

Una mirada crítica sobre la reacción situacional en la atención primaria de salud

A critical glance on the situational reaction in primary health care

Dr. Pedro Ibrahím González Villarrubia,^I Dra. C. Lizette Pérez Martínez^{II} y Dr. Cs. Homero Calixto Fuentes González^{II}

^I Policlínico Universitario "Josué País García", Universidad de Ciencias Médicas, Santiago de Cuba, Cuba.

^{II} Universidad de Oriente, Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

La enfermedad situacional es una categoría nosográfica poco analizada en la bibliografía médica. En este artículo se abordan aspectos importantes relacionados con su valor clasificatorio y práctico, así como la importancia que reviste en el plan de formación del médico general integral, debido a las potencialidades de desarrollo en la comunidad. Además, se enfatiza en las posibilidades prácticas de aplicar los procedimientos psicoterapéuticos de apoyo, que son oportunos y facilitadores para evitar la sobrecarga de la demanda asistencial secundaria, resultante del envío o remisión.

Palabras clave: trastorno de ajuste, estrés, médico general integral, medicina familiar, psicoterapia de apoyo, atención primaria de salud.

ABSTRACT

The situational disease is a nosographic category little analyzed in the medical literature. In this work important aspects related to its classificatory and practical value are approached, as well as the importance that it has in the training plan of the comprehensive general doctor, due to the development potentialities in the community. It is also emphasized on the practical possibilities of implementing the support psychotherapeutic procedures that are opportune and facilitators to avoid the overflow of secondary assistance demand, resulting from referral.

Key words: adjustment disorder, stress, comprehensive general doctor, family medicine, support psychotherapy, primary health care.

INTRODUCCIÓN

La incógnita relacionada con la elección del método más adecuado para estudiar las realidades humanas, ha planteado un problema cuyo debate académico dura ya más de un siglo, sin haber logrado una solución plausible, ampliamente compartida. Este

hecho permite pensar que la tarea no es fácil. Muchas mentes privilegiadas se han abocado a este problema y le han dedicado sus mejores esfuerzos.

Ahora bien, la importancia de la reacción situacional como categoría clínico – diagnóstica, sobre todo en la atención primaria de salud, y su destino práctico que es la terapéutica (psicofarmacológica, en la mayoría de los casos, y psicoterapéutica de apoyo) ha sido desatendida nacionalmente desde el punto de vista investigativo; por tanto, su consecuencia en la concatenación vinculante respecto a la atención secundaria merecen ser retomadas.

Si se tiene en cuenta que el escenario de formación del médico general integral es fundamentalmente el consultorio médico de la familia, las insuficiencias debido a cambios en los planes de formación a través de su itinerario historiográfico y curricular, ^{1,2} así como la facilidad dentro del proceso de docencia – aprendizaje para aprender a identificar esta categoría clínico - diagnóstica de forma casi intuitiva y proceder tanto en los aspectos preventivo, curativo y como categoría candidata a la remisión, envío o interconsulta a la especialidad de psiquiatría en la atención secundaria, o como rehabilitatorio, es paradójico que esta categoría no tenga un seguimiento investigativo como merece.

Ocasionalmente, las comunicaciones de las especialidades de la atención secundaria sobre las supuestas insuficiencias en las habilidades, destrezas y competencias de los médicos de la familia han desconsiderado los límites legítimos para los cuales está dispuesto el perfil de la atención primaria, y se ha obviado que la plataforma de las habilidades a las que se aspiran en los planes y programas nacionales están bien identificadas, a saber:

- Definir problemas de salud y formular hipótesis diagnósticas en todos los pacientes evaluados.
- Pronosticar las enfermedades.
- Ejecutar técnicas de comunicación social, tales como entrevista, charla educativa, dinámica de grupo e intervención familiar.
- Brindar atención médica integral a individuos, familias, grupos, colectivos y comunidad mediante acciones de promoción, prevención, diagnóstico-tratamiento y rehabilitación.
- Promover acciones de rehabilitación física y psíquica en los pacientes discapacitados con la participación activa de las familias y la comunidad.
- Identificar factores de riesgo sociales, psicológicos, ambientales y biológicos que puedan afectar el estado de salud de las personas, familias, colectivos y comunidad.
- Coordinar el análisis de la situación de salud de su comunidad.
- Planificar, ejecutar y evaluar las acciones derivadas del análisis de la situación de salud con participación comunitaria e intersectorial.
- Organizar y planificar acciones sobre la base de los problemas de salud de su población, las cuales serán ejecutadas por el equipo básico de salud y la comunidad.
- Realizar trabajo en equipo y concertar junta médica con otros especialistas cuando se considere oportuno, entre otras. ³

Los capítulos del texto básico que se aproximan dentro del módulo 23 del Programa de Residencia en Medicina General Integral (MGI) respecto a las categorías clínico-diagnósticas analizadas, incluyen de manera dispersa los temas referidos a las categorías reacción situacional, trastornos situacionales, de ajuste o adaptación:

trastorno de estrés postraumático, duelo normal y patológico, conducta suicida y situaciones de desastre. Asimismo, el capítulo relacionado con la terapéutica psiquiátrica en la atención primaria de salud (APS) solo describe los componentes de la primera ayuda psicológica, intervención en crisis y estrategias de intervención; por tanto, es limitado, debido a que por un lado son modelos de la Escuela Cubana de Psicoterapia y por el otro la concertación entre el especialista en psiquiatría y los médicos de familia para el aprendizaje de estos importantes temas.⁴

EPISTEMOLOGÍA DE LA REACCIÓN SITUACIONAL

Las indagaciones epistemológicas respecto a este tema son rigurosamente apremiantes por su valor teórico y valoración por el lector especializado, a quien va dirigido principalmente, los médicos de familia, por lo que se describen a continuación.

- La medicina como cualquier otra ciencia se ha apropiado de determinados conceptos para configurar sus estructuras teóricas, uno de ellos es el tomado de las ciencias biológicas (adaptación de las especies).
- El par dialéctico: causa – efecto en las ciencias médicas en general ha sido y es muy válido, aunque a veces resulta impreciso declarar los límites entre patogenia y etiología. En cuanto a la reacción situacional como categoría de las afecciones mentales resulta por una parte muy útil, pero por otra, tiene sus limitaciones. Cuando un médico de familia está en presencia diagnóstica de enfermedades transmisibles, por ejemplo, este par dialéctico es sencillo, desde el punto de vista práctico gérmenes han atacado el sistema defensivo del soma, pero en la reacción situacional ¿puede el médico de familia diferenciar los factores predisponentes de las maneras de reaccionar la mente ante conflictos que son agentes tan complejos?
- La categoría reacción situacional, por tanto, posee un valor fundamental para el médico de la familia, quien tiene el privilegio de diagnosticar y prevenir los problemas de salud mental en etapas prodrómicas, así como la posibilidad de asistir mediante los procedimientos psicoterapéuticos de apoyo.

No obstante, hay insuficiencias teóricas en cuanto a las conceptualizaciones de este procedimiento.

Según la bibliografía médica las crisis no solo pueden ser atendidas por psiquiatras y psicólogos, sino también por otros especialistas, e incluso, por personas que no son profesionales de la salud siempre y cuando tengan una buena preparación cultural, sentido común y sean debidamente entrenadas al respecto.⁴

¿Esto quiere decir que los procedimientos terapéuticos de las psicoterapias de apoyo son sencillos?, ¿puede el médico de familia confiar la supuesta competencia y la responsabilidad médico – jurídica de su acto médico a personas no profesionales? ¿Acaso esta afirmación permite enfrentar grandes riesgos con respecto a la ética y bioética médica tan antigua como actual?

Hay coincidencia en cuanto a que para dar psicoterapia se necesita de una buena preparación cultural, deficiencia señalada en el contexto profesional médico cubano,⁵ que también tiene una relación estrecha con la inmadurez propia de las primeras edades de la etapa adulta, periodo donde se forma el profesional médico, quien -- salvo en casos singulares -- no ha vivido experiencias situacionales límites que permitan tener un referente vital de fondo y paralelo a los conflictos vitales

generadores de reacciones situacionales, donde una de las más universales considerada un problema de salud semioculto en la salud pública contemporánea es el duelo, del cual su práctica inadecuada puede degenerar iatrogenia; cualquier ayuda o comprensión compasiva es aliviadora, pero no debe ser exagerada. Las soluciones y consejos son iatrógenas y suelen ser: "supera esto cuanto antes", "tienes que distraerte", "sal y pásala bien", "tienes otros hijos", "te necesitan".⁶⁻⁹

Ahora bien, la reacción situacional por duelo es un diagnóstico de presencia clínica universal, que se convierte en una tarea terapéutica decisiva no siempre libre de dificultades, pues en última instancia cuando se acude a terapia, la acción culpable se presenta desmoralizada, reducida a mero síntoma y se necesita una técnica profesional para aliviar el pesar, pero sin reparar los efectos negativos provocados por la acción. A veces, incluso, pareciera que se acude a terapia en busca de un descargo de conciencia insoportable, pero para reiterar la acción indebida.

En tal sentido, antes de iniciar un trabajo terapéutico referido a la categoría culpa y sus efectos hay que reflexionar con responsabilidad profesional, acerca de las ventajas e inconvenientes de enfrentar culpas que pueden ser graves, pues a veces es preferible la abstención y/o aplazamiento terapéutico, al riesgo de actualizar el dolor y reabrir una herida que puede estar en proceso de cierre. Resulta importante trabajar con esta categoría cuando hay responsabilidad real con el daño, lo cual requiere competencia profesional, saber lo que se hace, pues muchas veces la imprudencia terapéutica trae consecuencias negativas.¹⁰

La última publicación nacional encontrada con respecto al tema es la de Orlandini *et al*¹¹ en 1988, lo cual evidencia que apenas se ha investigado sobre esta categoría clínico - diagnóstica, de gran importancia clinicoepidemiológica y valor tanto a nivel de atención secundaria como comunitario, a pesar de las insuficiencias en la APS.

No se debe ser hipercrítico en cuanto a los aspectos curricular y procedimental de la formación de los médicos que laboran en la APS, puesto que en otras latitudes también existe esa mirada crítica, pero esperanzadora. Así, en España Ribé *et al*¹² opinan que inevitablemente continúan con una reforma psiquiátrica incompleta y a veces niegan la realidad, lo cual permitiría continuar con programas de psiquiatría comunitaria interesantes pero utópicos, con el riesgo de llegar a ser programas fantasmas. Resulta alarmante que los médicos comunitarios en ese país remiten o envían a sus pacientes; por tanto, sobresaturan la atención secundaria.

Comprender lo que sucede es algo necesario y si no se producen los cambios necesarios, principalmente en los propios especialistas y en el sistema sanitario público, los primeros se podrían convertir en meros autómatas que recetan fármacos por doquier, psiquiatras o funcionarios que perpetuarán la situación sanitaria actual en un sistema cada vez más "chamuscado".

El autor de este artículo refiere que, a pesar de todo, siente orgullo del programa cubano y espera que otros colegas se animen a llevarlo a cabo desde sus propias comunidades autónomas y centros de salud mental.¹²

De igual manera, la atención a la psicoterapia de apoyo en la APS es motivo de indagación; sin embargo, no se considera que existan contraindicaciones para esta psicoterapia. Solo tiene efectos negativos en el paciente cuando es falsa, o sea se pretenda embaucar o dar falsas esperanzas. Resulta difícil cuando se estimula la dependencia y el terapeuta debe acompañar al apoyo.^{13,14}

Si el escenario natural de la formación del médico de la familia en su especialización como médico general integral es la comunidad poblacional donde desarrolla su labor preventiva, asistencial, rehabilitatoria, administrativa, gerencial, e investigativa; retomar y reactualizar los temas relacionados con la enfermedad situacional (reacción situacional) y la psicoterapia de apoyo son de interés permanente.

CONSIDERACIONES FINALES

La reacción situacional o enfermedad situacional permanece en la bibliografía médica como categoría nosológica y nosográfica; parece más una rúbrica que le permite al médico de la familia apropiarse de su aplicación de manera iatrogénica, interesada pero insuficiente, interconsultada en algunos casos, motivo de remisión o envío a la atención secundaria, lo cual sobrecarga este sistema.

Siendo la comunidad el escenario natural donde se desarrolla el médico de la familia, quien tiene la oportunidad de asistir en ciclos vitales a familias e individuos dentro de sus contextos familiares y, por consiguiente, con una cantidad envidiable de anamnesis acerca de la evolución de las crisis de estos, se desatiende la posibilidad de, sin grandes pretensiones o metas sobrevaloradas, permitir que los médicos de este nivel se formen y apliquen de manera sencilla pero rigurosa desde el punto de vista técnico – médico, teniendo en cuenta las habilidades, destrezas y competencias de los procedimientos psicoterapéuticos más ancestrales, humanos y accesibles que se encuentran disponibles, tales como soporte y psicoterapia de apoyo. Estas insuficiencias también son foráneas y probablemente sean, entre otras, consecuencias del pensamiento humano contemporáneo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Escobar Yéndez NV, Almaguer Delgado AJ, Plasencia Asorey CG. Periodización de la formación de posgrado del médico en etapa de especialización en medicina general integral: dimensiones, variables y claves hermenéuticas. MEDISAN. 2010 [citado 8 Oct 2015]; 14(2).
2. Vázquez Sarandeses JE, Montoya Rivera J, Almaguer Delgado AJ, García Céspedes, ME. La formación profesional en medicina general integral: una mirada crítica sobre la relación médico-paciente. MEDISAN. 2014 [citado 8 Oct 2015]; 18(10).
3. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Plan de estudios de la carrera de medicina. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2005. p. 6-17.
4. Álvarez Sintés R, Hernández Cabrera G, Báster Moro JC, García Núñez RD, Martínez Gómez C, et al. Medicina General Integral. 3ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2014.
5. Vidal López EH, Montoya Rivera J, Fuentes Seisdedos L, Vidal Anido HJ. El hombre: objetivo de la psiquiatría y sus aspectos antropológicos básicos. MEDISAN. 2011 [citado 12 May 2016];15(7).
6. Hashim SM, Eng TC, Tohit N, Wahab S. Bereavement in the elderly: the role of primary care. Ment Health Fam Med. 2013; 10(3):159-62.

7. Redshaw S, Harrison K, Johnson A, Chang E. Community nurses' perceptions of providing bereavement care. *Int J Nurs Pract*. 2013; 19(3): 344-50.
8. García JA, Landa V, Grandes G, Pombo H, Mauriz A. Effectiveness of "primary bereavement care" for Widows: a cluster randomized controlled trial involving family physicians. *Death Stud*. 2013; 37(4): 287-310.
9. Victoria García-Viniegra CR, Grau Abalo JA, Infante Pedreira OE. Duelo y proceso salud-enfermedad en la Atención Primaria de Salud como escenario para su atención. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2014 [citado 12 May 2016]; 30(1).
10. García Haro J. Tres concepciones de la culpa. *Historia y psicoterapia*. CeIR. 2015; 9(1): 187-205.
11. Orlandini Navarro A, González Bello I, Betancourt Muñoz C, Bory Savigne DM, Enfermedad situacional. *Rev Hosp Psiquiátrico de La Habana*. 1988; 29(3): 413-22.
12. Ribé Buitrón JM, Pares Miquel J, Fleitas Asencio E. Un programa de colaboración con la Atención Primaria y sus debilidades: la realidad y la modestia. *Norte de Salud Mental (Barcelona)*. 2010; 8(36):45-54.
13. Ordóñez Fernández MP. Psicoterapia de apoyo en Atención Primaria. *Rev Clin Med Fam*. 2008 [citado 12 May 2016]; 2(5).
14. Grimaldo Pérez J. La psicoterapia de apoyo: conceptualización, técnicas y aplicaciones. [citado 12 May 2016].

Recibido: 15 de julio de 2016.

Aprobado: 8 de diciembre de 2016.

Pedro Ibrahím González Villarrubia. Policlínico Universitario "Josué País García", Micro 3, Centro Urbano "Abel Santamaría Cuadrado", Santiago de Cuba, Cuba. Correo electrónico: pedro.ibrahim@infomed.sld.cu