

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

Manuel Pineda Cuenca*; Rosa M.^a 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

RESUMEN DE LA 1ª PARTE

Laura es una mujer de 48 años que en la actualidad se dedica a las faenas de su casa, y que desde hace dos años viene consultando de forma reiterada a su médico de cabecera, D Paco, por síntomas y signos inespecíficos, aumentando en los últimos meses el nº de consultas en las que además de las recetas para su madre, enferma de cardiopatía, aprovecha el tiempo para hablar de sus problemas. D. Paco no sabe qué hacer con ella y comenta el caso con su compañero, Luis, quien le propone indagar en las cuestiones familiares. Le da algunas instrucciones para la realización de un Genograma (remitimos, para mayor información sobre el caso, al nº anterior de la revista).

SOBRE LO QUE AVERIGUÓ D. PACO EN UNA SEGUNDA VISITA DE LAURA

Laura acude a la visita programada con D. Paco, donde expresa una situación personal de excesiva

sobrecarga, por las cuestiones anteriormente mencionadas: *“La cosa está peor, doctor, no sé cuando va a terminar esto. Yo cada vez me encuentro más floja y menos capaz de hacer mis obligaciones diarias”*.

Esta situación se traduce, asimismo, en una situación de sobrecarga para D Paco, puesto que Laura sigue acudiendo a la consulta con las mismas demandas inespecíficas, una y otra vez, que en definitiva son siempre las mismas.

En este momento señalamos al médico de familia como su único interlocutor, pues ella le ha elegido como el **depositario** de todas sus quejas.

Parece que D. Paco se encuentra **ambivalente** ante esta circunstancia, pues por una parte “no sabe qué hacer con ella”, pero de otro lado no le resulta demasiado molesto “sobrellevar esta carga”, ya que frases como “¡qué buena persona es Ud. Doctor!”, le hacen sentirse, al menos, “algo útil” y son más que suficientes para que él entienda que su esfuerzo se vea de alguna manera recompensado. No obstante, en su fuero interno, se pregunta una y otra vez: **¿pero en**

realidad, qué más puedo hacer por ella?

Luis, le alerta del estado de **cronificación** del caso y le propone salir del planteamiento de los síntomas, para analizar los mismos dentro del **contexto familiar** que relata en la consulta. Le anima a profundizar en el **genograma** que realizó en la entrevista anterior, en un intento por interpretar cuál es la situación familiar que gira entorno a Laura y que puede estar impidiendo que los síntomas de la misma remitan. De este análisis, son capaces de advertir dos tipos de quejas por parte de la paciente:

- a) Quejas en relación a síntomas físicos.
- b) Quejas en relación a datos concretos del funcionamiento de la vida cotidiana familiar.

Este segundo punto, parece parte integrante habitual de las consultas, como asociado al relato de los síntomas. Sin embargo, puede que no sea sólo un mero acompañante al que paciente y médico se acostumbran, sino que puede ser el factor determinante, no sólo de la aparición, sino del mantenimiento y reagudización de los síntomas en



muchos casos. Por eso deciden enfocar el caso desde este 2º punto, para ver si desde ahí "llegan a alguna parte".

Entre ambos confeccionan el **Mapa de Relaciones**, descrito por Laura en la segunda entrevista, a partir de la hábil exploración que hizo Don Paco de las relaciones entre los miembros de la familia que conviven bajo el mismo techo en estos momentos (figuras 1 y 2). Inició la exploración con las siguientes preguntas:

Dr.: *Supongo que ha cambiado mucho sus vidas la llegada de la abuela a la casa ¿cómo tomaron Uds. la decisión de hacerse cargo de su cuidado? ¿fue algo acordado entre su marido y Ud.?.* (Forma de abordar el estudio de las relaciones de manera no agresiva)

Laura: *No, Don Paco, mi marido dijo que hiciese lo que a mí me pareciera mejor "es tu madre". A él le parece bien todo lo que yo haga (padre periférico). De todas formas soy yo quién la tengo que cuidar, aunque ella no me lo agradezca... Lo cierto es que ahora aún nos vemos menos que antes, pues, como mi madre me llama tanto de madrugada, decidí irme a dormir a su cuarto para no despertarlo por las noches.* (Indicio de divorcio emocional de la pareja)

Dr.: *Y sus hijos ¿le echan una mano con la abuela?.*

Laura: *Mi hijo me apoya mucho, es muy bueno, pero el pobre poco puede hacer sino escucharme (soporte emocional). En cambio, su hermana hay que estar todo el día detrás de ella para que te haga algo... es una chica muy rebelde y desordenada. Yo creo que tiene celos de su hermano. Siempre está pinchándolo y a su abue-*

la no la aguanta. ¿cómo si tuviera yo poco!. Esa es otra lucha ya no sé cómo manejarla...

Dr.: *Su marido ¿qué opina de esto?*

Laura: *El no les riñe nunca, a no ser que la situación sea ya insostenible. Entonces pierde los nervios y me culpa a mí de lo ocurrido, con lo cual empezamos a discutir delante de ellos.*

Del relato de la paciente, entresacaron datos con relación a la **sobrecarga** manifestada. En realidad, Laura ocupa los **roles de:**

a) Cuidadora de una persona enferma. Siente no ser reconocida por ello.

b) Esposa, en este papel se siente sola porque su marido pasa poco tiempo en casa, y no pueden compartir los aspectos de la vida conyugal que desearía, hasta el punto de no tener intimidad como pareja.

c) Madre. En este rol, no puede consensuar con su esposo la mayoría de decisiones sobre las cuestiones en relación a los hijos, que no son pocas, puesto que estos están en edad adolescente, momento de cambio, y difícil para ser afrontado solo por un progenitor, que no se siente suficientemente respaldado en la toma de decisiones (cuestión de calidad y no de cantidad).

Con estos datos, hicieron una hipótesis aproximativa a la función del síntoma en el contexto relacional. Para ello dejaron a un lado preguntas sobre el *por qué* y comenzaron a cuestionarse el *para qué* de los síntomas.

FUNCIÓN DEL SÍNTOMA / INTERPRETACIÓN RELACIONAL

¿Para qué le sirve a Laura el estar últimamente siempre deprimida?

- ¿Será una forma de buscar un mero reconocimiento a sus funciones?
- ¿Será una forma de obtener mayor atención por parte de su médico al que, por estos síntomas, precisa consultar más asiduamente?
- ¿Será una forma de atraer la atención para mayor participación de su marido en la vida familiar a varios niveles (conyugal, parental)?
- ¿Qué partes de la sobrecarga se remontan a tiempo pasado y cuáles se deben a desencadenantes del problema actual?

El planteamiento de estas hipótesis precisaron de una 3ª entrevista para confirmar o desmentir tales consideraciones. Para ello buscaron las preguntas adecuadas:

¿Qué ha ocurrido en su familia desde la intensificación de los síntomas?

¿Cómo se han organizado los demás miembros de la familia desde que ella se encuentra peor?

¿Cómo funcionan ahora en la familia?

¿Tiene algún tipo de apoyo extrafamiliar?

¿Ha pasado alguna vez por situaciones similares? ¿Qué pasó? ¿Cómo lo resolvieron?

A ellas, Laura respondió:

"Doctor: desde que yo me encuentro un



poco peor mi marido está haciendo el esfuerzo de llegar un poco más temprano a casa: no es que sea de gran ayuda, pero me echa alguna mano con los hijos. Mis hijos procuran no alterarme y creo que Ernesto, mi hijo, trata de pelearse menos con su hermana. La verdad es que están todos más pendientes de mí, y Vd. también, porque es una buena persona, yo se lo agradezco mucho".

De esta conversación con Laura confirmamos alguna de las hipótesis que D. Paco y Luis se plantearon previamente. A la pregunta de ¿Qué utilidad puede tener el síntoma, si es que tiene alguno?, encontramos que es obvio que la propia paciente relata que *ha conseguido atraer la atención y mayor colaboración del marido*, situación de la que anteriormente

se quejaba, y por otra parte ha conseguido una *moderación en el comportamiento de los hijos*, lo que le facilita su labor para con ellos como madre en la etapa de la adolescencia.

Ahora bien ¿es ésta una solución adecuada y funcional, no sólo para la paciente, sino para todos y cada uno de los miembros familiares?

Evidentemente, la paciente parece que obtiene mayor beneficio y reconocimiento desde la enfermedad que desde la salud. La cuestión es si lo confrontamos con la paciente en el sentido de que todo este "beneficio" se obtiene con un alto coste, que es su salud. ¿Sería posible alguna forma de cambio en el funcionamiento familiar que no pasara por la reagudización de los síntomas?.

Pensamos que mientras esto no esté claro, el efecto de "D. Paco" como proveedor de cuidados de salud estará claramente limitado.

CONCLUSIONES

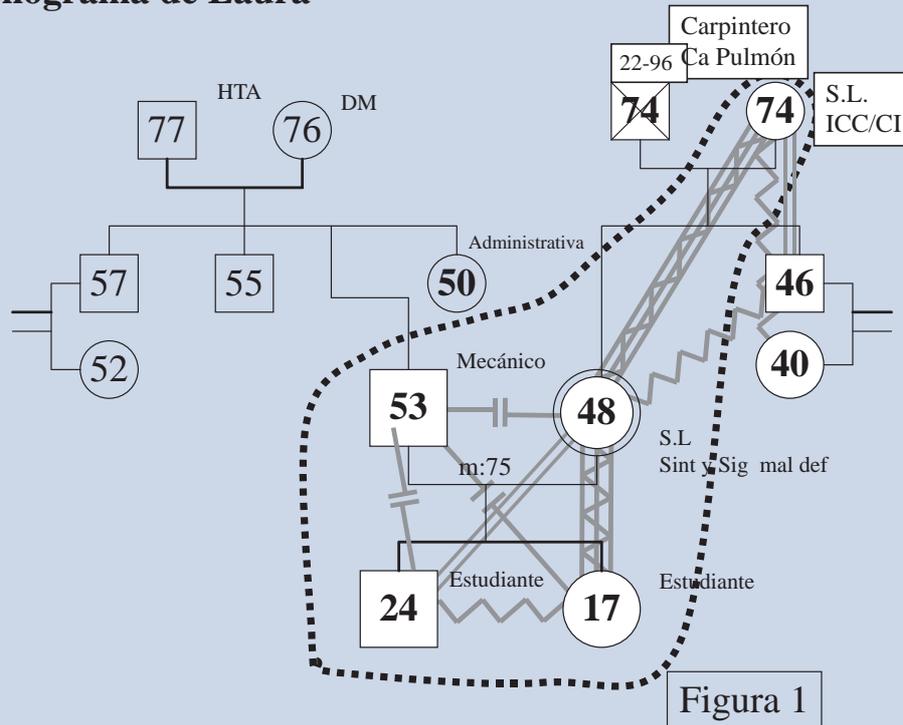
Muchos de los casos que se plantean en Atención Primaria, no acaban de mejorar a pesar de un adecuado abordaje farmacológico y el médico no encuentra el origen de la resistencia "de la enfermedad" a sus cuidados. Por eso, proponemos un abordaje no desde la perspectiva causal, individual, sino relacional, como punto de partida para un nuevo planteamiento del caso y apertura a nuevas posibilidades de actuación.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Mc Goldrick, M.; Gerson, R.:** Genogramas en la Evaluación Familiar. *Gedisa 1996.*
2. **De la Revilla, L.:** Conceptos e instrumentos de la atención familiar. *DOYMA, 1994.*
3. **McDaniel, S.; Campbell, T.; Seburn, D.:** Orientación familiar en Atención primaria. *Springer 1998.*
4. **Compañ, S.; Gaberí, R.:** Evolución y Sistemas. *Excma. Diputación de Alicante.*



Genograma de Laura



Relaciones familiares Representación

Figura 2

