se enfrenta a la situación porque teme que los demás descubran un defecto que tiene:

La estrategia de intervención es similar: que se enfrente a lo que teme divulgando ese defecto.

"Adoptar una postura de sumisión"

El denominador común de las soluciones intentadas es *"el intento de llegar a un acuerdo mediante oposición"*

Consiste en pedir a uno de los "contendientes" que ceda, haga alguna concesión, realice una maniobra de sumisión o acepte, al menos parcialmente, las posiciones de su oponente.

Se le plantea esta concesión como una *"táctica de combate"* para conseguir su propósito final, que no es derrotar al *enemigo*, sino llegar a un acuerdo con él.

Se le debe transmitir la idea de que el cambio irá produciéndose poco a poco y que, para ello, el paciente debe ir haciendo pequeños ensayos que le permitan ir tomando práctica en esta nueva forma de proceder.

"Hacer peticiones claras y concretas" o "Aceptar la voluntad libre del otro"

Hay dos estrategias para los casos en que el denominador común es *"el intento de conseguir sumisión a través de la libre aceptación"*.

Instruir a la persona que espera que el otro haga las cosas sin tener que decírselo para que haga peticiones directas. O bien: crear un cierto grado de incertidumbre acerca de por qué la otra persona no hace lo que él quiere que haga sin necesidad de pedírselo.

Instruir al paciente para que, si le compensa, respete las decisiones libremente tomadas por el otro, aunque estén en contra del propio criterio

Se trata de sustituir patrones relacionales basados en el autoritarismo y la permisividad por otros guiados por la autoridad y la tolerancia.

Las diferencias de matiz son importantes:

Se entiende que el autoritarismo es *el ejercicio de la autoridad sin tener en cuenta los criterios de los súbditos ni, por tanto, respetarlos.* Autoridad, sin embargo, se considera una *cualidad necesaria en relaciones complementarias* como, por ejemplo, padres/hijos.

La permisividad se fundamenta en el miedo a imponer el propio criterio, la tolerancia, por el contrario, en el más profundo respeto por el criterio ajeno, compartido o no y, en consecuencia, por el criterio propio.

"No defenderse: comportarse como si sucediera" e "Interferir la comunicación"

Es la tarea de elección para los casos en que el denominador común es *"la confirmación de las sospechas del acusador mediante la autodefensa"*

Explicar al acusado que no tiene que defenderse e instruirle para que dé una respuesta ambigua: "puede ser", o para que acepte y confirme la acusación.

¿Cómo impartir tareas y motivar a los pacientes a que las cumplan?

Pregunta del comprador

Sirve para anticipar si el paciente, o su familia, van a realizar la tarea y cómo se debe cooperar con ellos al prescribirla.

Tiene la finalidad de hacer notar que la consecución de sus metas depende de algo que ellos hagan.

"*Para conseguir lo que tú quieres -ponerte bien...,* *¿piensas que está en tu mano hacer cualquier cosa que te pueda indicar?"*

Si la respuesta es del tipo "sí, lo que sea" se considera que el paciente es comprador.

Para el comprador lo indicado es pedirle la tarea de forma directa: *"Haz esto..."*.

Para el no-comprador lo indicado es prescribirle la tarea de forma indirecta: "observa que sucede si haces esto...". Una manera más indirecta todavía sería "me pregunto qué sucedería si hicieras esto...". Y una forma aún más indirecta sería "me quedo con las ganas de decirte que hagas esto…".

Elogio

Para facilitar y promover el cumplimiento de la tarea se antepone a la misma un mensaje con felicitaciones por las cosas eficaces y beneficiosas que el paciente esté haciendo, para alcanzar el objetivo

Se puede construir/redefinir algún elemento de la queja en forma de elogio.

Explicación y motivación para realizar la tarea

Antes de plantear al paciente la prescripción, hay que ofrecerle alguna explicación que justifique por qué se le pide lo que se le pide.

Explicación terapéutica: El profesional construye otra explicación que permita actuar de manera diferente a como lo está haciendo, para alcanzar una solución.

Estas construcciones de la realidad presentan a los pacientes la prescripción como algo más lógico, sensato, coherente con sus principios y atractivo desde su punto de vista y generan la necesidad de hacer la tarea

Las tareas orientadas a hacer *"más de lo que ya funciona"* precisan de pocas explicaciones

Puede haber alguna dificultad cuando se les pide una prescripción de fórmula y que digan que *"es imposible que vaya a haber momentos mejores"* o que al informar de cómo fue la tarea digan que *"no ha habido ningún momento mejor".*

Esta posible dificultad se suele superar de forma sencilla con una pregunta cómo... *"¿en los últimos días has/habéis tenido ratos peores?"*

Las tareas orientadas a hacer "lo contrario de lo que no funciona" pueden precisar alguna explicación más, sobre todo cuando lo que se prescribe es el síntoma.

Las metáforas suelen ser construcciones de la realidad útiles para este tipo de explicaciones. Quede dicho de antemano y bien claro que lo de menos es la construcción que se utilice: lo interesante es conseguir que el paciente realice la tarea cuando está indicada para que pueda conseguir su objetivo. A continuación se muestran algunas de estas metáforas -nótese que, aunque se particularizan en el ejemplo a un tipo determinado de síntoma, son también útiles para el resto-:

A un paciente con ansiedad a quien se va a prescribir un síntoma que es pedirle que se ponga más ansioso y se le puede explicar que...*"en ocasiones, para que alguien pueda prevenir algo tiene que entrenarse" antes en ello*. *Algo parecido a lo que sucede con el funcionamiento de las vacunas: para que alguien pueda prevenir la gripe, se inyecta esa misma enfermedad, pero de una manera controlada: con la gripe atontada. Para no tener la gripe uno se inyecta el propio virus de la gripe. Bien, pues lo que te voy a indicar que hagas es algo que funciona de la misma manera… vas a dedicar un cuarto de hora, tres veces al día, a ponerte nervioso a posta*". "*Pronto comprobarás que no resulta fácil completar los quince minutos. Pero si cuando sólo lleves cinco, ves que no logras continuar nervioso, esto no te debe alegrar y hacer cantar victoria, sino que debes insistir y esforzarte en cumplir hasta el final".*

A un paciente con depresión a quien se le prescribe que el síntoma se le puede explicar que *"... cuando uno va a la peluquería, resulta curioso, pero, para ponerle guapo lo primero que le hacen a uno es ponerle feo ¿no? Y es imposible que uno salga guapo si antes no le han puesto feo. Pues esto que te voy a mandar funciona igual...*"

La técnica de la externalización (White M, Epston D, 1993) supone una construcción de la realidad en la que el síntoma actúa como una entidad ajena a la persona que tiene "como vida propia" y se introduce en la persona y la invade "cuando le da la gana" y sin pedir permiso. Se puede dejar que el paciente le ponga un nombre o se imagine cómo es.…

Maximizar-minimizar:

Se le puede presentar la tarea como *"un gran esfuerzo a realizar".*

Se le puede presentar la tarea como *"un pequeño paso para mejorar"*

Ilusión de alternativas:

Se da a elegir entre *"hacer la tarea" o "hacer la tarea"*

Se generan ganas de hacer algo prohibiéndolo**.**

Agarrarse a un "clavo ardiendo":

Hablar de las formas estériles en que hasta ahora ha venido intentando para resolver el problema.

Tras ello se presenta la tarea como *"probar algo distinto a lo que ya se ha hecho"*

Aprovechar lo que ya está haciendo

Hablar de las cosas que hace que ya le están dando buen resultado.

A continuación se presenta la tarea como una forma más de "continuar en la mima línea" exitosa y eficaz.

Bibliografía recomendada

1. Real Pérez MA, Real Pérez M, Rodríguez-Arias Palomo JL, de la Cueva López-Chaves F. ¿Qué aporta el modelo de Terapia Familiar Breve a la consulta de Atención Primaria? En: Molina Martín J de D, Andrade Rosa C, editores. Psiquiatría de cabecera. Manual para la práctica Psiquiátrica en Atención Primaria. 1 ed. Madrid. Aula Médica; 2003. Ch 114.
2. Rodríguez-Arias Palomo JL, Real Pérez M, Castillo Oti JM, Real Pérez MA. Psicoterapia familiar breve: cómo facilitar el cumplimiento terapéutico a través de la modalidad de cooperación de los pacientes. Aten Primaria 2001; 27: 514-520.
3. Von Glasersfeld E. Introducción al Constructivismo Radical. En: Watzlawick P, comp. La reali-dad inventada: ¿Cómo sabemos lo que creemos saber? Barcelona: Gedisa; 1988. p 20-37.
4. Watzlawick P, Beavin Bavelas J, Jackson D.D. Teoría de la Comunicación Humana. 11ª ed. Bar-celona: Herder. 1981.
5. Watzlawick P, Weakland JH, Fisch R. Cambio. Formación y solución de los problemas huma-nos. 7 ed. Barcelona: Herder. 1992.
6. Watzlawick P. ¿Es real la realidad? Confusión, desinformación, comunicación. 6ª ed. Barcelo-na: Herder. 1994.
7. De Shazer, S. Claves para la solución en terapia breve. 1 ed. Barcelona: Ediciones Paidós Ibé-rica; 1989.
8. De Shazer S. Claves en psicoterapia breve: una teoría de la solución. 1ed. Barcelona: Gedisa; 1992.
9. De Shazer S. Procedimientos. En: de Shazer S, editor. Pautas de terapia familiar breve: un enfoque ecosistémico. 1 ed. Barcelona: Editorial Paidós Ibérica; 1987. p. 60-77.
10. Fisch R, Weakland JH, Segal L. La Táctica del cambio. 2 ed. Barcelona: Herder; 1988.
11. Haley J. Terapia para resolver problemas. 1 ed. Buenos Aires: Amorrortu editores; 1980.
12. Real Pérez MA, Real Pérez M, Rodríguez-Arias Palomo JL, de la Cueva López-Chaves F. Terapia Familiar Breve: ¿Cómo diseñar prescripciones en Atención Primaria desde los recursos de los pacien-tes? En: Molina Martín J de D, Andrade Rosa C, editores. Psiquiatría de cabecera. Manual para la prácti-ca Psiquiátrica en Atención Primaria. 1 ed. Madrid. Aula Médica; 2003. Ch 118.

Mesa 1: El sufrimiento social: Su abordaje en la consulta del Médico de Familia

La intervención social del Trabajador Social Sanitario ante situaciones de grave necesidad social. Información sobre los requisitos y el acceso a los recursos

Mª Angeles Celada Pérez.
Trabajadora Social Centro de Salud Torrent 1
Correspondencia: macelada448q@cv.gva.es

El Trabajador/a social de un equipo de atención primaria, es el profesional del equipo multidisciplinar que conoce las carencias y necesidades sociales que inciden en el proceso de la salud y la enfermedad de los individuos, grupos y comunidades. Nos ocupamos de la atención y gestión de las circunstancias sociales de las personas enfermas, sus familias y de su entorno, ayudándoles a enfrentarse a esos cambios y a encontrar el equilibrio entre sus hábitos de vida y la nueva situación.

En el decreto 74/2007, de 18 de mayo, por el que se aprueba el reglamento sobre estructura, organización y funcionamiento de la asistencia sanitaria en la Comunidad Valenciana, establece en su artículo 3.3. "que la organización de todos los recursos y dispositivos asistenciales garantizará la cobertura sanitaria a toda la población según criterios objetivos, que contemplen factores geográficos, demográficos, epidemiológicos, socioeconómicos y culturales".

En este decreto se define las funciones que desempeñamos los trabajadores sociales sanitarios, y es en el artículo 6.7 donde se indica que "El acceso a otros recursos socio-sanitarios será facilitado y coordinado por los trabajadores sociales como responsables de las funciones de diagnóstico y tratamiento de la problemática social que surge en torno al enfermo y su familia".

El proceso de intervención del trabajador social sanitario se inicia con la detección de las necesidades/problemas sociales que presenta el paciente, familia o grupo, a partir del cual y tras realizar una valoración diagnóstica se identifican las situaciones de riesgo social y se establece el plan de intervención profesional, cuyos objetivos permitirán concretar las diferentes acciones de intervención, contextualizándola , orientándola a actuar sobre las circunstancias sociales, familiares y las redes de apoyo, incidiendo en la utilización adecuada de los recursos humanos y materiales disponibles.

En España no existe una Ley Nacional de Servicios Sociales, como en Sanidad o en Educación, porque en la Constitución Española de 1.978, se reguló que serían las Comunidades Autónomas las que asumirían las competencias en esta materia. Esta situación ha provocado que existan en la actualidad desigualdades evidentes entre Comunidades Autónomas en las prestaciones sociales. Por tanto, podemos afirmar que el actual sistema de Servicios Sociales que tenemos en España es precario e insuficiente para atender y dar cobertura a los problemas sociales que se nos presentan en la consulta, que precisan de un abordaje integral y donde el sistema de Servicios Sociales por si sólo no puede satisfacer de forma adecuada por ser un sistema de prestaciones reducido.

La propuesta que el colectivo de trabajadores sociales exigimos para que en España tengamos un sistema óptimo y equitativo de Servicios Sociales es la siguiente:

- La necesidad de la aprobación de una Ley Básica Estatal de Servicios Sociales que evite las diferencias entre las Comunidades Autónomas.
- Que la renta mínima de inserción se transforme en un "ingreso mínimo de ciudadanía" más fácil y de más fácil acceso.
- Que se mantenga el Plan Concertado.
- Que se cumpla la Ley de la Dependencia.

Respecto a la pobreza en España, el 27% de la población está en riesgo de pobreza o exclusión social en España. Somos el segundo país, después de Rumania, de la Unión Europea, con la tasa más alta de pobreza infantil. En la actualidad en España hay 2.306.000 niños viviendo bajo el umbral de la pobreza.

Respecto a los Servicios Sociales en la Comunidad Valenciana, según un estudio de la Asociación de Directores y Gerentes de Servicios Sociales, la Comunidad Valenciana es la que menos gasta en Servicios Sociales, con 196 euros al año por habitante frente a los 307 euros de media nacional. Es la que peor ratio tiene en trabajadores de plantilla en los centros de Servicios Sociales. Sólo tiene una cobertura de ayuda a domicilio de 2,3% de personas mayores de 65 años frente al 4,3% que es la media estatal. Cada día en 2014,

han perdido el derecho a ser atendidos por dependencia 20 personas.

Los recursos no solamente son insuficientes, sino que están encorsetados, la cartera de servicios no sirve para atender a las nuevas necesidades sociales. Son cada vez más lentos, la escasez de recursos dificulta su respuesta rápida, no sirven para atender a las situaciones de emergencia.
Por otro lado, están poco coordinados con otros departamentos y están fragmentados, demasiadas vías para tan pocos recursos. Como consecuencia aumenta la ansiedad, el sufrimiento y el estrés tanto en usuarios como en trabajadores.

En España y como consecuencia de la crisis económica está cambiando el perfil del usuario que acude tanto a los Servicios Sociales como a las Organizaciones No Gubernamentales. El perfil actual es:

- Se incorporan personas que antes no habían solicitado ayuda a los Servicios Sociales.
- Son personas que han perdido el trabajo y que no tienen derecho a la prestación por desempleo, que no pueden pagar la hipoteca de su vivienda y que se quedan sin ella.
- Disminuye la población inmigrante que pide ayuda aumentando en la misma proporción la española.
- Aumentan las peticiones de alimentos, viviendas y medicinas.

Las ayudas y prestaciones económicas que existen en la actualidad en España, son insuficientes en cantidad y duración en el tiempo para que las personas que sufren procesos de exclusión social puedan normalizar su situación mediante la inclusión laboral y la reinserción social. Por ejemplo, en la Comunidad Valenciana, tenemos la Renta Garantizada de Ciudadanía que sólo se puede percibir durante un máximo de 36 meses y se renueva cada 6 meses. La única prestación indefinida para personas que están en situación legal de desempleo involuntario, es el subsidio para mayores de 55 años (antes de la reforma eran 52 años), del Servicio Estatal Público de Empleo, dirigida para parados de larga duración que al menos hayan cotizado 15 años en el régimen general de la Seguridad Social . Es un subsidio indefinido hasta la edad de jubilación, que consiste en una cuantía económica de 426 euros al mes, prestación económica insuficiente para mantener un hogar con dignidad.

En la Comunidad Valencia, existen en la actualidad dentro del Sistema de Servicios Sociales dos tipos de ayudas dirigidas a atender a los colectivos más desfavorecidos son:

a) Las Ayudas de Emergencia. Son ayudas económicas de carácter extraordinario destinadas a paliar aquellas situaciones en que pueden hallarse las personas afectadas por un estado de necesidad. Van dirigidas a la unidad de convivencia. Tienen carácter finalista y serán incompatibles con cualquier otra prestación pública, derecho y percepción económica o ingresos privados que pudiese corresponder al beneficiario o a otro miembro del hogar, para la misma finalidad. Se considerarán situaciones de emergencia aquellas que originan gastos extraordinarios para cubrir necesidades específicas de carácter básico y urgente, tales como:

    1. Gastos imprescindibles para el uso de la vivienda habitual. Hasta 340 euros al mes.
    2. Gastos excepcionales en los que concurran circunstancias de grave o urgente necesidad social y que se consideren de interés para la atención de personas con importante problemática. Hasta 3.400 euros.
    3. Gastos destinados a cubrir necesidades básicas familiares. Hasta 340 euros al mes.

Están ayudas están condicionadas a la renta per cápita de la unidad familiar a la que pertenece. El solicitante no debe superar la cuantía anual de 5.007, 80 euros (por persona).

Estas ayudas económicas son las únicas ayudas que pueden solicitar por Servicios Sociales las personas extranjeras en situación administrativa irregular ya que para la Renta Garantizada de Ciudadanía, todos los miembros de la unidad familiar deben estar legales y además acreditar haber residido en la Comunidad Valenciana al menos durante 24 meses ininterrumpidos e inmediatamente anteriores a la fecha de la solicitud. Los inconvenientes de estas ayudas, es que se valoran los ingresos brutos y están supeditados a la disponibilidad presupuestaria.

b) La Renta Garantizada de Ciudadanía. Se configura como una prestación económica gestionada por la red pública de Servicios Sociales, de carácter universal, vinculada al compromiso de los destinatarios de promover de modo activo su inserción sociolaboral y cuya finalidad es prestar un apoyo económico que permita favorecer la inserción sociolaboral de las personas que carezcan de recursos suficientes para mantener su adecuado bienestar personal y familiar, atendiendo a los principios de igualdad, solidaridad, subsidiariedad y complementariedad.

Esta prestación se solicita en la Conselleria de Bienestar Social que es la entidad que instruye el expediente y lo resuelve, concediendo o no la prestación. Los Ayuntamientos, colaborarán en el trámite a través de sus técnicos de Servicios Sociales y siempre previa petición de Conselleria,

elaborando los informes pertinentes. Se concederán por periodos de uno a seis meses, pudiéndose volver a solicitar hasta que las mensualidades alcancen la cifra de 36 meses. El importe económico varia en función del número de beneficiarios de la unidad familiar, y va desde un 62% del IPREM actual por un único beneficiario hasta un 100% del IPREM cuando hay 13 beneficiarios (Importe IPREM 2015 es de 532, 51 euros al mes).

Por otro lado, en cuanto a la atención sanitaria de las personas extranjeras en situación irregular en la Comunidad Valencia, con las reformas provocadas por la crisis económica, también se han endurecido mucho los requisitos para su acceso. En la Comunidad Valencia, en el caso de menores y embarazadas, para acceder a la cobertura pública por la Conselleria de Sanidad, deben acreditar un periodo de residencia superior a tres meses, antes no era así, no se exigía un tiempo mínimo de residencia. Ahora se exige tres meses porque si el periodo es inferior se considera turismo sanitario y deben estar cubiertos por un seguro médico suscrito en el país de origen, que en muchos casos no lo aportan o sólo lo suscriben para 15 días. En mayores de 18 años, los requisitos son todavía más duros, porque con la aprobación del nuevo Programa Valenciano de Protección de la Salud, el extranjero debe acreditar un periodo mínimo de empadronamiento en la Comunidad Valencia de un año ininterrumpido anterior a la fecha de la solicitud de asistencia sanitaria, antes se podía tramitar a partir de los tres meses de empadronamiento y siempre que estuvieran irregulares. El requisito económico también se ha endurecido muchísimo, de tal forma que ahora cuando en la unidad familiar, conviven un mínimo de dos adultos, no deben superar los 931, 89 euros al mes y si sólo hay un adulto, los 621, 26 euros al mes. Ya no se tienen en cuenta, ni el número de miembros, ni los menores a cargo ni las personas discapacitadas. No importa el número de adultos, el importe económico es el mismo cuando conviven 2 adultos que 8. Antes era más justo y equitativo porque era proporcional al número de miembros de la unidad familiar. Estos nuevos requisitos han provocado que muchos extranjeros no puedan acceder a este tipo de cobertura sanitaria produciéndose mayor aumento de personas excluidas del sistema sanitario valenciano.

Ante estas situaciones los trabajadores sociales sanitarios nos planteamos las siguientes estrategias:

- Mejorar nuestra presencia social: Hacer visible lo invisible.
- Adecuar los recursos a las nuevas necesidades (algunas entidades han creado servicios de orientación y asesoramiento de hipotecas. Acceso a viviendas de alquiler económico).
- Desarrollar la coordinación para agilizar la resolución de los casos más urgentes.
- Instar a la administración para que establezca un marco de políticas activas de inclusión que aprovechen los recursos disponibles.
- Que la persona, vuelva a ser lo primero, lo más importante, el centro de cualquier intervención.
- Fomentar una sociedad más justa.
- Saber informar, orientar y asesorar sobre el acceso a los recursos que existen y pueden ayudar a las personas a superar estados de necesidad.

Bibliografía

- Decreto 74/ 2007, de 18 de mayo , por el que se aprueba el Reglamento sobre estructura, organización y funcionamiento de la asistencia sanitaria en la Comunidad Valenciana.
- AROCA FONS, LUCIA y Otras autoras (2012): Cartera de Servicios de Trabajo Social Sanitario de la Comunidad Valenciana. Conselleria Sanidad. Generalitat Valenciana.
- MONRÓS CHANCOSA, Mª JOSÉ y otras autoras (2012): Guía de Intervención de Trabajo Social Sanitario. Conselleria Sanidad. Generalitat Valenciana.
- FUNDACIÓN FOESSA (2014): VII Informe sobre exclusión y desarrollo social en España.
- MORENO VAÑÓ, AMPARO (2012): Com afecta la crisi al sistema de Serveis Socials.

Revista Trabajo Social y Servicios Sociales. TS NOVA. Nº 5. Año 2012. Semestre 1º.

Mesa 2: Alternativas no farmacológicas al malestar psicológico/emocional

Psicoterapia breve en la consulta de Atención Primaria.

Ermengol Sempere Verdú
Médico de Familia. Centro de Salud de Paterna.
Correspondencia: cpelacho@gmail.com

"Todos los aspectos de la experiencia humana
constituyen preocupaciones legítimas
del médico de familia
siempre que sean presentadas
como un problema por el paciente."
(Iona Heath)

La actual crisis económica y social que padecemos está ocasionando sin lugar a dudas un gran malestar emocional y un incalculable número de dramas personales y familiares. Ante este malestar, en ocasiones auténtica desesperación, muchas personas acuden al sistema sanitario, en particular a la consulta del médico de familia, con la expectativa de encontrar alivio. Acuden actualmente por los mismos motivos por los que acudían antes de la crisis, porque se sienten mal como consecuencia de cualquier acontecimiento vital que afecta a su equilibrio personal y haciendo uso de los recursos disponibles que tienen a su alcance.
Esta demanda se encuadra dentro de la expectativa social de alivio del malestar del día a día que cada vez es más frecuente y más desconectada de las causas que las motivan, cuyo objetivo es eliminar aquellos estados emocionales que se alejan de la "normalidad" social actualmente considerada, y a ser posible de la forma más rápida. En otras ocasiones la expectativa no es de obtener una respuesta médica, sino simplemente el reconocimiento de su malestar, como expresión de la necesidad innata del ser humano de contar su sufrimiento y de esta manera darle un sentido[1].
Ahora bien, se debe tener en cuenta que las consultas por malestar psicológico derivado de problemas económicos, sociales y relacionales están aumentando en las sociedades modernas desde hace ya décadas, al margen de la situación económica particular de cada país. Cada vez es mayor el porcentaje de población que es visitada por diferentes recursos de salud mental públicos o privados y que reciben terapia psicológica o tratamiento psicofarmacológico[2]. Por ejemplo, en el caso particular de la Comunitat Valenciana, el incremento en el consumo de antidepresivos fue aún mayor en los años de bonanza económica anteriores a la actual crisis[3,4]. Ante esta "medicalización del malestar" es necesario que los sanitarios intentemos dar otra repuesta, de rostro más humano y basada en el poder de la palabra.

De todos modos no se debe olvidar que cualquiera que sea la respuesta que ofrezcamos a las personas con malestar, en esta ocasión como consecuencia de la crisis, solo será una mínima parte de las respuestas que las personas puedan buscar o encontrar en la sociedad. Para el médico de familia, así como para los pacientes, la atención social y la atención sanitaria forman un continuo cuyos límites son ficticios[5]. Los sanitarios no debemos perder de vista que el énfasis hay que ponerlo en otro tipo de respuestas o recursos, partiendo del principio de que ante el malestar por problemas de origen social hay que buscar explicaciones no médicas y soluciones a largo plazo de índole también social. La vida ha cambiado mucho desde los años de la Gran Depresión de finales de la década de los veinte y principios de los 30, pero la película *"Las Uvas de la ira"* de John Ford, basada en la novela homónima de John Steinbeck, muestra toda una serie de posibles respuestas individuales y sociales entre los miembros de una familia desahuciada gravemente afectada por la crisis, que aún siguen siendo válidas ochenta años después: la dignidad, el refuerzo de los lazos familiares, la capacidad de adaptación a las situaciones cambiantes, el activismo social, la denuncia de los abusos e injusticias del sistema, a la vez que la importancia de los sistemas de protección social de carácter público. Como argumenta de forma magistral la imponderable Iona Heath, se debe tener presente que *"La violencia estructural convierte en natural la pobreza, la enfermedad, el hambre y la muerte prematura, ignorando sus orígenes sociales y políticos, subestimándolos sin hacer a nadie responsable, salvo a los propios pobres que los padecen»*, por lo que pretender poner diagnóstico al sufrimiento emocional causado por problemas sociales no hace sino *"excusar la injusticia social y tolerar la violencia estructural"*[5].

La Organización Mundial de la Salud en un documento publicado en 2011 analizó los efectos de las crisis económicas sobre la salud mental y las medidas de cualquier índole que pudieran reducir su impacto, especialmente en los suicidios[6]. Según los estudios existe una relación directa entre el volumen de las deudas contraídas y la probabilidad de sufrir un trastorno mental, relación que

disminuía, aunque sin llegar a desaparecer, en función del nivel de ingresos y sobre todo de determinadas variables sociodemográfica (OMS 2011). En este mimo informe se puede constatar que la tasa de suicidios en un determinado país sigue en paralelo a la tasa de desempleo, aunque esta tendencia puede revertirse si se adoptan las oportunas medidas de protección social a los parados. De las cinco áreas clave que la OMS identifica para tratar de mitigar el efecto de las crisis sobre la SM, solo una es de índole médica, y es precisamente el facilitar el acceso de las personas afectadas a al atención primaria, por su papel clave en la detección de los casos más graves y su capacidad de intervención inicial.
Por este motivo, es importante que los profesionales de la atención primaria seamos conscientes de este papel, ya que muchos de los afectados emocionalmente por la crisis pasarán por nuestras consultas. Nuestro es el reto de atender y reconocer cada caso particular, detectar los casos más graves y con mayor riesgo, y responder ante los menos graves intentando no rebasar el ámbito de la atención primaria, utilizar nuestros recursos de forma equilibrada y retornar el paciente a la comunidad. En estos casos es donde es necesario que nos dotemos de un mínimo de herramientas psicoterapéuticas básicas para dar una respuesta no medicalizadora y evitar etiquetar el sufrimiento como enfermedad. El objetivo debe ser, al menos, saber escuchar las demandas por sufrimiento en las consultas y, de forma ideal, utilizar la palabra como herramienta básica terapéutica y de orientación.

Para dotarse de estas habilidades es necesaria la convicción personal de su utilidad, convicción que puede proceder de la ciencia[6-11], pero sobre todo del humanismo y de la ética[12]. John Berger en su ya canónico libro "*Un hombre afortunado*" analiza el vínculo entre un médico rural y sus pacientes en la Inglaterra profunda de finales de los sesenta. Dos frases de su libro condensan el compromiso ético con los pacientes, cuando al referirse al médico rural protagonista del libro, afirma: "Aunque tiene unos dos mil pacientes, considera que su obligación es tratar al menos ciertas formas de infelicidad", o esta otra aún más clarificadora: "Se le considera un buen médico porque satisface las expectativas de fraternidad del enfermo. A veces fracasa, pero en general se percibe en él la voluntad férrea del hombre que intenta reconocer al otro". Este compromiso ético es indispensable para que el médico de atención primaria (MAP) intente ofrecer algún tipo de repuesta sincera a sus pacientes especialmente afectados por la crisis o por cualquier otra circunstancia.

Esta ponencia, al igual que la presentada en esta misma mesa por el Dr Ortiz Lobo, "Indicación de no intervención", pretenden ofrecer respuestas a los problemas que no son de causa médica, cuyas soluciones no deben pasar por el sistema sanitario o lo menos posible. Todo ello, sin entender que no se trata de privar aún más a los personas de recursos o servicios con la excusa de la crisis, o con la idea de "optimizar" los escasos y cada vez menores recursos sanitarios disponibles. Nuestras propuestas se concibieron y se formularon antes de la actual situación y pretenden ser útiles en cualquier circunstancia económica y social.

El modelo propuesto, al que denominaremos de forma genérica "Psicoterapia breve en la consulta de Atención Primaria" [13], basado fundamentalmente en la empatía y la estrategia de resolución de problemas**,** se plantea para aquellas situaciones en las que el paciente se encuentra más afectado, o en las que de entrada está más centrado en los síntomas del malestar que en sus causas y se prevé que una única visita no va a ser suficiente. Este modelo ha sido desarrollado en el Centro de Salud de Paterna por el Dr José Salazar, psiquiatra, y por el propio ponente, tras años de colaboración e interacción entre los médicos de familia del centro y su unidad de salud mental. Fruto de ésta son el manual publicado por la Conselleria de Sanitat y cinco talleres de 15 horas de duración en donde se han formado a más de cien profesionales en estas técnicas.

Se trata de un modelo de "**psicoterapia integrativa**" que combina la empatía, el análisis de los estados emocionales, el establecimiento de un pacto terapéutico y por último la estrategia de resolución de problemas. Este método se centra en el malestar y en los problemas recientes que los han provocado o desencadenado y pone poco énfasis en el establecimiento de un diagnóstico. Parte del principio de que atribuir de entrada un diagnóstico a un estado emocional favorece que se distraiga la atención desde los problemas a los síntomas o a una supuesta enfermedad. Es conocido que el límite entre malestar, padecimiento y enfermedad es borroso y que cada vez es más frecuente la atribución de un malestar a una enfermedad[3]. Esta tendencia depende de factores culturales, que configuran expectativas tanto del paciente como del profesional (por ejemplo mediante la utilización de reglas heurísticas)[14], favorecidas por la ambigüedad de los actuales criterios diagnósticos que con frecuencia se prestan a una interpretación subjetiva con las consecuencias anteriormente comentadas[15-16] .

El modelo propuesto de intervención consta de tres fases:

1) La primera consiste en clarificar la naturaleza del malestar

Pretende identificar con claridad la experiencia condicionante de la reacción emocional, denominar los distintos estados emocionales (atrapamiento, duelo o pérdida, humillación, amenaza) e identificar las manifestaciones físicas asociadas.

Las técnicas que se utilizan en esta fase se basan en la **empatía**, y consisten en la escucha atenta, el sondeo, las repeticiones, la gestión de los silencios, la sinceridad y la coherencia en los lenguajes del profesional, tanto el verbal como el corporal (empatía corporal) , y sobre todo mediante el **parafraseo sintético** como potente

herramienta de comunicación (p.e . "si no le entiendo mal, hoy viene porque desde hace unos días se encuentra mal, desanimado, decaído y sin energía, porque ha tenido un problema en el trabajo, ¿es así?"). En esta etapa se hará énfasis en el análisis de las emociones y en lugar de hablar de crisis de ansiedad o de depresión, se recomienda referirse a que se ha tenido una discusión, un desengaño, una frustración, una ofensa.

2) la segunda fase consiste en el acuerdo terapéutico

Tras comprobar la idoneidad del paciente para la psicoterapia (ausencia de enfermedad psiquiátrica grave concomitante o mala relación médico-paciente) se oferta la posibilidad de llevar a cabo un plan breve de visitas concertadas (entre 4-6) de duración limitada (no más de 20 minutos), como parte de un "**pacto terapéutico**" en el que ambos, médico (o terapeuta) y el paciente (la persona) se compromete a esforzarse cada uno para intentar mejorar el problema del paciente. Se aconseja dejar constancia del pacto en la historia clínica y que ambos se comprometan a llamar al otro en caso de no poder asistir a la citas.

Antes de seguir adelante se debe **comprobar la disposición al cambio** y debe quedar claro que el motivo real por el que acude el paciente son la búsqueda de mejorar su estado y no el defenderse o actuar contra terceros.

3) La tercera **fase: la acción mediante resolución de problemas**

La estrategia de resolución de problema es un método psicoterapéutico breve que ha demostrado su eficacia en diferentes situaciones y procesos y, incluida la atención primaria de salud[7-11].

En esta fase se aconseja utilizar una **hoja resumen** que sirva de referente tanto al paciente como al terapeuta sobre la evolución del proceso. El diseño de la hoja indica la dirección de la intervención, de tal manera que cuando se empieza a utilizar, el paciente acepta que es para pasar a la acción y que en cada visita se van a revisar los logros y las dificultades del proceso. Pretende por tanto concentrarse en las soluciones y evitar, como es frecuente, que la mayor parte del tiempo de consulta se consuma en la repetición de los síntomas del malestar, que se deben haber definido explícitamente en la primera o segunda visita. En caso de que tras varias sesiones el proceso no avance adecuadamente, se debe reconsiderar si en realidad habían aflorado todos los problemas y si el paciente sigue siendo candidato a este tipo de terapia.

1) **Explicación del tratamiento y sus fundamentos**. El paciente debe entender que el malestar corporal que experimenta supone una reacción emocional dentro de la normalidad y no necesariamente una manifestación de enfermedad. Se le debe explicar que se va a empezar un proceso de ayuda en el que la función del terapeuta es organizar y programar un plan que le ayude a encontrar y aplicar respuestas a sus problemas.
2) **Reatribución personalizada e identificación de los problemas**. Cuanto más se personalice la relación entre los problemas, las emociones y las manifestaciones corporales que experimenta el paciente más probabilidades de éxito habrá. Esta fase suele ser una de las más costosas, y es frecuente que al paciente le cueste reconocer una relación que en ocasiones resulta obvia para el terapeuta. Ante la resistencia se debe reiniciar el proceso y explorar de nuevo los síntomas y los problemas.
3) **Establecimiento de metas**. El paciente, y no el terapeuta, debe fijar **su propia meta** para el problema, que debe ser realista y depender exclusivamente de él. El paciente es el agente de su propio cambio, mientras que el terapeuta clarifica, ordena y refuerza. En caso de haber varios problemas, el paciente debe decidir cual es el más importante o por cual empezar a fijar metas.
4) **Generación de soluciones.** Se deben contemplar todos los escenarios posibles, desde el mejor al peor, siempre que dependan del paciente.
5) **Evaluación y selección de soluciones**. Para cada una, el paciente debe valorar los pros y contras de cada posible solución, lo que ganaría y perdería con cada una de ellas.
6) **Aplicación de soluciones.** Para cada solución, el terapeuta debe insistir en que se fijen las acciones y fechas concretas de aplicación.

El modelo propuesto se complementa con la entrega de materiales escritos para el manejo de síntomas (p.e. las reglas del buen dormir, el control de la respiración), la biblioterapia (p.e. el estoicismo) o técnicas complementarias como el yoga o la *mindfulnnes*. No excluye la intervención de otros profesionales, fundamentalmente la de los psicólogos clínicos, ni por otra parte pretende aliviar la presión asistencial sobre las unidades de salud mental. Para su aplicación se requiere un período de formación, un mínimo de condiciones laborales y un período de aplicación progresiva y controlada. Así mismo se debe evaluar su impacto en la gestión de la consulta a fin de que se mantenga el equilibrio y la equidad respecto a la atención a los múltiples problemas de otra índole a los que tiene que enfrentarse el médico de familia en el día a día.

En definitiva, este modelo pretende dotar al médico de familia de herramientas psicoterapéuticas para ofrecer una respuesta inicial al sufrimiento, que puede llegar a ser definitiva, tanto en épocas de crisis como en otras épocas, que potencie las capacidades de afrontamiento y resolución que todas las personas tienen en mayor o menor medida y así evitar o limitar la entrada en el circuito diagnóstico-terapéutico de la

enfermedad, que desvía la atención de la persona sobe el origen del malestar, le deresponsabiliza y expropia sus propias capacidades curativas.

«Ningún esfuerzo verdadero de atención
es una pérdida de tiempo,
aunque puede que no tenga ningún resultado visible,
ya sea directo o indirecto».
(Simone Weil)

Bibliografía

1. Heath I. The Mystery of General Practice. John Fry Trust Fellowship 1995. Nuffield Provincial Hospitals Trsut. Disponible en: http://www.nuffieldtrust.org.uk/sites/files/nuffield/publication/The_Mystery_of_General_Practice.pdf Consultado: 29/1/2015.
2. Sahuquillo MR: Pastillas para el dolor de la vida. El uso de antidepresivos se ha disparado en toda Europa. En España y reino Unido se ha doblado en 10 años. El País, 7 diciembre 2013. http://sociedad.elpais.com/sociedad/2013/12/06/actualidad/1386355492_284964.html
3. Vicens C, Sempere E. Malestar emocional y psicofármacos. En: Mauro García-Toro (coordinador). Estilo de vida y depresión. Edit Síntesis 2014. p. 63-75. http://www.sintesis.com/data/indices/9788499588254.pdf
4. Sempere E, Salazar J, Palop V, Vicens C. Evolución de la utilización de antidepresivos, ansiolíticos e hipnóticos en la Comunitat Valenciana. Período 2000-2010. Atención Primaria 2014;46: 8416-425. http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656714000031
5. Heath I. Medicina General en Tiempos de Austeridad. AMF 2013;9(11):618-62. http://es.scribd.com/doc/195983934/Medicina-General-en-Tiempos-de-Austeridad#scribd
6. WHO Regional Office for Europe. Impact of economic crises on mental health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2011. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/134999/e94837.pdf
7. García-Campayo J, Hidalgo I, Orozco F. Psicoterapia de resolución de problemas en atención primaria. Barcelona: Ars Médica; 2006.
8. Mynors-Walis R. Problem Solving Treatment for anxiety and depression, Oxford: Oxford University Press; 2005.
9. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Non-pharmaceutical management of depression in adult. A national clinical guideline n. 114. SIGN 2010. http://www.sign.ac.uk/pdf/sign114.pdf
10. Huibers MJH, Beurskers AJHM, Bleijenberg G, Schayck CP. Efectividad de las intervenciones psicosociales administradas por los médicos generales (Revisión Cochrane traducida) En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008, Número 2. Oxford Update Software Ltd. (Traducida de The Cochrane Library. 2007 Issue 3. Chichester. UK: John Wiley&Sons Ltd.) Disponible en: http://www.samfyc.es/pdf/GdTSaludMental/20099.pdf;
11. Linde K, Sigterman K, Kriston L, Rücker G, Jamil S, Meissner K, Schnedier A. Effectivenes of Psychological Treaments for Depressive Diorders in Primary Care: Systematic Review and Meta-Analysis. Ann Fam Med 2015; 13:65-68. http://annfammed.org/content/13/1/56.full
12. Berger, John. Un hombre afortunado. Madrid: Edit Alfaguara; 2008
13. Salazar J, Sempere E. Malestar emocional. Manual práctico para una respuesta en atención primaria. Conselleria de Santitat. Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanitat 2012. 121 Págs. http://www.begv.gva.es/san2/tlpsan_frame.html?URL=/OPACSAN2CGI/BASIS/TSAN/WWWFE/CAT/SDW?M=1&W=KEYWORDS+PH+WORDS+"salazar"
14. Salazar-Fraile J, Sempere-Verdú E, Mossakowski k, Page JB. 'Doctor, I just can't go on': Cultural constructions of depression and the prescription of antidepressants to users who are not clinically depressed. International Journal of Mental Health 2010; 39: 29-67. http://mesharpe.metapress.com/app/home/contribution.asp?referrer=parent&backto=issue,3,6;journal,4,28;linkingpublicationresults,1:110908,1
15. Timini S. Time to concentrate on human factors in mental illness. BMJ BMJ 2011; 343:d4377 http://www.bmj.com/content/343/bmj.d4377.full
16. Timimi S. Campaign to abolish Psychiatric diagnostic systems such as ICD and DSM (CAPSID). 21 de mayo de 2011. http://www.criticalpsychiatry.net/?p=527

La indicación de no-tratamiento ante problemas sociales

Alberto Ortiz Lobo.
Psiquiatra. Centro de Salud Mental "Salamanca", Hospital Universitario La Princesa, Madrid.
Correspondencia: aortizlobo@yahoo.es

"Con la psicologización de los problemas sociales se evita que salgan a la luz las verdaderas causas del malestar y que se señale con el dedo a los responsables"
"Los profesionales se convierten en servidores del adaptacionismo de los sujetos a las injusticias sociales"

Ian Parker[1]

Resumen

Las soluciones sanitarias individuales que se aplican para atender problemas sociales, aunque son bienintencionadas, pueden resultar perjudiciales porque corren el riesgo de patologizar, ofrecer falsas esperanzas, infantilizar, culpabilizar, distraer, provocar resignación o estigmatizar. Es fundamental considerar la indicación de no-tratamiento para hacer prevención cuaternaria en estos casos.

Introducción

Hacer intervenciones sanitarias cuando lo que están sufriendo los ciudadanos son problemas sociales es un tema, cuanto menos, controvertido. Tenemos que partir de la base que toda intervención genera, además de un supuesto beneficio, un perjuicio al paciente que la está recibiendo. Por ello, siempre tenemos que hacer un balance cuidadoso del riesgo y del provecho de nuestra actuación. Para hacer adecuadamente este balance, es fundamental tener conciencia de los daños que se derivan de nuestras intervenciones. Este aspecto muchas veces no se tiene en cuenta y queda oculto bajo el manto de las buenas intenciones "yo intervengo para ayudar, eso no puede ser malo".

Muchos ciudadanos consultan por reacciones emocionales que se derivan de problemas sociales: precariedad laboral, dificultades familiares, apuros económicos, etc. En este punto, es importante evaluar si esa reacción emocional se corresponde verdaderamente con una respuesta patológica o, mejor aún, con un problema mental que se puede beneficiar de una intervención sanitaria.

Los daños que producen las intervenciones sanitarias en problemas sociales

Los sentimientos de tristeza, temor, indignación, rabia, ansiedad… que aparecen en el contexto de circunstancias vitales difíciles, son fundamentalmente necesarios y adaptativos. Dan cuenta de la gravedad de la situación y nos preparan para afrontarla en la medida de lo posible. Aunque se produzca un sufrimiento psíquico (como el que se experimenta con la pérdida de un ser querido o con las dificultades para cubrir económicamente las necesidades vitales básicas), en general suele ser proporcionado al contexto y refleja su relevancia. Realizar una intervención sanitaria en estas circunstancias, como dar un antidepresivo o realizar una intervención psicoterapéutica breve tiene varios peligros potenciales[2,3]:

- Patologizar: se convierte en enfermedad una respuesta emocional dolorosa, pero sana y adaptativa
- Ofrecer falsas esperanzas: en la medida que el tratamiento se ofrece como una solución que en ningún caso va a resolver el problema social subyacente.
- Infantilizar y generar dependencias inútiles: si ante una reacción emocional dolorosa pero sana se obtiene una respuesta sanitaria, se favorece que los ciudadanos ya consulten siempre ante cualquier adversidad que le produzca malestar. Lo que se les transmite es que ellos no tienen recursos para salir adelante y que necesitan de un "experto" que les guíe o se haga cargo de sus emociones.
- Culpabilizar: existe el peligro de transformar una injusticia social, como una precariedad laboral, por ejemplo, en un problema personal del paciente. El mensaje implícito que se transmite a alguien cuando está en tratamiento es que el problema está en él, ya sea en forma de desequilibrio de los neurotransmisores o de conflicto psíquico. De esta manera, el responsable del sufrimiento no está en el entorno sino dentro del individuo. Esta perspectiva propugna un adaptacionismo personal a situaciones sociales injustas y puede

convertir a los médicos y psicólogos en "colaboracionistas".
- Distraer, provocar resignación: en la medida que se pone el foco en el individuo y no en el conflicto social, se están desviando recursos y energías. Se enmarca en un problema sanitario, individual e íntimo asuntos que son de orden social, colectivo y públicos
- Estigmatizar: finalmente, indicar un tratamiento, aunque ni siquiera se dé un diagnóstico, favorece la estigmatización propia y del entorno del sujeto y puede conducir a un mayor aislamiento o discriminación.

Más allá de los perjuicios implícitos cuando realizamos intervenciones sanitarias en problemas sociales, se encuentran los estudios de eficacia de las mismas. Probablemente las intervenciones terapéuticas más estudiadas en este ámbito son la terapia en los duelos y las intervenciones que se realizan en las víctimas supervivientes de catástrofes naturales, accidentes o atentados. En ambos casos, cuando estas intervenciones se realizan a demanda o de forma indiscriminada, los resultados globales resultan negativos[4-7].

Las motivaciones del profesional para intervenir innecesariamente

Además de la escasa conciencia que podemos tener de los perjuicios que causamos cuando iniciamos un tratamiento, tenemos que considerar qué motivaciones nos conducen a intervenir en estas circunstancias. Muchas veces realizamos tratamientos, no pensando en el beneficio que vamos a producir en el paciente (que a veces es nulo o incluso resulta perjudicial), sino que lo hacemos desde nuestras propias motivaciones. Esto sucede cuando atendemos a nuestros conflictos intelectuales o a necesidades personales. Los conflictos intelectuales se producen cuando tenemos una identificación excesiva con nuestra perspectiva médica o psicopatológica. En estas circunstancias, y sin el sano escepticismo y la necesaria autocrítica profesional, nos conducimos a un sobrediagnóstico de nuestros pacientes debido a nuestro entrenamiento y perspicacia en detectar patología (y no salud). Simultáneamente, practicamos un intervencionismo desde nuestro modelo teórico y pensamos que siempre puede haber un psicofármaco que le pueda mejorar o un abordaje psicoterapéutico que le va a ayudar.
Las necesidades personales tienen que ver con nuestra forma de ser y con la manera que manejamos las demandas de ayuda que nos hacen. En la medida que somos profesionales del cuidado, muchos hemos podido llegar a esta ocupación laboral desde motivaciones personales que nos pueden conducir a un intervencionismo bienintencionado, pero que resulta dañino para el paciente. De esta manera, nuestra actuación profesional no está guiada exclusivamente por aspectos técnicos sino que también está determinada por cómo somos y nos relacionamos y, así, intervenir desde la compasión: "pobre, qué mal lo está pasando, algo tendré que darle…" "no puedo decepcionarle"; la omnipotencia: "seguro que puedo ayudarle de alguna manera"; la vanidad: "soy un profesional experto, siempre sabré mejor que el paciente lo que hay que hacer"; el paternalismo: "tengo que hacerme cargo y tener una respuesta para todo, aunque no sea eficaz"; o la necesidad de defendernos ya que se toleran mejor los errores cometidos por comisión que por omisión: "una vez que me hace la demanda, algo tengo que darle".[8]

Prevención cuaternaria e indicación de no-tratamiento

La prevención cuaternaria es la actividad clínica que tiene como objetivo reducir o minimizar los efectos perjudiciales de las intervenciones sanitarias innecesarias o excesivas. La indicación de no-tratamiento es la intervención paradigmática de la prevención cuaternaria en salud mental, evita la exposición del paciente a los efectos adversos (y terapéuticos si los hubiere) de los tratamientos. Se fundamenta en la ética de la negativa, que no es otra cosa que decir "no" de forma fundamentada y con actitud psicoterapéutica[9] (Kuehlein 2010). Se trata de no indicar un tratamiento porque lo más beneficioso para el paciente será protegerle de los efectos secundarios del mismo y que van a superar a los presuntos efectos terapéuticos. Para ello, primero tenemos que escuchar y hacernos cargo del sufrimiento del paciente y luego, con él, desvincularlo de que sea patológico o de que precise una intervención sanitaria y contextualizarlo dentro de su historia vital y de salud.
Frente a la arrogancia que han caracterizado a la Psiquiatría y la Psicología, que incluso se han atrevido a irrumpir en múltiples campos ajenos a la clínica desde una posición pseudocientífica, la indicación de no-tratamiento se basa a menudo en la ética de la ignorancia. Lamentablemente no sabemos cómo van a evolucionar muchos de nuestros pacientes que presumiblemente tienen factores de riesgo (y que no son causa de enfermedad en ese individuo concreto, sino asociaciones estadísticas). Compartir con ellos esa ignorancia y proponer una espera vigilante para evitar los daños derivados de posturas intervencionistas es parte fundamental de la indicación de no-tratamiento. Es la espera vigilante que ha de respetarse, por ejemplo, en un duelo normal, antes de pautar antidepresivos o realizar intervenciones psicológicas. La pregunta clave que nos tenemos que responder de forma honesta ante cada paciente que evaluemos sería: "Ante el problema humano que tengo delante, ¿voy a obtener mejores resultados considerándolo una enfermedad (o una pre-enfermedad o una sub-enfermedad) que si no fuera tratado como tal?". No es fácil responder a esta pregunta en muchas ocasiones, pero no podemos olvidar tampoco que a la hora de intervenir tenemos que guiarnos por el principio hipocrático de que lo primero es no dañar. La mayor parte de nuestras dudas van a

aparecer en pacientes que, o están sanos, o en el límite de beneficiarse de una intervención que acarrea efectos secundarios. Por ello, en estos casos dudosos es fundamental reivindicar el "esperar y ver" ya que no suele haber ninguna urgencia en prescribir un tratamiento de dudosos beneficios netos.

Indicar no-tratamiento va mucho más allá de "dar de alta" al paciente en un trámite puramente burocrático. Es una intervención estratégica que precisa del conocimiento de técnicas de habilidades de entrevista y de psicoterapia. Lo que se busca con ella es producir una resignificación de los síntomas que el paciente vive como señales de una enfermedad y tributarios de una intervención sanitaria, en una respuesta emocional sana, legítima, adaptativa y necesaria. Con esta intervención, además de evitar iatrogenia y normalizar el malestar del paciente, también buscamos aumentar su confianza, su capacidad y su responsabilidad para gestionar sus emociones. La indicación de no-tratamiento tiene agentes terapéuticos, ya que de alguna forma modifica la visión que tiene el paciente de sí mismo. El problema que aparece en la narrativa del paciente es considerarse "enfermo" y así, signos y síntomas de la normalidad los vive como algo patológico. En otras ocasiones, el sujeto no se considera como enfermo, pero presenta creencias y expectativas erróneas en torno a lo que puede obtener de recibir un tratamiento. El considerar la indicación de no-tratamiento como una intervención psicoterapéutica además le permite al profesional ver al paciente como alguien que necesita ayuda (para entender que no es un enfermo y que no precisa tratamiento) y no como un usuario equivocado y al que hay que comunicarle que no precisa tratamiento sin más. Probablemente esto le permitirá al paciente sentirse comprendido en su sufrimiento y no que se le están escatimando sus derechos a recibir un tratamiento.

El punto de partida de la indicación de no-tratamiento es que consideramos que esto es lo mejor para el paciente, es una decisión puramente clínica. No podemos hacer una indicación de no-tratamiento correcta si pensamos que el paciente precisa de una intervención pero no podemos llevarla a cabo por falta de tiempo, de formación, de recursos o por cualquier otro motivo. En estos casos, tendremos que considerar cómo resolvemos con el paciente la prescripción de ese tratamiento que sí que necesitaría. La indicación de no-tratamiento no puede ser nunca la herramienta que ejecute el recorte de prestaciones sanitarias necesarias para los ciudadanos.

En otros textos ya hemos revisado el procedimiento de la indicación de no-tratamiento que puede ser aplicado tanto en servicios de salud mental como de atención primaria de forma más amplia y detallada[10]. El objetivo principal de la intervención es desvincular el problema que nos plantea el paciente y su solución del ámbito sanitario. Esto supone, junto con el paciente, otorgar al malestar de un nuevo significado y enmarcarlo en otro contexto. Pero como objetivos secundarios, nos tenemos que plantear que el paciente se sienta escuchado y bien atendido y que nosotros nos sintamos eficaces y satisfechos en la medida que ayudamos al paciente a entender que no precisa un tratamiento.

Bibliografía

1. Parker I. La psicología como ideología: contra la disciplina. Ed. Catarata, Madrid 2011
2. Boisvert CM, Faust D. Iatrogenic symptoms in psychotherapy: A theoretical exploration of the potential impact of labels, language, and belief systems. American Journal of Psychotherapy 2002; 56: 244-260
3. Ortiz A, Ibáñez V. Iatrogenia y prevención cuaternaria en salud mental. Rev Esp Salud Pública. 2011;85(6):513-25.
4. Currier JM, Holland JM, Neimeyer RA. The Effectiveness of Bereavement Interventions With Children: A Meta-Analytic Review of Controlled Outcome Research. Journal of Clinical Child Adolescent Psychology 2007; 36 (2): 253-259 DOI:10.1080/15374410701279669
5. Currier JM, Neimeyer RA, Berman JS.The effectiveness of psychotherapeutic interventions for bereaved persons: A comprehensive quantitative review. Psychological Bulletin, Vol 134(5), Sep 2008, 648-661. doi: 10.1037/0033-2909.134.5.648 Duelo
6. Rose SC, Bisson J, Churchill R, Wessely S. Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). Cochrane Database of Systematic Reviews 2002, Issue 2. Art. No.: CD000560. DOI: 10.1002/14651858.CD000560
7. Sijbrandji B, Olff M, Reitsma JB, Carlier IVE, Ger- sons BPR. Emotional or educational debriefing after psychological trauma: randomised controlled trial. Br J Psychiatry. 2006; 189: 150-155
8. Ortiz Lobo A. Hacia una psiquiatría crítica. Ed. Grupo 5, Madrid 2013
9. Kuehlein T, Sghedoni D, Visentin G, Gérvas J, Jamoule M. Quaternary prevention: a task of the general practitioner. Primary Care. 2010; 10(18): 350-4
10. Ortiz Lobo A, Murcia García L. La indicación de no-tratamiento: aspectos psicoterapéuticos. En: Trastornos mentales comunes: manual de orientación. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría. Estudios 41; 2009

Crisis, sufrimiento social y espiritualidad. El sentido de la vida y el sufrimiento social

Jose Luis Guinot Rodríguez.
Médico radioterapeuta IVO. Vicepresidente AVEF.
Correspondencia: XXXXXXX@XXXXXXXXXX.es

Toda crisis externa genera un desequilibrio en nuestra vida por lo que la crisis social que vivimos altera a las personas y también su estado de salud, y puede ser causa de enfermedad, como se ha reflejado en las mesas previas.

Por otro lado la enfermedad en sí misma también es un desequilibrio que altera a la persona y causa sufrimiento. El ser humano experimenta el sufrimiento en todas sus dimensiones, no sólo la física, que es la más comprendemos y tratamos en las consultas. Hay también un sufrimiento emocional, que refleja la forma en que la persona aborda su enfermedad y un sufrimiento social que indica las consecuencias que la enfermedad provoca, los cambios en las relaciones familiares, sociales, laborales, en el lugar del engranaje social donde nos encontramos y que con la enfermedad se quiebra.

Son dos perspectivas del mismo sufrimiento que llamamos social. Pero sabemos que el ser humano tiene una dimensión superior, que nos caracteriza, una dimensión espiritual que nos hace preguntarnos por el sentido de lo que estamos viviendo, como explica Viktor Frankl. El sufrimiento social, como lo es el dolor, es una alerta de que algo no funciona, de que hay algo que cambiar. Cuestiona lo que se vive y lo que podemos hacer para recuperar el equilibrio perdido.

Si es la crisis social la causa de sufrimiento, de enfermedad, de incumplimiento terapéutico, su solución está fuera de nosotros; depende de otros estamentos sociales, como los responsables políticos, hacer los cambios necesarios para recuperar unos niveles básicos de convivencia, y unos mínimos para la supervivencia. Como profesionales de la salud no estamos exentos de responsabilidad para ir modificando las estructuras hacia una sociedad y una atención sanitaria más justa. Que nadie eluda su compromiso.

Pero ante la persona que sufre y enferma o ante la persona que enferma y sufre por las carencias que le provoca su enfermedad crónica o grave lo que tenemos que abordar son las consecuencias de ese sufrimiento social. La solución ya no está fuera sino dentro de cada persona. Es uno mismo quien elige su actitud ante la adversidad. Nuestra labor como profesionales es descubrir y sacar a la luz la persona que hay detrás de ese sufrimiento. De ahí que la escucha atenta de los problemas, el contacto directo, la cercanía, conocer y llamar a la persona por su nombre, el trato humano sea igual de esencial que una buena atención médica o farmacológica. Recordarle que tiene motivos para seguir adelante, que mantenga esperanza, que acepte lo que no puede cambiar pero que escoja una actitud de lucha y activa es un papel al alcance de cada uno de nosotros. Aprovechemos la alianza terapéutica, la confianza del paciente con su médico para asegurarle que le apoyaremos y que estamos disponibles. Nuestra frustración por no poder cambiar una situación social injusta nos exige cambiar también nuestra propia actitud, tratando de ayudar a que encuentren un sentido mientras se lucha por modificar los condicionantes externos.

En esta mesa vamos a escuchar a dos psicólogos. Hemos hablado de la crisis como causa de enfermedad y distintos enfoques para abordarla. Ahora Carmen del Barrio, de la asociación CARENA, va a continuar con la perspectiva de las consecuencias de la enfermedad grave como causa de sufrimiento social, y cómo podemos actuar. Por último Manuel Cuesta, de la Asociación Viktor E. Frankl, nos propondrá los planteamientos de la logoterapia para elegir la actitud y los valores con los que las personas reaccionan frente a la adversidad, que son válidos para los pacientes y también para los profesionales que tenemos la responsabilidad de darles la capacidad de encontrar un sentido a su situación y a su vida en el presente.

Enfermedad durante la crisis. Límites y posibilidades desde nuestras consultas

Carmen Del Barrio Porto.
Psicóloga. Asociación CARENA en la UHD del Hospital Clínico Universitario de Valencia
Correspondencia: carmen@terapiados.net

Resumen

Voy a hablar desde la perspectiva de mi trabajo diario con personas atendidas dentro del programa de la Obra Social La Caixa "Atención integral a personas con enfermedades avanzadas y sus familias".
Voy a intentar acercar a los oyentes la experiencia que mis pacientes comparten conmigo, centrándome en un caso que considero representativo de las repercusiones que tienen las dificultades económicas en su sufrimiento, que se suma al de la enfermedad. Compartiré mis reflexiones y el trabajo que considero que es posible hacer en estas situaciones.
Como profesionales hemos de aceptar lo que no podemos cambiar, mantener una actitud humana y abierta a la hora de mirar, y validar lo bueno que las personas tienen y saben hacer. Y sobre todo permanecer, no sucumbir a la impotencia, confiar en la vida y no abandonar nunca al enfermo.

Buenos días y muchas gracias a todos por haber contado con CARENA.
El título de esta mesa me hizo pensar en un caso, que es el que voy exponer. Un paciente que reunía los tres aspectos que contempla el título de la mesa de hoy: sufrimiento social, crisis económica y espiritualidad.
Cuando vino a mi mente este paciente reflexioné en torno a el problema de la crisis, el gran sufrimiento que añade a las situaciones ya de por sí difíciles de la enfermedad, cómo impide la satisfacción de las necesidades básicas (fisiológicas y de seguridad) y cómo de forma imprevisible, hay ocasiones en las que a lo largo del proceso de enfermedad las necesidades de estima, de reconocimiento y de sentido y significado de la propia vida, que se supone (según Maslow) son menos fundamentales, van tomando progresivamente el primer plano.
Puedo decir que esto que hoy para mí es evidente, la necesidad de la búsqueda de sentido, para los enfermos y sus familias muchas veces no parece que lo sea. Es importante poder trabajarlo desde el principio. Una cosa es saber que esto es crucial y otra muy distinta es encontrar la forma particular en la que poder ayudar a cada persona en concreto a tener una experiencia de sentido de la propia vida.

Caso clínico

Varón de 52 años. Propietario de un negocio familiar que tuvo que cerrar.
Diagnosticado hace 6 meses de un cáncer microcítico de pulmón muy avanzado, con metástasis óseas y cerebrales que le provocan una parálisis de los miembros inferiores.
Ingresa en UHD para control sintomático en domicilio.
Motivo de derivación a psicóloga: elevado nivel de ansiedad, inquietud y malestar.

El paciente estaba casado y tenía dos hijas, una de ellas que aún vivía en casa y me abrió la puerta. Tenían otra hija mayor que estaba muy atenta y presente pero ya no vivía allí. Solo pude conocer brevemente a la esposa porque tenía que salir a trabajar. Cuando inicio la conversación con el paciente, la hija menor me habla nerviosa. La sensación de ansiedad es bastante generalizada. El paciente está muy incómodo, intenta moverse, no encuentra la postura. Veo que la conversación va a ser dificil porque el malestar es intenso y no se encuentra bien. A veces es dificil saber cuánto del malestar es físico y cuánto emocional. En este primer momento lo primero que me cuenta es su situación económica. Su preocupación y profundo malestar porque va a dejar a su familia endeudada y con graves problemas económicos.
El estado de ansiedad es contagioso. Cuando salí del domicilio me sentía ansiosa por el estado emocional que habíamos vivido, pero después del primer momento pude recordar también otras partes de su historia que tenían gran importancia. Me habló también de su felicidad y bienestar con su familia que nunca más iban a volver. Pero los tenía. Me habló de cuánto habían salido a disfrutar y divertirse, cuánto habían gozado de las fiestas de su pueblo juntos. Algo que estaba dentro de toda esa ansiedad que percibí y que aparecía al recordar nuestro encuentro era la gran cantidad de amor que había allí. Un amor que se convertía en preocupación.
Cuando me fui hice un análisis de lo que me había encontrado allí porque mucha información no se retiene de inmediato o no se puede valorar en el momento siguiente.

Vi una familia a la que no le correspondía por ciclo vital estar lidiando con la pérdida del cabeza de familia, sino afrontar el conflicto autonomía/control que se suele dar cuando los hijos empiezan a dejar el hogar parental.
El manejo de la información, lo que se nombra y cómo se nombra respecto a la enfermedad y el pronóstico, era muy indirecto. El paciente no nombraba la muerte pero sí hablaba de "cómo va a quedar mi familia …"
El límite temporal estaba muy presente. No íbamos a tener mucho tiempo para trabajar. No sabíamos cuanto tiempo de vida le quedaba, pero además la evolución de la enfermedad había sido muy rápida y la familia no había tenido tiempo para asimilar las pérdidas que se iban produciendo.
La comunicación era bastante abierta. La familia hablaba con libertad y no se ocultaban cuando me comentaban lo que pensaban.
El problema económico no parecía tener arreglo. Los servicios sociales y los apoyos externos parecían haber llegado a su límite.
Emocionalmente, el sentimiento preponderante, tanto en la familia como entre los amigos y el equipo sanitario, era de ansiedad e impotencia.
Ante esto me planteo: ¿cuáles son las cosas que no podemos cambiar en esta situación? ¿cuáles son los límites?
En este caso lo que todos vivíamos como límites eran la falta de tiempo, lo irreversible de la enfermedad y el problema económico.
¿Cuáles eran las posiblilidades?
Los recursos que la familia sí tenía eran un gran apoyo y red social, muchos amigos dispuestos a cuidar y a colaborar que hacían llegar su presencia disponible y que la familia aceptaba gustosa.
También había unos vínculos familiares sólidos. Las hijas, aunque eran muy jóvenes, no tenían ningúna reserva en cuidar a su padre y hacer grandes renuncias a la "salida al mundo" que les estaría correspondiendo por edad. La esposa, aunque lamentaba no poder estar cuidando a su esposo y tener que ir a trabajar, mostraba una disposición positiva y de gran normalidad.
Había apertura en la comunicación. Pude ver que por momentos podían incluso expresar abiertamente el malestar y la tristeza.
Las propuestas que considero útiles para el equipo sanitario son las siguientes:
No huir de la experiencia de sufrimiento. Este es un tema difícil. Hay una tendencia generalizada a huir del sufrimiento, un automatismo que nos lleva casi inmediatamente a cerrarle la boca al que expresa su dolor o su malestar. Es frecuente oírnos decir "no digas que eres una carga… ¡nosotras te cuidamos gustosas!", o "no seas negativo". Frases de este estilo cortan la expresión emocional del que se queja, no le facilitan la tarea de llegar a nombrar todas las cosas que le hacen sentir malestar, impidiendo por tanto que la persona llegue a poder terminar de sentirse mal y pueda empezar a sentirse de otra forma. Este funcionamiento fomenta la ansiedad y la angustia.
Para poder afrontar este sufrimiento de nuestros pacientes es imprescindible practicar en la contención y en el estado de presencia. Ayudar a elaborar la pérdida es ayudar a permitir que se pueda expresar el dolor, que las personas puedan sentirse, que tengan permiso para sentirse como se están sintiendo. Nadie se siente eternamente de ninguna manera.
Una manera de acoger y contener es explorar los recursos del paciente, conocer quien es, buscar en su historia de vida. Me habló de lo feliz que le había hecho compartir con sus hijas las fiestas de su pueblo. Cuánto habían disfrutado juntos. Lloraba la pena de no poder volver a vivir eso de nuevo. Esto es elaborar la pérdida. No intentamos consolarle negando la pérdida, no intentamos darle falsas esperanzas en que esto pasará y volverán aquellos tiempos. Vamos a acoger este sufrimiento, no le vamos a dar un remedio, no lo hay.
Nuestra respuesta ha de ser permanecer, acoger ambas caras de la experiencia. Sufrimos porque no podemos salvar a quienes amamos. Existe una cara luminosa, el amor y la felicidad compartidos. La otra cara, inseparable, es sentir que vamos a perder todo esto. No se daría el dolor si no hubiera amor.

Otro elemento que siempre tenemos a mano es nuestra humanidad, el trato digno y respetuoso del otro, el reconocimiento y el cuidado. Enfermo y familia, perciben nuestra mirada y por tanto hemos de aprender a mirar la ternura, el amor, el humor, la solidaridad, la confianza, lo que sea que nos encontramos en cada situación. Poner el acento y la mirada en el amor que se respira, en el cuidado que se da. Para mí, en este caso, esto era honrar la preocupación del paciente por su familia, porque le honra a él seguir siendo padre y marido hasta el último momento. Validar su preocupación por la situación en la que iba a quedar su familia lo dignifica.

Hemos de fomentar el compartir lo que hay en la familia para permitir que la presencia de todos haga de contenedor de todas las emociones que aparecen.
Conclusión:
Reflexionando sobre por qué se me había quedado grabado este caso de 2011, la respuesta que encuentro fue la enorme sensación de impotencia que yo sentí en aquel momento. Impotencia que me ha movilizado desde entonces a buscar los límites y las posibilidades de nuestro trabajo. La búsqueda de qué se puede hacer y qué no, qué está fuera de nuestro alcance, ha sido uno de los sentidos de mi trabajo de estos años.

Para finalizar, puedo decir que cuando hablé con la esposa de mi paciente después de haber fallecido él, me contestó serena y muy tranquila que ella estaba convencida de que saldrían adelante, que habían hecho por su marido todo lo que era posible y que se sentía tranquila y en paz.

Como profesionales hemos de aceptar lo que no podemos cambiar, mantener una actitud humana y abierta a la hora de mirar y validar lo bueno que las personas tienen y saben hacer.

Y sobre todo permanecer, no sucumbir a la impotencia, confiar en la vida y no abandonar nunca al enfermo.

Tres ideas que me apoyan en mi trabajo y me gustaría compartir con vosotros son éstas:

"Sufrimos porque no podemos salvar a quienes amamos." (1)

"El secreto de la serenidad es cooperar incondicionalmente con lo inevitable. Hay que rendirse a lo que es." (2)

Y permanecer…

Bibliografía

1. Francesetti, Gianni. Comunicación oral. 2014
2. Enrique Martínez Lozano. La persona ante el sufrimiento. Entre la vulnerabilidad y la plenitud. En: Monografías SECPAL. E.Benito, J.Barbero, M.Dones. Espiritualidad en Clínica. Una propuesta de Evaluación y acompañamiento espiritual en Cuidados Paliativos.1ªedición. síosí punto gráfico;2014.p.29-37.

Mesa 3: Crisis, sufrimiento social y espiritualidad. El sentido de la vida y el sufrimiento social

Elegir la actitud ante el sufrimiento y la crisis

Manuel Martinez Cuesta.
Psicólogo. Servicio de Orientación, Asociación Viktor E. Frankl
Correspondencia: manumartinezcuesta@gmail.com

Las distintas visiones de la persona enriquecen y a la vez complican cualquier acercamiento a su realidad, el sufrimiento social, pertenece a una de esas dimensiones más etéreas y complejas, desde la psicología, y en colaboración con otras disciplinas que aportan su punto de vista, el psiquiatra Viktor Frankl, nos aporta su particular entendimiento de lo que este sufrimiento supone a las personas

El sufrimiento social siempre es un sufrimiento personal, desde la Asociación Viktor E. Frankl y alumbrando esta compleja problemática a partir de la visión de la persona que aporta la Logoterapia, queremos apuntar algunos aspectos.

Si retrocedemos en el tiempo podemos encontrar ejemplos de acontecimiento y personas que ya aportaban su particular manera de enfrentarse al sufrimiento social. Joan Gilabert Jofré fue un religioso español nacido en el s. XIV. Esta persona supo ver más allá de la superstición de su época y andado por las calles de Valencia empezó a ver a las personas, no su categoría social, o su vestimenta o sus acciones, sino a las personas y se dio cuenta que había un grupo de personas que están en la calle, literalmente despreciadas, marginadas, olvidadas, invisibles para el resto de la sociedad, mendigos, locos, endemoniados. Una forma de ver a las personas que el padre Jofré se resistió a aceptar. Funda en 1409 el primer asilo mental del mundo, donde la disposición hacia el que sufre no es de desprecio, los problemas no se solucionan ignorándolos o viéndolos como una amenaza, sino desde el cuidado. En el sufrimiento físico la lógica del cuidado es obvia, pero cuando hablamos de sufrimiento mental, o social, la respuesta se desdibuja o incluso ni se contempla. ¿Qué hacer por tanto frente a algo tan intangible? ¿Realmente se puede hacer algo?

Antes de empezar a desarrollar las teorías franklianas, es importante apuntar algunas consideraciones, muchas veces en foros como estas jornadas nos acercamos a las problemáticas desde nuestra disciplina profesional, cosa muy importante, pues es el motor que impulsa los cambios y las mejoras, pero esta vez, proponemos dar un paso atrás, posicionarnos en un lugar en el que los aspectos que compartimos con los demás aumentan, y es que por encima de profesionales de la salud, somos personas, categoría compartida con cualesquiera de las personas que tenemos delante en cualquier momento, es decir, si me entiendo persona frente a persona, ya nuestro paradigma profesional empieza a modificarse.

Para intentar dar respuesta a estas preguntas tan complejas, proponemos reflexionar desde la Logoterapia y que mejor que empezar presentando a su creador, Viktor Emil Frankl (1905-1997) Psiquiatra, Vienes, que le toco vivir la persecución y encarcelamiento en el holocausto nazi. Liberado 4 años después sale con unas experiencias que le hacen dudar de todo aquello que le han enseñado hasta el momento, es cuando escribe el libro: El hombre en busca del sentido. Es interesante analizar el propio título de su obra más conocida.

Parece que las palabras importantes que aquí tenemos: hombre, busca y sentido. Hombre es obviamente muy importante, es lo que somos. El sentido, desde la logoterapia es el núcleo más importante, aun así, cabría preguntarse ¿En una frase cual es el único término que le da sentido completo? No es el nombre, no es el adjetivo… no es el artículo, es el verbo. Un solo verbo puede ser una frase. Cualquier otra de las palabras que utilizamos en el lenguaje no va a dar sentido. Por tanto es la búsqueda es el "buscar" en este caso el centro desde el que reflexionar porque es acción, porque es movimiento y vamos a ver que una de las características identitarias de la persona es la acción.

Frankl se desarrolla su carrera profesional en una Europa marcada por la imagen y por el gran científico que era Sigmund Freud. Para entender la logoterapia entendemos que hay que contextualizar históricamente. Freud, desde el psicoanálisis entiende la naturaleza humana desde el principio de "placer". El hombre busca el "Eros" y huye del 'Tanatos'. La voluntad última del hombre es el placer.

Tras Freud, Adler propone el individualismo, considerada la segunda escuela vienesa de psicoterapia, ya no es el principio del placer la voluntad última que mueve a la persona, sino la superación de condiciones internas. La persona se está enfrentando a cuestiones que constantemente le están pidiendo responder. Se acuñan por primera vez términos como complejos de inferioridad o de superioridad. Es el deseo de superioridad aquel que empuja a la persona a buscar el poder. Bueno, seguro que encontramos y recordamos personas que entienden que la vida es una pelea para conseguir un status, una categoría, un nombre.

Estas dos escuelas son llamadas tradicionalmente de "psicología profunda". Estamos volcados hacia lo interno y hacia lo pasado en este caso. Hay una alternativa. Frankl se dio cuenta que la gente dentro de los campos de concentración es verdad que buscaban placer, a veces, es verdad que buscaban poder, a veces, pero no siempre. Había otras actitudes, había otros comportamientos, otras respuestas. Se dio cuenta que las personas que empezaban a encajar y encontrar un sentido a aquello que les estaba pasando, empezaban albergaban una serena presencia que les aliviaba el gran pesar que sufrían. Esas personas cada día encontraban fuerzas para continuar incluso en las condiciones más denigrantes. Eso es lo que se puede traducir como psicología de las alturas (ver figura 1). Hay un sustrato psicofísico que es real, que existe, pero que seguramente no es suficiente para explicarnos. Ese es el riesgo que sufren los monismos. ¿Cómo entiendo mi cuerpo? A veces como unas piezas independientes a mí que algún técnico tiene que solucionar. Si me deja de doler estoy bien. Sin plantearse de dónde viene el dolor o qué es. Otras veces reducimos a la persona a un ámbito psicologizado, al final todo es culpa de un trauma de la infancia, error de pensamiento, etc. O incluso son fuerzas superiores las que deciden mi destino. Monismos donde las personas que se dejan llevar por un destino inevitable.

Si no tenemos en cuenta todas dimensiones, podríamos dar todas las respuestas, pero las preguntas erróneas. Cuando reducimos a la persona a solo un aspecto de ellos, estamos encontrando soluciones fáciles o rápidas. La química nos puede ser muy útil cuando solo trabajamos con un organismo químico. Pero no solo somos organismos químicos.

Debemos sustituir el "o" por la "y". Entonces nos damos cuenta de que somos los suficientemente complejos como para caber en varias visiones. Eso quiere decir que si cogemos un cilindro como ejemplo (ver figura 2), este puede proyectar una sobra en la pared en forma de rectángulo y por tanto parecer un objeto de 2 dimensiones, o incluso si giramos ese mismo cilindro proyectar la sombra de un círculo. El cilindro es una suma de ambas. Esto es una de las intuiciones que Frankl desarrolló y que lo experimentó en el campo de concentración. De hecho, la multidimensionalidad de la persona no queda limitada a dos facetas, la dimensión social también es constitutiva de la persona, así como la dimensión espiritual. Espiritual no significa religiosa. Significa que todas las personas tienen una concepción que va más allá de ellos, que les trasciende, pueden entenderse como parte de una realidad que les superará.

¿Cuál sería la propuesta del paradigma frankiano? No sería la de un técnico sanitario frente a una enfermedad sino un médico humano en encuentro con una persona que sufre. Por tanto no estamos hablando de enfermos, sino de personas que sufren una enfermedad. Entender la vida como proceso, no "somos", sino que "estamos siendo" porque en el momento que me defino, esa definición pasa a pertenecer al pasado. El sentido del humor te separa del síntoma y en el momento en el que tú no te identificas con el síntoma puedes verlo de forma distinta y por tanto incluso encontrar soluciones distintas. Un ejemplo que muestra esta realidad es el problema de los 9 puntos.

Por tanto la persona no se mueve en un estado de tensión para alcanzar el placer, la persona se mueve entre la tensión natural de querer ser distinto o de ser una cosa distinta y los valores que le atraen a ello.

¿Cómo abordar los valores? La logoterapia los centra en 3 grandes grupos. Valores de creación, el primer grupo, que son aquellos en los que a través de mi trabajo o de aquello que puedo crear voy a dejar en el mundo. Valores de experiencia, un segundo grupo. Además de dar al mundo también tengo la capacidad de recibir de él. Cuando voy al médico estoy esperando que los profesionales sanitarios me escuchen y por tanto, su presencia ya me está transmitiendo. Paciencia quizá es lo único que me pueden trasmitir. Como tercer grupo de valores están los valores de actitud. Cuando no queda nada que hacer y no tiene sentido lo que pasa, siempre queda una última cosa que hacer, en palabras de Viktor Frankl: "Si no está en tus manos cambiar una situación que te produce dolor, siempre podrás escoger la actitud con la que afrontes ese dolor, ese sufrimiento".

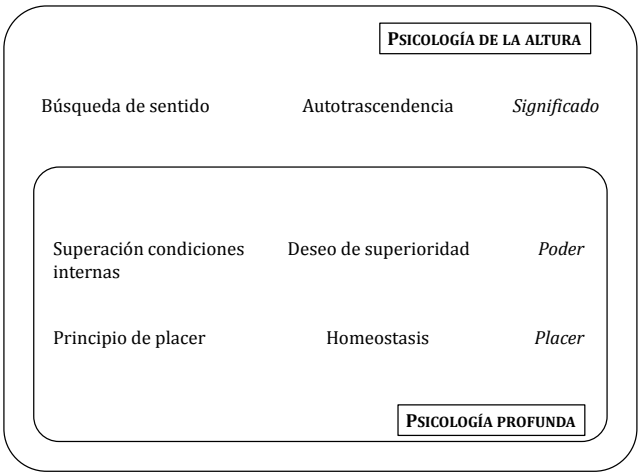
Muchas veces pensamos que no se puede hacer nada. Esto es una actitud ante la vida. ¿Qué podemos hacer ante esto? Lo que no puedo hacer es todo, esa es una visión reducida, tanto de la vida como de nuestras realidad, un cambio de actitud, frente a la misma realidad, nos puede llevar a comprender que todo no lo puedo hacer, pero siempre voy a poder hacer algo. En el momento que mi actitud cambia la actitud del que tengo delante no tiene más remedio que también cambiar porque lo estoy tratando de forma distinta.

En un eje de coordenadas (ver figura 3) podemos conceptualizar de esta manera las distintas visiones de nuestra realidad desde el prisma logoterapéutico. Horizontalmente la vida se puede entender entre el fracaso y el éxito, pero verticalmente existe otra división, una división entre la desesperación y el sentido. Al referirnos a términos que son transversales a cualquier momento y circunstancia de la vida, puede llegar al punto de rescatar a la persona incluso si se encontrara en el polo del fracaso, ya sea personal, económico o incluso social.

Si somos capaces de entender que en la vida esta es la división desde la que siempre podemos posicionarnos en una perspectiva salutogénica, de alguna manera es lo que vamos a trasmitir. ¿Esto desde donde se debe implementar?, ¿desde la medicina? si, ¿y desde la enfermería? también ¿y tiene algo que decir sobre esto también el trabajo social? inevitablemente. ¿Y un presidente de una asociación que no pertenece a las profesiones sanitarias y es abogado, puede hacerlo? también. ¿Y el padre que está en casa, el filósofo, la hermana que escucha a su hermano pequeño? Un rotundo sí. El sufrimiento social, cualquier sufrimiento, hay que dejar de pensarlo desde una sola perspectiva. La persona completa es el punto de partida, y final a su

vez, de cualquier movimiento de resistencia al camino de desesperación que la falta de sentido tiene el riesgo de provocar desde el sufrimiento social.

Figura 1



La Logoterapia se encuadra entre las escuelas de psicoterapia Vienesa, siendo esta la 3ª y última de que se desarrolló, en esencia, la Logoterapia entiende a la persona desde su voluntad de sentido, es decir, la búsqueda por parte del hombre del sentido en la vida constituye la fuerza primaria de su existencia.

Figura 2.-

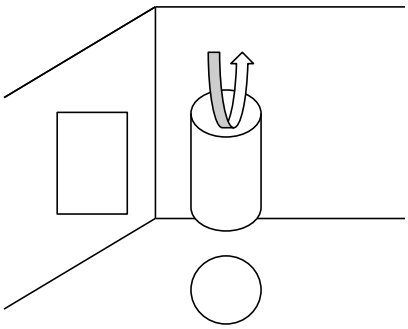
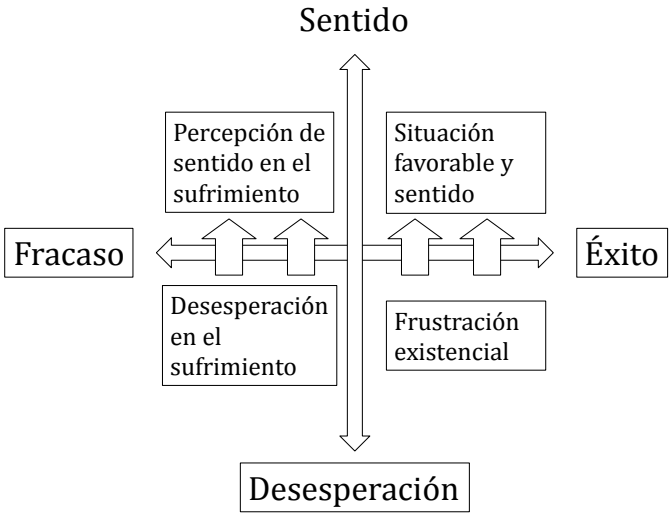


Figura 3



Bibliografía

Frankl, VE. El hombre en busca de sentido. 22ª ed. Barcelona: Herder; 2003.
Lukas, E. También tu vida tiene sentido. México D.F.: LAG; 2006.
Lukas, E. También tu sufrimiento tiene sentido. 3ª ed. México D.F.: LAG; 2011.
Noblejas, MA. Palabras para una vida con sentido. 2ª ed. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2000.

fml
Revista de Medicina de Familia y Atención Primaria

Organiza:

SVMFiC
SOCIETAT VALENCIANA DE MEDICINA FAMILIAR I COMUNITÀRIA
Haciendo viva la Medicina de Familia en la sociedad

Asociación Viktor E. Frankl

Colabora:

Ateneo Mercantil Valencia

Obra Social Fundación "la Caixa"

Las empresas colaboradoras apoyan el desarrollo de las actividades de la SVMFiC y comparten en su integridad los criterios de independencia y calidad científica de la misma.