

Enfermedad: ser o estar

Barreiro Sorrivas, C.; Carreño Miniño, O.

Psicólogos Clínicos.

CAD. ATEN. PRIMARIA 2005; 12: 190-192

*"Este artículo está dedicado a mi amigo Alfonso Solar Boga, excelente pediatra y mejor persona, si cabe".
(Cesáreo Barreiro)*

En el ámbito sanitario se ha producido el desarrollo de un lenguaje propio (se supone que científico) que, sin embargo de manera paradójica, nos aleja del nivel de comprensión que posee el lenguaje común.

El proceso del enfermar ha recibido múltiples, diversas y variadas interpretaciones y dista mucho de tener un único marco teórico explicativo. Así, actualmente, denominamos con el calificativo de "multifactoriales" a determinados modos de enfermar, debido a la implicación de diversos factores en su origen; esta aparentemente sencilla denominación supone un gran avance, pues viene a superar una explicación basada en un modelo previo de "causa-efecto". Se nos plantea, entonces un inconveniente al atribuir, como nos demandan, la causa de esa enfermedad:

- "¿y, ...a qué es debido doctor?",
- "mire usted: un 20% de lo que le ocurre es debido a problemas psicológicos y estrés; un 30 % es debido a causas genéticas y el 50 % restante a diversas causas"

quedando así satisfecha la curiosidad. Pero, ay, viciados como estamos en el modelo de "enfermedad", continuamos identificando más posibles "causas" y seguimos aumentando el tamaño de los cuadros clínicos (todo antes que cambiar de modelo); pero, eso sí, incluyendo elementos que antes nos pasaban desapercibidos o que no considerábamos como "enfermedad", con el afán de categorizar, clasificar, etiquetar, diagnosticar y con arreglo a ello, si resulta factible, "tratar". Para ser precisos, en lugar de uno solo, en estos momentos dentro del sistema sanitario hablamos varios y distintos lenguajes:

- El lenguaje médico, basado en el modelo médico y clínico de enfermedad (cuadro clínico y síntomas), con gran influencia en los otros profesionales del equipo por su posición dominante y/o por haber intervenido en su formación (personal de Enfermería, Fisioterapeutas, Técnic@s Especialistas,...); frecuentemente resulta incomprensible para los pacientes, quienes, aún así, no pocas veces lo usan y utilizan, pese a todo.

- El lenguaje del/de la Trabajador/a social, procedente de un ámbito diferente (las Ciencias Sociales), trata de aportar una visión que relaciona al entorno social, familiar, laboral y económico con la enfermedad; trata de modificar, en lo posible, determinados aspectos de la ecuación en que se encuentran algunas personas, mediante información, ayudas, subvenciones y consejo; frecuentemente su labor es poco entendida, considerada aparte o fuera de lugar, cuando no "desconsiderada", por otros miembros del equipo.
- El lenguaje del personal de gestión y servicios administrativos, antes dentro de un gran saco de "personal no sanitario", que podía abarcar desde celador, auxiliar, administrativo, técnicos, (hasta hace poco incluso psicólogos) ...nos muestra otras peculiaridades, como la excesiva importancia que se adjudica al lenguaje escrito y su prolijo uso mediante documentos muy formalizados. Es preciso destacar, fuera de toda duda, la gran importancia de este personal; por ser el primero que toma contacto con el usuario, transmite la imagen de nuestra organización. Las habilidades de este personal, sin embargo, no han sido suficientemente apreciadas; en su formación, tradicionalmente, no se ha incluido una visión sobre los problemas de "los enfermos", a quienes han de darles un trato como de "personas normales" (pues ya sabemos que la actividad sanitaria se presta únicamente en los habitáculos existentes a tal fin, que son conocidos como "consultas"); ello sigue siendo así a pesar de que los usuarios muestren, a este personal y de diversas formas, la ansiedad que les produce la enfermedad o el mero hecho de acudir a un centro sanitario.
- Por último, si es que no reducimos en exceso el panorama, tenemos el lenguaje común "de la calle", con sus distintas variedades de lengua, dialectos y argot, que hablan nuestros usuarios y, a veces también en el trabajo, el personal sanitario y no sanitario.

Observamos que el distinto origen formativo, de cada uno de los profesionales que componen un equipo de Atención Primaria, determina la forma en la que va a enfocar la realidad de la atención a la población.

En el lenguaje sanitario se habla de una forma de enfermar, o de un tipo de enfermedad, denominado "enfermedad psicósomática", cuando se aprecia la influencia del ambiente o del estado de ánimo en determinado paciente. Pero no se dice de la misma enfermedad que es psicósomática cuando no parece tan evidente esa relación. Se quiere decir, en aras a la precisión del lenguaje, que hay unas enfermedades en las que participa la psique y otras que son "solo somáticas" (del cuerpo); como si pudiésemos separar (como hizo filosóficamente Descartes) el cuerpo de la mente y pudiésemos tratar las partes del cuerpo aisladamente; no sólo del señor o señora al que están unidos, sino incluso de su contexto familiar, laboral, social.... (como si de un kilo de filetes se tratase). Siguiendo a Rof Carballo, la infelicidad, familiar o social repercute en el presupuesto sanitario porque detrás del "disfraz" de enfermedad orgánica se oculta el sufrimiento existencial del ser humano.

En el ámbito de Atención Primaria, la formación de los especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria, supone un intento de ampliar la visión médica tradicional mediante otro tipo de perspectivas: el enfoque familiar-sistémico, el análisis de la relación médico-paciente, la psicología de la enfermedad, la visión antropológica y sociológica. Esta tentativa de hacer del médico un "humanista", en el sentido de que comprende las distintas facetas del ser humano y, por ende, del enfermar, coexiste con la visión más biologicista que le es propia a todo médico especialista; reconocemos, al menos, una clara ventaja a favor del médico de MFyC, debido a que su conocimiento de las otras especialidades le da una mejor visión de conjunto, frente a otros especialistas "muy especializados", tanto que sólo saben "de lo suyo".

Inevitablemente, la falta de precisión del lenguaje, que señalábamos anteriormente, suele llevarnos a ver la realidad de forma diferente, confundiendo el **ser** con el **estar**, identificando al que sufre un proceso de enfermedad o tratamiento con la enfermedad, el proceso, la situación o el tratamiento mismos, como podemos constatar en los lenguajes de los distintos miembros del equipo.

Veamos algunos ejemplos, ...a ver qué tal nos suena:

"El horario del Coaguheck para los **anticoagulados** será de 12:00 a 13:00 h."

"Los **diabéticos** que han sido citados a consulta de Enfermería deberán aguardar en la sala de espera a que sean llamados por la enfermera".

"Señor Pérez: usted **es un hipertenso**, por lo que en lo sucesivo seguirá una dieta y pasará controles con la enfermera"

"A ver su tarjeta. ...**es usted un desplazado**. Los desplazados tienen que ir a "la 36" que es donde está el médico para los desplazados".

"A ver, ...¿Qué es usted? **¿es una analítica?** Pues para las extracciones los lunes miércoles y viernes, ...y tiene que venir en ayunas".

Donde decimos **anticoagulados, diabéticos, hipertensos, desplazados y analíticas** (recordar que debe venir en ayunas), no decimos ni queremos decir animales, monstruos ni extrañas razas de mutantes o extraterrestres, sino que designamos a personas que sufren, aunque no lo parezca.

Veamos otros ejemplos que pueden llevarnos a reflexión:

A pocos se les vendrá a la cabeza la idea de adjudicar a Miguel Induráin (el de los 5 Tours) el apelativo de "asmático"; ni tampoco, por centrarnos en el ciclismo, nombremos como "canceroso", ni siquiera "enfermo oncológico" al excepcional Armstrong de los seis Tours.

Nos llama la atención que esto sea así, para las personas que hemos citado, porque los mismos calificativos se les aplican a muchas personas de por vida, como si en realidad lo "fuesen".

Bob Marley (descanse en paz) no era, sin embargo, conocido como toxicómano (a pesar de fumar marihuana todos los días) ni como canceroso (murió de las consecuencias de un cáncer de cerebro) sino como un habilidoso intérprete musical e impulsor de los jamaicanos ritmos del reggae.

El cáncer de pulmón que llevó a la muerte a Humphrey Bogart y a Yul Brinner no nos han hecho cambiar por el calificativo de "tabaquistas" sus iconos de actores ("duros") hombres consumidores de cigarrillos (el segundo con 5 paquetes al día).

Respecto a estos últimos ejemplos, desde nuestro punto de vista, queremos resaltar que un comportamiento no es una enfermedad que remita con tratamiento farmacológico, ni algo tan estable, permanente y duradero como un rasgo de personalidad, sino tan solo "eso": un comportamiento, susceptible, por lo tanto, de ser modificado.

Las personas podemos sufrir un proceso de enfermedad que no esté necesariamente asociado con nuestra "personalidad" o que pueda desbordar nuestra categoría de ser humano.

Se usa (y se abusa) del "lenguaje científico" con un propósito diagnóstico que resulta ser un "etiquetado". Conocidos son los riesgos derivados del etiquetado, tales como ...los que utilizamos la etiqueta creemos que describe una realidad y "vemos" a la persona como a la etiqueta misma, ...o que la propia persona "etiquetada" se comporte como si

"fuese" tal cosa con la que se le etiqueta. Recordamos aquí la historia real de aquella señora, diagnosticada de esquizofrenia, que se resistía a que la trasladasen en una ambulancia a otro hospital; negaba su enfermedad, decía que ella no estaba loca, que no era ella, que era otra persona; se resistía y se comportaba de forma violenta, hasta el punto de tener que ser reducida por la fuerza; claro que, ella se encontraba de visita, sentada en la cama de la persona que se suponía que debía ser trasladada, ...pero, ...¡¡¡es que se comportaba igual!!!. Al respecto ya nos decía R. Laing: "esquizofrenia es el nombre que se le da a una condición que la mayoría de los psiquiatras atribuye a los pacientes que ellos llaman esquizofrénicos".

Veamos otro ejemplo: una persona que **está** gorda resulta **que es** una obesa, ...lo cual semeja situarla en una categoría especial (ontológica): la de **ser** eso (se supone que, entonces, lo es por siempre jamás); que quizás no deje de serlo nunca... o que **todo su ser es** obeso, ...¿o quizás no?

En nuestra visita al familiar que ha sufrido una operación de corazón, probablemente no se nos ocurra llamarle **cardiópata** (por si suena a insulto fuera de la consulta), aunque ganas no falten, ...pues el uso de cierto léxico nos contamina de manera imperceptible.

Por cierto, cuando insultamos a alguien llamándole **estúpido, imbécil o idiota**, estamos echando mano de unas antiguas etiquetas diagnósticas (en desuso como tales), mediante las cuales (ahora sí) pretendemos que el insultado se enfade tomando **la parte por el todo** (que todo su **ser** sea teñido por el calificativo que usamos), aunque tanto nosotros como él sabemos que es un calificativo falso;

quizá si fuese cierto no provocaría el mismo efecto, ...o quizás no lo usaríamos.

Si nuestro pariente que ha venido de Valencia, tras acudir a uno de nuestros Centros de Salud, se queja y nos pregunta sorprendido porqué en el mostrador le han llamado **desplazado** (¡¡precisamente a él, ...che! ¡que su equipo ha ganado Liga y UEFA!), no nos extrañemos.

Este inadecuado uso del "estar" (o sufrir) por "ser" tiene como resultado un trato no adecuado a las personas a las que prestamos nuestros servicios. No queremos dar un salto mortal interpretando que ése trato no adecuado sea en realidad, además, un "maltrato" (lo cual conllevaría una etiqueta para nosotros de maltratadores), pero quizás nos ayude a entender mejor a nuestros usuarios el fijarnos en nuestro lenguaje (e intentar corregirnos).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amigo Vázquez et al.: "MANUAL DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD". Ediciones PIRÁMIDE. Madrid. 2003.
- Barreiro, C., Carreño, O., Davila, C.: "YO ME LO GUISO Y YO ME LO COMO. El trabajo en equipo en A. P.. Algunas recetas". GAMESAL. Vigo 2002.
- García-Merita, M.: "TRATANDO ESQUIZOFRENIA. Ese desconocido mal". Pirámide. Madrid, 2005.
- Rof Carballo, J.: "PATOLOGÍA PSICOSOMÁTICA". Paz Montalvo. Madrid. 1968.
- Watzlawick, Paul: "EL SINSENTIDO DEL SENTIDO, O EL SENTIDO DEL SINSENTIDO". Editorial HERDER.
- Watzlawick, P., Bavelas, J. & Jackson, Don D. "TEORÍA DE LA COMUNICACIÓN HUMANA". Editorial HERDER. 2002.
- Watzlawick, P.: "¿ES REAL LA REALIDAD?". Editorial HERDER. 2003.