

Sara Velasco



Sara Velasco Arias es médica y psicoanalista, ha trabajado en asistencia en Atención Primaria, Planificación Familiar y Clínica Psicoanalítica. Se dedica desde hace 10 años al desarrollo de modelos para Atención Primaria en el marco de la atención biopsicosocial y de género. Es colaboradora del Instituto de la Mujer en el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, donde coordina el Programa de Atención Biopsicosocial al Malestar de las Mujeres. Este es un programa de formación de profesionales y de aplicación de un modelo asistencial, que se lleva a cabo en colaboración con diversas comunidades autónomas, entre ellas la Región de Murcia.

Algunas de sus publicaciones son: "Relaciones de género y subjetividad", editado por el Instituto de la Mujer en 2002 y "Atención Biopsicosocial al Malestar de las Mujeres. Intervención en Atención Primaria", en prensa.

Pregunta: ¿A qué se le llama "síndromes del malestar de las mujeres"?

Respuesta: Estamos llamando así a una serie de trastornos que se están presentando con altísima y creciente frecuencia en Atención Primaria. Son los trastornos mentales comunes que agrupan depresión, ansiedad, dolor sin causa médica explicada, como el dolor musculoesquelético, somatizaciones y síndromes funcionales, como la fibromialgia, la fatiga crónica, etcétera. Este tipo de trastornos están ejerciendo una fuerte presión en las consultas y tienen en común que no se conoce su causa, que no presentan causa médica fisiopatológica, sino que son síntomas siempre subjetivos, que no tenemos métodos eficaces para tratarlos, por lo que son una fuente de frustración para los y las profesionales y finalmente, son tratados prácticamente siempre con antidepresivos y ansiolíticos. Les llamamos síndromes del malestar, porque trabajamos con el hecho de que tienen su causa común en la forma de vida, las condiciones sociales y la forma en que cada persona se toma la experiencia vivida, es decir, en todo aquello que provoca el malestar y que no son causas biomédicas.

P: ¿Por qué se habla del síndrome del malestar como un estado de salud de las mujeres? ¿No los padecen los hombres?

R: Si, también los hombres padecen este tipo de trastornos, pero con bastante menor frecuencia que las mujeres. La depresión y ansiedad es el doble de frecuente en mujeres, así como el dolor



musculoesquelético y algunas somatizaciones; en la fibromialgia más del 80% son mujeres, igual que en los demás síndromes funcionales. Ocurre que las mujeres parecen expresar más sus condicionantes psicosociales en estas formas de enfermar, en esta forma de expresar el sufrimiento. Y por otra parte, parece que los condicionantes de género, es decir, las sobrecargas procedentes de los cambios de roles de género, de modelos e ideales de mujer, sobrecargan y presionan más a las mujeres que a los hombres. Esto hace que estemos desarrollando, ya desde los años 90, -entre otras por Mabel Burín, que publico en 1990 un libro muy importante en este campo, "El malestar de las mujeres: la tranquilidad recetada"-, el abordaje de estos condicionantes psicosociales, -los de género-, que producen estos efectos en el proceso de salud enfermedad, y lo hagamos desde una óptica que pone su mirada especialmente en las mujeres. Pero también hay una minoría de hombres que sufren por los

mismos mecanismos y que tenemos en cuenta.

P: ¿En qué consiste el modelo de atención biopsicosocial al malestar de las mujeres en Atención Primaria?

R: Se trata de un modelo que tiene como finalidad mejorar la atención a los síndromes del malestar. Es un modelo que incluye la atención a lo biológico y también a lo social y a lo psíquico, teniendo en cuenta que lo psicosocial implica también incluir los condicionantes de género y los mecanismos de la subjetividad. Se trata de no detenerse en la búsqueda de causas y tratamiento biológico y físico, que

es totalmente insuficiente en estos trastornos, sino entrar también a provocar cambios en los determinantes psicosociales y de género, en las circunstancias que están produciendo la enfermedad, y producir cambios en la posición subjetiva de él o la paciente, en cómo la persona se está tomando las circunstancias, que es finalmente el tercer mecanismo por el que enferma. El modelo busca mejorar los síntomas somáticos y anímicos, mejorar los indicadores indirectos de la presión asistencial de los síndromes del malestar, como son la hiperfrecuentación de los servicios sanitarios, el multiuso de servicios y pruebas complementarias, el poli-consumo de fármacos, especialmente psicofármacos y la insatisfacción de pacientes y profesionales.

La aplicación del modelo conlleva la puesta en práctica de un método en consulta individual, que pueden aplicar tanto médicos y médicas, como enfermeras y enfermeros, fisioterapeutas de AP y trabajadoras sociales. El modelo conlleva también actividades de apoyo clínico y cuidado de los propios profesionales, sesiones clínicas interdisciplinarias biopsicosociales y supervisión de casos por los y las sanitarias con psicólogos/as de Salud Mental, así como los grupos de apoyo de mujeres realizados en los propios centros de salud. Además, dado que el método es una práctica apoyada en marcos teóricos que no están normalmente incluidos en la formación sanitaria, es necesario incluir como actividad seminarios teóricos periódicos.



P: Y, de forma resumida, ¿en qué consiste el método en la consulta? ¿Cómo aprender a distinguir en la consulta que estamos ante un caso de síndrome de malestar y cómo se puede abordar sin dañar, remover al paciente y luego no saber seguir?

R: Siempre que estemos frente a un o una paciente que presenta síntomas anímicos o somáticos para los que no estamos encontrando causa orgánica, y que está siendo encuadrada dentro de los diagnósticos que antes mencionábamos, podemos ponernos en marcha con una intervención de apertura de lo psicosocial. Esto no es excluyente de continuar con la búsqueda de causas biológicas y su tratamiento si encontramos alguno efectivo y no yatrógeno. Un abordaje psicosocial, que es el método propuesto, nunca va a dañar a la persona, si se hace con algunas precauciones. Estas van en la línea de no ser directivos/as e impositivos/as y de no dirigir a la persona a realizar ninguna cosa. Se tratará siempre de hacerle ver, de acompañarle para que se dé cuenta, de que tome su propia responsabilidad, de que sea capaz de activarse y hacer los cambios en su vida. El método se resume en escucha biográfica selectiva para localizar los condicionantes sociales y de género, que pueden ser significativos para la persona y desencadenantes del malestar; localizar las identificaciones o posiciones subjetivas en que la persona ha caído a raíz de esos acontecimientos, y que son las causas asociadas a la aparición de los síntomas, y ser capaces de señalárselo, de que se dé cuenta. Este darse cuenta, cuando se produce en el contexto de una relación sanitario-paciente integral,



contenedora, y con potencial capacidad de subjetivación, produce efectos en el sujeto por los que cambia de posición y cesan los síntomas que están expresando el malestar.

Para hacerlo, desde luego, se requiere cierta formación, porque actualmente en el campo sanitario no tenemos formación para la escucha, y menos para una escucha significativa en la relación sanitaria/paciente como la que hablamos, pero esta formación es perfectamente asequible.

P: Relación sanitario-paciente: enfermera-paciente, medico/a-paciente, matrona-paciente etcétera, son profesionales de la salud que tradicionalmente han trabajado de forma intuitiva los malestares de la gente. ¿Cree que esto es así?

R: Si, si, desde luego. Esto es un aspecto muy importante y en la formación siempre tratamos de que surja. Los y las profesionales, unos más que otros, saben que a menudo, la enfermedad de la gente tiene que ver con su malestar y con lo que está viviendo, y también con los condicionantes de género,

que no son otra cosa que los papeles y formas de vida que nos caen por el hecho de ser mujeres u hombres, como la sobrecarga del cuidado, el dolor añadido por las pérdidas afectivas o vitales, por las condiciones de dependencia emocional, o los malos tratos en las mujeres, (por cierto, aclaro que esas condiciones no son por ser mujeres, sino por los papeles que socialmente se nos asigna; podríamos ser de otro modo). Bien, pues el saber sobre todo esto, está presente en los profesionales, especialmente en aquellos y aquellas que son más sensibles a los aspectos psicosociales, pero no lo reconocen como un saber aplicable a la clínica, no está reconocido como parte de los conocimientos e instrumentos para aplicarlo en su trato con los y las pacientes. Por eso, entra de forma intuitiva y, a menudo, como si fuera voluntaria y furtivamente. Lo que tratamos de hacer es que este saber sea traducido como instrumento para poder utilizarlo conscientemente y sabiendo cuales son sus reglas, para que sepamos qué estamos



haciendo y qué cambios puede provocar en el o la paciente, además de controlar cuando no puede aplicarse (que es en el caso de enfermedades mentales graves, como psicosis, o en toxicomanías o en personas con antecedentes de intentos de suicidio, o con enfermedades orgánicas graves o de órganos vitales).

P: ¿Conoces el trabajo que realizamos las enfermeras en los centros de salud? ¿Ves factible nuestra intervención en la aplicación del modelo?

R: Claro que si. El método de escucha y efectos psicosociales puede y debe ser aplicado por Enfermería. De hecho, en los servicios en que trabajamos con ello, las y los enfermeros participan y lo hacen. La posibilidad de relación que establecen con los y las pacientes es

muy valiosa y proclive para que se produzca la relación significativa que necesitamos para causar efectos psicosociales. El método es de aplicación multidisciplinar y los casos deberían tratarse interdisciplinariamente.

P: Por último, en Murcia se está trabajando con este Programa. ¿Cómo va el trabajo?

R: Si, el Instituto de la Mujer del M^o de Trabajo y Asuntos Sociales, en colaboración con el Instituto de la Mujer de la Región de Murcia y el Servicio Murciano de Salud, está trabajando en este Programa desde 2003 hasta hoy mismo. A través de la Gerencia de Atención Primaria de Murcia, y con un fuerte compromiso y trabajo de la Unidad Docente, hicimos formación de un buen grupo de profesionales que ya aplican el modelo en su trabajo en los centros de salud. Aprovecho desde aquí para agradecerles, una vez más, la implicación y colaboración durante todo este tiempo, ya que además, les ha generado trabajo adicional, que han realizado generosa y desinteresadamente. Personalmente estoy muy agradecida por el entusiasmo que siempre han mostrado.

Hemos acotado una intervención piloto en la que, en varios centros de salud, un buen número de médicos/as, enfermeras/os, trabajadoras sociales y una fisioterapeuta, han aplicado el método en sus consultas, realizan sesiones clínicas biopsicosociales con la colaboración de psicólogos de Salud Mental, con los que realizan también supervisiones de casos; llevan grupos de mujeres hasta ahora en un centro, coordinados por una trabajadora social; y han impartido seminarios en sus centros de salud, tanto en Formación Continuada como para MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Han recogido registros de información de todas estas actividades y actualmente estamos haciendo la evaluación de los resultados. Por los pilotos previos que tenemos, los resultados son bastante buenos.

Además, algunas profesionales han aportado casos clínicos que demuestran muy bien cómo es la realidad de la aplicación del método, para la redacción de un libro que está en prensa, y que hemos hecho para que esté disponible el fundamento teórico y manual, para que se pueda aprender el método de atención al malestar. Estamos muy esperanzados con la continuidad y la posibilidad de extender la experiencia y con que este nuevo modo de atención ayude a mejorar la atención a estos aspectos de salud de las mujeres.



Te agradezco que hayas dedicado tu tiempo a responder estas preguntas en nombre del Comité de Redacción de la revista "Cuidar y Educar", en nombre de SEAPREMUR (Sociedad de Enfermería de Atención Primaria de Murcia) y en el mío propio.

Remedios Piqueras González.
Enfermera C. de Salud Murcia – Carmen.
(Miembro de la Junta Directiva de SEAPREMUR).