

ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL EN ATENCIÓN PRIMARIA

¡LA GRAN OLVIDADA!

YOLANDA GARZA

Enfermera de AP y Matrona

La enfermería de Atención Primaria es la profesión dentro del equipo de salud que más se ocupa de los estilos de vida, ya que una de nuestras funciones es la Promoción de la Salud. Por otro lado **El Diagnóstico de Enfermería** es el “*juicio clínico sobre la respuesta humana ante una situación de salud o enfermedad*”, que según la OMS es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su propia salud.

Sin embargo, para poder tener un juicio clínico sobre una respuesta humana, lo primero es posicionarnos en ESE humano, y no sólo en los números de una analítica, los quilos de una balanza o los milímetros de mercurio de una tensión arterial.

Es imprescindible, con las herramientas de las que nos dota nuestra profesión, y principalmente desde la empatía, colocarnos en qué es lo que ha llevado a esa persona a tener esos desequilibrios.

Si rascamos un poco, nos damos cuenta de muchas cosas

A través de nuestra principal herramienta de trabajo, **La Entrevista Clínica**, nos encontramos con mujeres entradas en los 70 y tantos, con unas sobrecargas brutales de trabajo, que deben hacerse cargo de los nietos y de dar de comer a sus hijos, porque la sociedad los ha dejado de lado; a hombres infantilizados, porque han cedido el cuidado de su salud a sus mujeres/madres con la tensión que eso provoca en la familia; a jóvenes con pocas

perspectivas de futuro y pocas herramientas de afrontamientos saludables, o saturados porque no pueden manejar las responsabilidades de un trabajo y una familia, en un entorno hostil que, o dificulta o directamente impide la conciliación.

Si no hacemos una buena entrevista clínica (y para ello es imprescindible establecer una relación de confianza con la persona: nadie va explicarte que tiene que dar de comer a sus nietos porque su hija se ha quedado sin trabajo y le han embargado la casa; o que su marido la trata constantemente como si fuera tonta,...) es imposible tener una visión global de cuál es el problema que genera los desequilibrios.

Si hablamos concretamente de la **atención sexual y reproductiva**, la situación es muy parecida. Para poder acompañar a las mujeres en el cuidado de su salud sexual, y dotarlas de herramientas para poder mejorar su gestión, debemos saber de dónde partimos.

Por más que indiquemos a una persona que **DEBE** perder peso, **DEBE** comer sin sal, **DEBE** hacer ejercicio físico regularmente, **DEBE** dormir las horas necesarias, **DEBE** dejar de fumar, **DEBE** usar preservativo..., si no nos posicionamos en SU vida, en SUS valores, en SUS prioridades, en SUS carencias, lo único que conseguiremos es aumentar la sobrecarga que ya padece, el sentimiento de incompetencia, y, la **ANSIEDAD**, que es el verdadero problema/plaga de nuestro tiempo.

Si a todo este drama le añadimos que en **nuestro sistema sanitario** (ejemplo y estrella para que el universo admire) tenemos la responsabilidad de una media de 1500 personas por equipo de enfermera y médica/o de familia, con unos elevados porcentajes de población >60 años, pluripatológicos, polimedicados, y visitas de 10 minutos para la enfermera y de 7 para la médica, el problema está servido. Por no hablar de la atención a la diversidad, la interculturalidad, las barreras idiomáticas, etc. Y la de presión de trabajar por “objetivos” (que

aún tengo que encontrar alguno que mida el bienestar emocional de las personas que cuidamos).

En AP trabajamos en red. La dificultad reside, por una parte, en que para saber que una persona necesita atención de psicología o trabajo social, tengo que haber tenido que detectarlo; y además, necesito hacer ver a la persona que es bueno para ella ir a ese profesional (cosa que en muchas ocasiones es un reto); y tengo que poder facilitarle el acceso a ese profesional del equipo, luchando contra unas listas de espera interminables, cuando el problema de salud la persona lo tiene ahora.

Por el lado de las persona, hay que poner en evidencia que tienen pocos recursos de afrontamiento, y poca cultura de autorresponsabilidad sobre la propia salud. Hemos creado un sistema sanitario PATERNALISTA, y SUPERACCESIBLE, al que hay que acudir ante cualquier problema de salud, lo que se traduce en el institucionalizado “mal uso de los servicios sanitarios”: si tengo un vómito, acudo a urgencias (en mi centro, “servicio de visitas no demorables”) o si mi hijo tiene fiebre desde hace dos horas, lo llevo a urgencias...

En este caso, muy frecuente desgraciadamente, quiero detenerme.

Estrés laboral, estrés parental, estrés por injusticia sanitaria...

Cuando un padre o madre (habitualmente, una madre; por estadísticas y por vivencia profesional y personal) que trabaja, lleva a su hijo/a al jardín de infancia, y a media mañana le llaman porque la criatura tiene décimas de fiebre y debe ir a buscarla, se desencadena una situación de muy difícil manejo. Por una parte debe dejar su puesto de trabajo, con lo que esto representa: justificaciones, juicios por parte de la empresa y los compañeros (sobre los cuales recae el trabajo que no podrá hacer) y el sentimiento de “culpa laboral” que genera; por otra parte, el estrés que produce pensar que esta situación se puede prolongar por días, y qué vas a hacer con la criatura, porque las

inexistentes políticas de conciliación de las que disfrutamos hacen recaer todo el manejo de esta situación en las familias; y por otra, y no se decir en qué orden, la preocupación por la salud de la criatura, el manejo de la cual le han dejado claro a esa madre/padre (por lo general, madre) está dirigida por el sistema sanitario que manda y juzga lo que la criatura debe comer, cuando y cuantas veces, cuando debe levantar la cabeza, cuando caminar...

Con todo lo cual, el sentimiento de las madres/padres es de incompetencia e inseguridad; cosa que, una vez más, aumenta el estrés.

Fin de la historia: madre/padre que trae a la criatura al centro de salud pidiendo una cita que no le van a dar porque no hay, acudiendo entonces a “no demorables” suplicando un antibiótico para que la criatura pueda ir mañana al jardín de infancia porque si tiene fiebre no se la cogen, y que el antibiótico sea “de 12 horas”, porque en la guarde no se lo dan, y no podrá justificar otra ausencia en el trabajo.

Y si no se lo recetan, porque no sabemos si hay infección o no ni el foco ni si es vírica o bacteriana, tenemos al progenitor/a furibundo porque se siente desatendido por la sanidad “que paga”, y acaba yéndose a la farmacia “que los conoce” a comprarse el antibiótico.

Y llega un buen día, en que esa madre/padre que tiene trabajo, dos coches, una casa, dos hijos...



tiene la tensión por las nubes, el colesterol alto y unos cuantos síntomas inespecíficos: malestar, cansancio “no justificado”, ha engordado un montón,...

Y va la enfermera de AP, y le pregunta: ¿De qué trabajas? ¿Cuántos hijos tienes? ¿Qué horario haces? ¿Tienes ayuda en casa, cómo te organizas? ¿TIENES TIEMPO PARA TI? Y te miran como si fueras marciana.

Con esto quiero explicitar que no disponemos de tiempo para dar atención (que no despachar) a las personas, en cosas que se extienden más allá de mirar la tensión, pesar, programar el análisis y el electro e intentar hacer una mínima educación sanitaria “estándar”:

- ¿Fumas? ¿Cuánto? (lo tienes que dejar, consejo breve)
- ¿Alcohol? ¿Cuánto? (es mucho... , consejo breve)
- ¿Alimentación? (si haces encuesta dietética se te va el tiempo; recomiendas dieta en un click, sin poder individualizar)
- ¿Ejercicio físico? (Tienes que caminar cada día media hora) ¿Cuándo? (No sé)
- De conductas sexuales de riesgo, nadie pregunta... y está en los protocolos.

Con las personas mayores, que vienen habitualmente a seguimiento de patologías, tienes más ocasiones de verlos, y si crees (como es mi caso) que es nuestra obligación profesional tener una relación de ayuda con los usuarios (y para ayudar debes saber qué les pasa), lo consigues a base de hacer micro visitas de 10 minutos (que nunca lo son) y a costa de no poder ir casi nunca a desayunar, múltiples infecciones de orina por no acordarte de hacer eso que les decimos (o les deberíamos decir): “hay que orinar cada dos o tres horas”, o de rezar para que te falle alguno y enjugar un poco el crónico retraso... Volvemos: estrés profesional.

La gran olvidada

En este cuadro que os he querido pintar, la interpretación global es que la atención a la salud emocional, mental, está olvidada. Olvidada porque es prácticamente imposible hacer el *tetris* que nos permita meter (y siempre con calzador) esa atención a la salud emocional que haría mucho más eficiente la atención

Si para una hipertensión damos antihipertensivos, sin tener previamente la posibilidad de ver por qué la tensión, tan sensible al estado emocional, esta elevada, y de saber cómo está gestionando esa persona sus estilos de vida (responsables del 43% de los niveles de salud alcanzados según La Londe), y qué limitaciones tiene esa persona para gestionarlos adecuadamente, sean personales, familiares o de la comunidad..., si nos saltamos todo este paso previo al antihipertensivo no estaremos solucionando más que un número, no estaremos mejorando su calidad de vida, solo medicalizándola.

Y si con la tensión arterial, que se puede objetivar con un número, pasa esto: ¿Qué pasa con el manejo del estrés, que es tan inespecífico?

Pues que este manejo requiere una formación que a los profesionales muchas veces nos falta; que idealmente, en el

equipo de AP debería haber psicólogas/os a las que poder derivar aquellos casos (muchos) en los que detectamos que hay una gestión ineficaz de ese estrés, que se traduce en malestar y en parámetros biomédicos alterados.

Y requiere, que las personas, tengan la percepción correcta de su estado de salud (también emocional) y habilidades de afrontamiento ante las situaciones de la vida (estamos vivos, nos pasan cosas, debemos afrontarlas). Pero, las personas hemos cedido una parte importantísima de nuestra autorresponsabilidad en materia de salud, a este sistema sanitario paternalista que dice “si tienes problemas, ven, te los solucionaremos”, y cuando acudimos queremos eso, que “nos lo solucione”. Si tenemos que esforzarnos ya no nos gusta.

Y entonces llega el recurso estrella: estoy nervioso/a por el trabajo, por la familia, por la hipoteca,... (eso si dan alguna razón), necesito **ansiolíticos**.

O es el profesional: te veo muy nervioso/a, nos podemos plantear un **antidepresivo**.

No soy una profesional ANTINADA. Creo que la farmacología, cuando es necesaria, es necesaria. El matiz está en saber cuándo es necesaria. Hay ocasiones en las que un ansiolítico es como una muleta; si estamos en una situación de ansiedad tal, que no nos permite funcionar, un ansiolítico nos va a dar temporalmente, la capacidad de serenarnos para poder tomar distancia de la situación, y ser más objetivos y tomar decisiones favorables. El problema es cuando ese ansiolítico se convierte en el sustituto de nuestra capacidad de autorregularnos, y que no se acompaña de una actitud proactiva por parte de la persona, actitud proactiva que debe ser facilitada y acompañada por los profesionales...

Para acabar

He titulado este artículo “salud mental en Ap, gran olvidada” porque a la hora de priorizar, ocupa un lugar muy abajo en las prioridades de la atención sanitaria.

La profesionalidad y la dedicación de los sanitarios está fuera de toda cuestión, tal y como se ha demostrado en estos tiempos de recortes (que aun sufrimos) en los que gracias a la capacidad de multiplicar los panes y los peces de los sanitarios el sistema no se ha ido a la porra. Pero aunque ésta capacidad es muy grande, tiene un límite. Y ante recursos limitados, y prioridades dirigidas con mano de hierro por las autoridades sanitarias, más interesadas en indicadores que hagan brillar sus presentaciones de resultados, es muy complicado dedicar tiempo y fuerzas a temas que no salen reflejados en ninguna estadística. Porque éstos no te los exigen mientras que la reducción de peso en personas con obesidad, o el número de personas con diabetes a las que se les ha hecho la revisión del pie, sí. Independientemente del grado de bienestar emocional de esa persona obesa o diabética.

E independientemente del hecho de que, si esa persona con obesidad tuviera mejor estado emocional, más equilibrado, mayor empoderamiento para reclamar sus espacios personales sin sentirse culpable, probablemente abrazaría estilos de vida más saludables, y perdería peso. Cosa de la que doy fe. En mi consulta todavía no he visto a nadie perder peso de manera saludable y mantenida sin una intervención a nivel emocional MUY intensa.