

Cuando la consulta sagrada tiene que ver con la pobreza, desempleo y situaciones de exclusión social.

Tutora: Clara Benedicto

Ponente: Maribel Valiente

Introducción

Toda consulta es sagrada, pero algunas lo son especialmente. Ésta en concreto, por el enorme impacto de los determinantes sociales en la vida del paciente, con la consecuente complejidad a la hora de analizarla y ofrecer soluciones que excedan los límites físicos/clínicos de la consulta.

El primer contacto

Esos primeros segundos entre la puerta, el asiento y el saludo. La importancia de los detalles y el lenguaje no verbal presenta un doble desafío; estar alerta para detectarlos, y no dejarse llevar por los prejuicios de la interpretación.

En el caso de Santos, la ropa desgastada, los libros raídos o la timidez podrían no significar nada. Sin embargo, nuestras alarmas empiezan a sonar cuando a estos factores se une un dolor torácico sin aparente explicación clínica, junto con dificultades económicas para adquirir un fármaco.

Hay tres hechos en esta primera consulta que debemos analizar:

-Nuestra inclinación a atribuir, en circunstancias vitales difíciles, un origen psicósomático al dolor torácico, cuando también son factores de riesgo cardiovascular independientes la pobreza, el paro, el desahucio o la depresión.

-La importancia de realizar una prescripción saludable (1), atendiendo a los recursos del paciente y al beneficio de los fármacos (el Aliskiren no presenta avance terapéutico, y es ocho veces más caro que el Enalapril).

-La rigidez de la agenda, que imposibilita el desarrollo de la consulta sagrada.

La consulta sagrada

En la siguiente consulta empiezan a confirmarse nuestras sospechas. La enfermera ya nos había alertado de la persistencia de cifras altas de tensión, unido a una dieta desordenada. Cuando preguntamos por sus dificultades para seguir las pautas de alimentación indicadas, irrumpe en consulta la realidad del paciente. Nuestra pregunta abre la puerta; si no lo pensamos es probable que no exista.

Empiezan a aparecer los determinantes sociales: desempleo, precariedad económica, divorcio, consumo de alcohol, desahucio, pobreza energética, bajo nivel educativo. Son variables que escapan a nuestro control y a su vez se relacionan con un problema de salud específico (dolor torácico e hipertensión).

Pero la perspectiva del paciente y la nuestra no tiene por qué ser la misma y es importante verbalizar la brecha, para poder llegar a acuerdos:-A él le preocupa su situación (techo, compañía, seguridad económica, dar sentido a sus días sin trabajo) y su dolor torácico. A nosotras nos preocupa su tensión arterial y hábitos de vida (el dolor ya lo hemos categorizado como "somatización", y por tanto sacado de foco).

Entre ambas posturas existe un nexo determinante; las condiciones de vida de Santos determinan su bienestar y sus factores de riesgo cardiovascular. Directamente, como variables independientes; e indirectamente, a través de su estilo de vida. Nuestra actuación por tanto, debe ir encaminada a visibilizar tanto las condiciones como el estilo de vida (2), y ayudar a cambiarlas en la medida de nuestras posibilidades (como profesionales, ciudadanas, consumidoras, votantes...).

Abordajes no farmacológicos

Respecto a los estilos de vida, debemos indagar en: número de comidas diarias, experiencias y preferencias, capacidad para elegir y elaborar alimentos, actividad física, así como consumo de tabaco, alcohol y otras drogas (con exquisita atención a no juzgar y crear el ambiente de confianza necesario).

Podemos ofrecer una dieta económica y adaptada a sus necesidades (sólo tiene un hornillo para cocinar). Podemos buscar iniciativas como los paseos saludables. Podemos plantear la posibilidad de abandonar el alcohol, y ofrecer alternativas a su consumo (Santos no está dispuesto a dejarlo, puesto que el bar es el lugar de reunión con sus amigos; recurriremos a la biblioteca como nuevo foco de relaciones sociales, aprovechando su afición por la lectura). En definitiva, podemos ir más allá de la paternalista e impositiva retahíla “beba mucha agua, no coma muchas grasas, no beba alcohol, no fume y haga ejercicio”, para adentrarnos en las condiciones particulares del paciente y aportar soluciones realistas.

Respecto a las condiciones de vida, tiramos del ovillo hasta las causas de las causas. Nuestra responsabilidad no pasa tanto por dar soluciones desde la consulta, sino saber buscar y ofrecer los recursos fuera de ella (3).

En el caso de Santos, hemos empleado recursos del barrio como la biblioteca, y lo hemos puesto en contacto con la Plataforma Anti-Desahucios. Es de vital importancia trabajar con servicios sociales, conocer asociaciones y recursos públicos (4), así como aprovechar los recursos del barrio (o proponerlos nosotras mismas). Ya hablaba Juan Irigoyen sobre la necesidad de reflexionar acerca de las fronteras entre la medicina y la asistencia.

Abordajes farmacológicos

Deben atender a los criterios de prescripción saludable (1), a la duda sistemática de todo nuevo tratamiento milagroso (menos conocido y ostensiblemente más caro), y a la voluntad y capacidad del paciente. Preguntar si dispone de recursos para adquirirlo, de organización para tomarlo, o de voluntad para realizarlo, resulta clave para la utilidad real del mismo.

Introspección del profesional

Las barreras a superar se pueden resumir en: el desconocimiento de la situación (por no preguntar o que no te cuenten), la frustración derivada de querer resolver en la consulta problemas de fuera de sus dominios, la dificultad de empatizar con un paciente muy distinto a ti, y la ley de cuidados inversos (dedicamos más tiempo y recursos a pacientes más cultos, menos pobres (5)). Además, en este caso Santos expresa su resentimiento con frases de odio a los humanos en general, y a las mujeres en particular. Por tanto, pese al empeño en no juzgar y asumir que el paciente no ve a la mujer, sino al médico, debemos incluir el sesgo de género.

L de Longitudinalidad

Es probable que Santos, y cualquier paciente en su situación, tengan mucho más que contar. Dejemos ese espacio abierto, llenémoslo de confianza y escucha libre de juicios, ofrezcamos el seguimiento necesario y tengamos presente que no podemos trabajar solas. Y finalmente, pongamos especial atención a la dignidad del paciente como persona: ofreciendo sin paternalismos, preguntando sin interrogatorios, involucrándonos en la medida que nos lo pidan y permitan.

Bibliografía

1. Fundació Institut Català de Farmacologia. Prescripción saludable de medicamentos en tiempos de crisis. Butlletí Groc. 2011 Jul;24(2,3). Available from: <https://www.icf.uab.es/es/pdf/informacio/bg/bg242-3.11e.pdf>
2. Estilos de vida y Condiciones de vida: An Alternative Ten Tips for Staying Healthy. Salud comunitaria, 2012 Available from: <https://saludcomunitaria.wordpress.com/2012/05/19/estilos-de-vida-y-condiciones-de-vida-an-alternative-ten-tips-for-staying-healthy/>
3. Balsells C, Benedicto C, Cofiño R, Fernández MT, Formoso F, Pérez V, Poblet C. Septiembre: El centro de salud no es el único centro de la salud. Atención Primaria: 12 meses, doce causas. 2011. Available from: <https://apxii.wordpress.com/2011/09/12/septiembre-el-centro-de-salud-no-es-el-unico-centro-de-la-salud/>
4. AIE. Guía de Recursos Sociales . Available from: https://www.aie.es/descargas/guia_recursos_sociales.83.pdf
5. Tudor Hart J. The inverse care law. The Lancet. 1971 Feb; 297(7696): 405-412. Available from: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(71\)92410-X/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(71)92410-X/abstract)