

## “¡QUE BUENA PERSONA ES USTED, DOCTOR!” (I)

Manuel Pineda Cuenca\*; Rosa M.<sup>a</sup> Ortega Ruiz\*\*; Inmaculada Garay Reyes\*\*; Elena Compañ Poveda\*\*

\* Técnico de Salud de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Alicante

\*\* Médico Psiquiatra Centro Dr. Esquerdo, San Juan (Alicante)

\*\*\* Terapeutas familiares de la Unidad de Atención a la Familia del Centro “Dr. Esquerdo”, San Juan (Alicante)

e-mail de contacto: pineda\_man@gva.es

No sabemos cuántos casos como el que aquí exponemos, habrán pasado por sus manos. Pero suponemos que en más de una ocasión se habrá planteado la siguiente pregunta: “¿Qué hago con ella?”.

Muchas veces, es difícil hacer una valoración priorizada de las múltiples demandas del paciente, sobre todo cuando éstas provienen de frentes tan diferentes como el malestar físico, los problemas laborales de algún miembro familiar, aspectos de relación con los hijos, o toma de decisiones en lo referente al quehacer cotidiano del hogar...

Por si fuera poco, el paciente puede darle más importancia a aspectos que no son los púramente somáticos, mientras seguimos insistiendo en la hora concreta a la que le aparece la molestia...

No resulta sencillo dar una respuesta adecuada que englobe a todos los factores que contribuyen directa o indirectamente al mantenimiento de los síntomas.

¿Es posible hacer algo más que escuchar las demandas del paciente, extraer de su discurso la sintomatología somática y recetar un tratamiento farmacológico a las mismas?

¿Cómo puede darse una respuesta de manera ordenada y unificada?

A partir de este momento, la situación del médico es algo comprometida, sobre todo si tenemos en cuenta la limitación de tiempo en la consulta.

En el presente artículo, mostramos un caso que invita a la reflexión sobre las posibles alternativas a este problema de la práctica clínica diaria, y proponemos el abordaje familiar como recurso para tratar el síntoma (sin excluir su tratamiento farmacológico), desde una perspectiva diferente, que sea capaz de englobar las múltiples demandas desde la Atención Primaria de Salud.

Laura es una mujer de 48 años, que en la actualidad se dedica a las “faenas” de su casa. Cursó estudios de bachiller, y conserva el gusto por la lectura, pero ahora “no puedo”.

Desde hace dos años su madre vive en su domicilio, y visita asiduamente al médico, para obtener las recetas de la medicación que su madre precisa.

Hace un año consultó por presentar mareos, de aparición brusca, que mejoraron inicialmente con el

tratamiento que su médico de cabecera le pautó. A partir de entonces se inicia un período de visitas programadas, para revisión, en donde la paciente deja patente su necesidad de ser escuchada.

Pero a los tres meses aproximadamente, sus mareos reaparecen, asociados esta vez a “un cansancio tremendo”, y a otras “muchas cosas”, que le impiden hacer **“lo que ella realmente debería hacer”**

La analítica practicada no reveló ninguna alteración significativa, y el hecho de encontrarse en la perimenopausia, no justificaba totalmente su sintomatología difusa e inespecífica.

Seis meses después, y debido a la persistencia de sus síntomas y de las visitas, el médico se plantea la cuestión anteriormente referida:

### ¿Qué hago con ella?

Su médico decide recabar la opinión del otorrino. La paciente acudió al otorrino, quien descartó la existencia de una patología orgánica en el área de su especialidad y sugirió una consulta con el neurólogo.

El neurólogo apuntó al estrés, como posible factor desencadenan-



te de la sintomatología, y consideró la conveniencia de una revisión por parte de Salud Mental.

Salud Mental diagnosticó a la paciente de "depresión enmascarada". Cuatro días después aparece nuevamente inscrita en la hoja de citas previas con la misma demanda, informando que el tratamiento prescrito por el psiquiatra era muy fuerte y no lo ha seguido, comenta:

**"Dr. Déme algo que me quite lo que tengo, necesito seguir, y cuando tengo los mareos no puedo. ¿Cómo van a saber los especialistas lo que me pasa?, a veces no tienen tiempo y tampoco te miran como una cree, no se vaya usted a creer."**

Desde entonces han pasado dos años, y al menos dos veces por mes aparece por la consulta. En el último semestre no hay semana que no figure inscrita en la lista de citados. El médico ve repetidamente frustrados sus intentos de remisión al segundo nivel: ante el mínimo gesto (abrir el cajón, extender la mano hacia el lugar donde está las hojas de remisión,...), la paciente le dice:

*"usted deme algo, los demás qué van a saber ellos de mi vida, compréndalo ¡no es lo mismo!"*.

Ante esta situación el médico ha optado por dejar que sea la paciente quien distribuya el tiempo de la consulta, él escucha: los dos primeros minutos Laura realiza la demanda, síntomas y signos mal definidos (a esa conclusión llega D.Paco, pero siempre con cierta duda: "alguna vez saltará la liebre, ¡verás!"); luego desvía el diálogo

magistralmente para conversar sobre sus "problemas", en resumen: un quasi monólogo. Termina diciendo: *"Bueno le estoy entreteniéndome mucho ¡con el personal que tiene usted hoy! ¡que cara más dura que tengo!, pero es que no tengo más desahogo, todo depende de mí y no tengo ninguna ayuda. Usted lo entiende, es una buena persona. Gracias Doctor"*.

¿Podemos hacer algo más?

Seguramente todos tenemos algún/a paciente semejante, hay muchas Lauras entre nuestros clientes y la conducta de D. Paco es frecuente entre nosotros. Pueden pasar meses o años en los que no podamos hacer nada más, con el grado de frustración que ello implica, y tan solo el devenir: un traslado o la finalización de la interinidad harían que pasara a manos de otro compañero. Pero ¡amigo!, no estará lejos el día en que, en otra consulta, en otro cupo, descubramos otra Laura. Analizando el caso, pensamos: "menuda papeleta tiene D.Paco".

¿Se puede hacer algo más?

Permitirnos que este artículo sirva para establecer nuestras sugerencias al respecto.

Laura, es una señora que en el sinfín de consultas a las que acude ofrece mucha información sobre su vida, seguramente familiar y de su entorno. Lo primero que podríamos hacer es ordenar todos estos datos. En Atención Primaria, un instrumento que se ha demostrado adecuado para ello es el Genograma. Cormack señala que el genograma es un retrato de la familia, una foto-

grafía que nos revela el funcionamiento de la familia en un instante determinado. Nos informa de aspectos demográficos, edad, sexo, tipología familiar, ciclo vital, acontecimientos vitales estresantes, relaciones afectivas, recursos familiares,... (Tabla I). Nos informa de "tanto" sobre nuestros pacientes y de su familia que nos ayuda a elaborar nuevas hipótesis diagnósticas sobre la demanda que nos colocan sobre la mesa.

¿Porqué no tener una foto de Laura y de su familia en la historia?,

Tras la sesión clínica de un compañero, D. Paco se planteó abordar a Laura con esta metodología. Luis, su compañero, está entusiasmado con "esto de la familia", ha asistido a un curso de atención familiar y comentó: "esto, me ha calado muy hondo", y se había propuesto convencer a todo el centro. Paco, cuenta con la ayuda de Luis.

La construcción del genograma requiere conocer unos símbolos que representan a los distintos miembros de la familia y unos elementos relacionales (las líneas) entre dichos símbolos, que nos informan de la calidad de estas relaciones (Figura 1). McGoldrick y Gerson (1987) sentaron las bases sobre la utilización e interpretación del genograma. Un genograma bien realizado debe contener información de, al menos, tres generaciones consecutivas.

D. Paco se animó y "a la primera de cambio" citó a Laura a una visita programada. Laura, encantada, accede muy gustosamente y piensa:

"¡por fin, alguien me entiende de verdad!, y dice: "pero Dr. con el trabajo que usted tiene". Laura acude puntual a la cita, no quiere que se le pase la oportunidad de estar hablando 20 minutos, sin parar, sobre ella y sus problemas sin que nadie la interrumpa: **¡que buena persona es D. Paco! ¡sabe escuchar! ¡no me lo puedo creer, 20 minutos para mí sola!**

**Dr.:** ¡Hola Laura!

**Laura:** ¡Buenos días Doctor!

**Dr.:** Bien Laura, nos conocemos hace tiempo y te he citado para recoger algunos datos sobre tu familia que me pueden servir para ayudarte.

**Laura:** Encantada Doctor

**Dr.:** Bueno se que tienes 49 años que te dedicas a las "faenas" de la casa y que estás casada, ¿cómo se llama tu marido?

**Laura:** José, "un santo varón", tiene 53 años y es mecánico, tiene un taller propio, es autónomo y trabaja de 8 a 8, viene a casa a comer, pero sólo tiene una hora, come en media hora y se va al bar a tomar café. Nos vemos poco D.Paco.

El médico continúa recabando datos como le ha enseñado Luis: ¿cuántos hijos tiene? ¿qué años tienen? ¿a que se dedican?, etc...

Averigua, de esta manera, que

tiene dos hijos, Ernesto de 24 años, estudiante y Sonia de 17 años, estudiante y con una relación bastante tensa: "quiere llegar a casa cuando se le antoje" "quiere ser como su hermano y esto no puede ser"

Averigua que desde hace dos años su madre convive con ellos: "como usted sabe está incapacitada por la insuficiencia cardiaca, a raíz de la severa cardiopatía isquémica que padeció entonces. No puede realizar desplazamientos, empieza con una fatiga que asusta", comenta Laura. "desde entonces, está en casa y creo que me va a volver loca, siempre hemos tenido una relación tensa donde los gritos eran normales". Comenta que ella quisiera descansar de vez en cuando pero su hermano vive a 300 Km, y aunque "es el ojito derecho de mi madre" su mujer se niega a colaborar, "mi madre y ella no se han llevado nunca bien".

Con su marido hace tiempo que no mantiene ninguna intimidad, sobre todo desde que su madre vive con ellos. "Por las noches era un sin vivir, cada media hora me llamaba, y yo no podía. Ahora duermo en la misma habitación, me llama pero se puede llevar". Por el día la abuela dispone de una

campana que ellos mismos le han proporcionado, cuando quiere algo toca la campana y acuden.

Hace tres comidas:

"mi madre a las doce tiene que comer y como está del corazón, pues ya sabe: sin sal, sin grasa, etc.. y además, no se vaya usted a creer, todo no le gusta";

"mis hijos comen a la 1 y media, cuando salen del instituto y de la facultad, luego quieren aprovechar la tarde y no pueden esperar a su padre que viene a tres y media, además que mi marido no quiere comida caliente, a él dale fritos o no come, y con lo delgado que está pues, usted me dirá".

"Todo depende de mi y yo no tengo quien me cuide".

Presentamos el genograma (Figura 2) de Laura con los datos que D. Paco pudo recoger en esta primera entrevista. En la bibliografía adjunta está ampliamente recogido la forma de realizar el genograma. Tanto en la tabla I como en la figura 1 y 2 se recogen los mínimos conocimientos para poder interpretarlo. ¡Atreveros a ello!. En la segunda parte expondremos la interpretación y se comentará el mapa de relaciones que en una segunda visita averiguó D.Paco.

## BIBLIOGRAFÍA

1. **M. Mc Goldrick y R. Gerson.** Genogramas en la Evaluación Familiar. *Gedisa 1996.*
2. **Luis de la Revilla.** Conceptos e instrumentos de la atención familiar. *DOYMA, 1994.*
3. **S. McDaniel, T. Campbell. D. Seburn.** Orientación familiar en Atención primaria. *Springer 1998.*

**Tabla 1: INFORMACIÓN BÁSICA A RECOGER EN EL GENOGRAMA:**

- Miembros de la familia.
- Relaciones biológicas y legales de la pareja.
- Subsistema fraternal.
- El hogar.
- Información demográfica.
- Enfermedades y problemas.
- Acontecimientos vitales estresantes.
- Recursos familiares.
- Relaciones familiares.

