

Orientación psicosocial y atención familiar en medicina de familia: malos tiempos para la lírica

J.R. Loayssa Lara

Recientemente se han celebrado en Granada unas jornadas sobre la enseñanza de la atención familiar a los médicos de familia (1). En estas jornadas se reconocía que la práctica de la atención familiar por los médicos de familia (MF) de nuestro país es escasa. Uno de los organizadores de las jornadas, Luis de la Revilla, escribe en el programa: «A pesar de los esfuerzos realizados para establecer una práctica habitual con las familias en la consulta, todavía estamos lejos de haber conseguido que este tipo de manejo se extienda en un porcentaje importante y significativo de los centros de salud».

Las dificultades de la atención familiar para encontrar un espacio en la actividad de la gran mayoría de los MF son evidentes, y ni éstos ni los propios residentes reciben con interés la formación en esta área. El resultado de esta baja aceptabilidad es que, de hecho, muchas unidades docentes han suprimido los programas formativos de atención familiar o los mantienen de manera testimonial.

Desde mi punto de vista, este «fracaso» de la orientación familiar expresa la consoli-

dación de un modelo de atención biomédico y, por tanto, el fracaso de la propia medicina de familia como proyecto e idea. Porque si el balance de la orientación familiar es muy pobre, el abordaje sistemático de la dimensión psicoemocional de enfermar es una práctica que sólo es adoptada por una minoría de los MF.

La reticencia de los MF a adoptar una aproximación psicosocial se ha señalado repetidamente. Los médicos creen que abordar los problemas psicosociales significa abrir la «caja de Pandora» de multitud de quejas que no se sienten preparados para tratar e implica una carga de trabajo inasumible¹.

Aunque la falta de tiempo y la carga de trabajo son reales, no basta para explicar que los MF no asuman una orientación psicosocial (muchos centros de salud han encontrado «tiempo» para actividades como la cirugía menor o las ecografías). En mi opinión, esta resistencia representa la reacción frente al cuestionamiento profesional y personal que supone, la implicación personal y emocional que requiere y el replanteamiento de las perspectivas que hace necesaria; en suma, de la necesidad de cambiar que demanda. La orientación psicosocial significa abandonar el mundo objetivo lógico-positivista de lo biológico (mal entendido) y adentrarse en las incertezas de lo subjetivo. Implica dejar de lado la salvaguarda que proporciona la distancia del técnico neutral y renunciar a la omnipotencia que caracteriza al modelo médico, aceptando convivir con el fracaso y la falta de soluciones directas.

Pero las resistencias de los profesionales no son el único elemento que condiciona el insuficiente abordaje psicosocial en atención primaria; otro elemento decisivo es la ideología tecnocrático-empresarial dominante en la gestión de los servicios sanitarios. Los instrumentos actuales de gestión,

▶▶ LECTURA RÁPIDA

▼ Las dificultades de la atención familiar para encontrar un espacio en la actividad de la gran mayoría de los MF son evidentes, y ni éstos ni los propios residentes reciben con interés la formación en esta área.

▼ El resultado de esta baja aceptabilidad es que, de hecho, muchas unidades docentes han suprimido los programas formativos de atención familiar o los mantienen de manera testimonial.

▼ Este «fracaso» de la orientación familiar expresa la consolidación de un modelo de atención biomédico y, por tanto, el fracaso de la propia medicina de familia como proyecto e idea.

▼ La orientación psicosocial significa abandonar el mundo objetivo lógico-positivista de lo biológico (mal entendido) y adentrarse en las incertezas de lo subjetivo.

(1) Reunión sobre la enseñanza de la atención familiar organizada por la Fundación para el Estudio de la Atención a la Familia (Fundesfam), el grupo Gresaf de la Sociedad Andaluza de Medicina de Familia y Comunitaria y con el apoyo de la Escuela Andaluza de Salud Pública y de las unidades docentes de medicina de familia de Sevilla. Se celebró en Granada el 28 de enero de 2005.

Centro de Salud Noain. Noain. Navarra. España.

Correspondencia:
José Ramón Loayssa Lara.
Ctra. Vieja Aeropuerto, s/n. 31110 Noain. Navarra.
España.
Correo electrónico: jloissal@papps.org

Manuscrito recibido el 15 de marzo de 2005.
Manuscrito aceptado para su publicación el 6 de abril de 2005.

Palabras clave: Atención familiar. Problemas psicosociales. Atención primaria.

▶▶ LECTURA RÁPIDA

▼ Pero las resistencias de los profesionales no son el único elemento que condiciona el insuficiente abordaje psicosocial en atención primaria; otro elemento decisivo es la ideología tecnocrático-empresarial dominante en la gestión de los servicios sanitarios.

▼ Otra de las expresiones de la resistencia frente a la orientación psicosocial es la percepción de que los aspectos «humanos» no necesitan ninguna aproximación teórica.

▼ El intento de negar la realidad sólo aumenta la frustración y el desgaste emocional.

▼ Mientras tanto, los gestores siguen empeñados en una conducta basada en la «ilusión de poder y control».

▼ Los representantes oficiales de la profesión (semFYC y Comisión Nacional de la Especialidad) han caído en una especie de «defensa maníaca»: negar la gravedad de las dificultades y los problemas y tratar de resolverlos por la vía de la huida hacia delante. Un nuevo programa de «máximos» y 4 años de especialidad son los principales síntomas.

es decir, la cartera de servicios y los programas de garantía de calidad, se centran en lo objetivo y lo medible y constituyen una amenaza directa contra lo «intangibles» en la atención de salud². Observamos la ausencia de cualquier «incentivo» a lo psicosocial; los programas y las guías clínicas, salvo excepciones, excluyen las actividades psicosociales y familiares o las confinan a los anexos, y los programas informáticos de consulta dificultan en la práctica el abordaje de lo subjetivo.

En el título de este artículo he incluido la expresión «malos tiempos para la lírica», una canción de la época en la que la medicina de familia en nuestro país comenzaba con un montón de ilusiones. Esta expresión que nos vino a la cabeza cuando recordaba los comentarios de un responsable sanitario que, ante argumentos sobre el carácter estratégico del reforzamiento de la intervención psicosocial en atención primaria, respondió que los médicos de familia estaban hoy día por la clínica pura y dura y no por la «lírica» de lo psicosocial.

Otra de las expresiones de la resistencia frente a la orientación psicosocial es la percepción de que los aspectos «humanos» no necesitan ninguna aproximación teórica. Se ha señalado que el conocimiento de los médicos en el área psicosocial no es explícito y fundamentado y, por tanto, es difícil de aplicar de una manera sistemática³. Sin embargo, los médicos deberían adquirir conocimiento teórico para atender a todos los ejes del diagnóstico: físico, psicológico y social⁴. La teoría sistémica, en la que se basa la atención familiar, es un instrumento explicativo (uno más, pero esencial) para entender la realidad clínica; cuando los profesionales rehúyen esta teoría (y de hecho cualquier reflexión teórica) están, en el fondo, intentando negar una parte esencial del propio hecho clínico, lo subjetivo y lo psicosocial, e ignoran su importancia decisiva en la salud y la atención sanitaria.

Pero la resistencia de los profesionales y la orientación actual de la gestión no sólo cuentan entre sus víctimas con la atención familiar o la orientación psicosocial, sino que la propia salud psicológica de los profesionales está en juego. Vamos a hacer un uso abusivo de algunos conceptos psicológicos para describir de forma gráfica la actual situación. Hemos hablado hasta el

momento de resistencia basada en la negación de una parte esencial de la realidad clínica. Sin embargo, el intento de negar la realidad sólo aumenta la frustración y el desgaste emocional, y lleva a los médicos, no al cuestionamiento crítico de sus actitudes y presupuestos, sino a recurrir a mecanismos de defensa peligrosos, como la proyección, la escisión y a abocarse a vivencias paranoides. «Los pobres médicos inocentes y buenos se ven como víctimas de unos malvados gestores y de unos pacientes desconsiderados que los explotan sin misericordia y sin que puedan hacer nada para evitarlo, salvo refugiarse en la queja y en el sufrimiento.» Este victimismo impregna los discursos de muchos profesionales.

Mientras tanto, los gestores siguen empeñados en una conducta basada en la «ilusión de poder y control». Definen objetivos concretos, indicadores, rankings del grado de cumplimiento de la cartera de servicios, etc., sabiendo que en el fondo la validez y la pertinencia de todo ello es casi nula. Deviene así en una actividad absurda, como los rituales obsesivo-compulsivos, que sólo proporciona ilusión de control, mientras los servicios se deterioran.

Pero queda un protagonista, los representantes oficiales de la profesión (semFYC y Comisión Nacional de la Especialidad), que han caído en una especie de «defensa maníaca»: negar la gravedad de las dificultades y los problemas y tratar de resolverlos por la vía de la huida hacia delante. Un nuevo programa de «máximos» y 4 años de especialidad son los principales síntomas. Bueno, esperamos que este uso deformado y abusivo del lenguaje psicológico se tome simplemente como lo que es, una caricatura. Pero no olvidemos que las caricaturas, aunque distorsionados y exagerados, presentan rasgos de la realidad.

Tampoco queremos que mi posición se vea como catastrofista, aunque creemos que la situación es seria. Desde luego, hay que buscar alternativas, pero me sentí obligado a señalar que, o desde mi punto de vista, el verdadero arraigo de una orientación psicosocial y de la atención familiar exige en última instancia una vuelta a la «cordura» profesional y enterrar el modelo tecnocrático-empresarial de gestión de los servicios de atención primaria.

Bibliografía

1. Kern DE, Branco WT, Jackson JL, Brady DW, Feldman M, Levinson W, Lipkin Jr M. Teaching the psychosocial aspects of care in the clinical setting: practical recommendations. *Acad Med.* 2005;80:8-20.
2. Howie JGR, Heaney D, Maxwell M. Quality, core values and the general practice consultation: issues of definition, measurement and delivery. *Fam Pract.* 2004;21:458-68.
3. Olesen F. A framework for teaching clinical general practice and for research and teaching in the discipline. *Fam Pract.* 2003;20:318-23.
4. McWhitney IR. *A textbook of family medicine.* New York: Oxford University Press; 1997.

▶▶ LECTURA RÁPIDA

▼
Desde mi punto de vista, el verdadero arraigo de una orientación psicosocial y de la atención familiar exige en última instancia una vuelta a la «cordura» profesional y enterrar el modelo tecnocrático-empresarial de gestión de los servicios de atención primaria.

