

Crianza: los miedos y el reaseguro médico

Mercedes Mutchinick y Diego Terceiro

RESUMEN

Es muy frecuente, en la práctica ambulatoria de los médicos de familia, que los pacientes nos consulten por problemas de salud que están directamente relacionados con su contexto y su familia. En este sentido, ocupamos un lugar fundamental para evaluar esos aspectos y orientar a nuestros pacientes en la resolución de los problemas. Para llevar a cabo la tarea es preciso contar con tiempo, estar interesado y recibir cierto entrenamiento. Los médicos de familia del Hospital Italiano de Buenos Aires desarrollamos un dispositivo específico denominado FOCO (familia, orientación y contexto) con el objeto de brindar a nuestros pacientes asesoramiento, contención, orientación y, eventualmente, tratamiento de aspectos psicosociales, contextuales o familiares, y nos resulta de gran utilidad en la práctica clínica para el abordaje de estas consultas. Además, creemos que este dispositivo sirve también para poder plasmar en la historia clínica aspectos habitualmente no transcritos en ella, relacionados con el encuentro clínico.

En esta oportunidad presentaremos el caso de una familia con una madre muy temerosa que solicita, ante cualquier problema de salud, interconsultas a especialistas y estudios complementarios para “cuidar bien” a sus hijos. El abordaje del caso incluye el uso del dispositivo FOCO mencionado.

Palabras clave: medicina familiar, familia, FOCO.

PARENTING: FEARS AND MEDICAL REINSURANCE

ABSTRACT

It is very frequent in Family Physicians practices, to receive consultations where the context of the patient and his family are directly related to their health problems. We have a fundamental place to evaluate these aspects and guide our patients in the resolution of these problems. To carry out this task is necessary to have time, be interested and receive some training. The family doctors of the Hospital Italiano de Buenos Aires developed a specific device called FOCO (Family, Orientation and COntext) in order to provide our patients with advice, containment, guidance and, eventually, treatment of psychosocial, contextual or family aspects. In addition, we believe that this device also serves to be able to translate in clinical history aspects usually not transcribed in it, related to the clinical encounter.

We present the case of a family with a fearful mother who thinks that “more is better” in the care of their children and their approach through the FOCO device.

Key words: family medicine, family, FOCO.

Rev. Hosp. Ital. B.Aires 2018; 38(2): 78-81.

CASO CLÍNICO

Consulta por primera vez una familia que se asoció recientemente al Plan de Salud y que viene a un control con su nueva médica de cabecera. La familia está integrada por los padres, Walter (45 años) y Josefina (42), y sus dos hijos, Ema (11) y Mateo (6). Viven todos juntos. En la primera consulta, vienen Josefina y los dos chicos. Recibo como datos positivos: Josefina es ama de casa, tiene muchos hermanos, buena relación con ellos; su madre es sana y vive lejos y su padre tuvo una muerte súbita a los 42 años; Walter es abogado y está mucho tiempo fuera de casa, es sano, al igual que sus padres y su hermano, pero un sobrino falleció hace ocho meses por una cardiopatía

que impresiona congénita (tenía 2 años y produjo un gran impacto en toda la familia); Ema es sana, va a sexto grado, y Mateo, si bien la madre relata que es sano, llora todos los días al entrar al colegio, llora mucho en clase sobre todo cuando no le salen las cosas y cuando la maestra le habla delante de todos. Solo se tranquiliza si la maestra se acerca y le dedica toda su atención. Le ocurre desde que va a sala de 3; en el Jardín de Infantes tuvo entrevistas con la psicopedagoga durante casi 2 años pero, según relata Josefina, dejaron de ir porque Mateo siguió llorando igual. Interrogando acerca de otros datos del contexto, surge que Mateo tiene episodios que impresionan como crisis de ausencia desde que era lactante, que nunca fueron evaluadas. Al finalizar la consulta, Josefina me pide una interconsulta, para ella, para Gastroenterología por una dispepsia y, para los cuatro, para Cardiología por el antecedente de su padre y su sobrino. En ese momento aproveché para explicarle mi modelo de atención y comentarle que yo podía ocuparme de esos temas. Ella insistió en que prefería ir a los espe-

Recibido: 15/07/17

Aceptado: 21/08/17

Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Italiano de Buenos Aires. Argentina.

Correspondencia: diego.terceiro@hospitalitaliano.org.ar

cialistas y, dado que el tema del sobrino había perturbado bastante a toda la familia, acordamos la interconsulta con Cardiología y le sugerí que también fuera a Neurología Infantil por las ausencias de Mateo.

A los 5 meses concurren Josefina y Walter, ambos para el control de salud. Comentan que fueron a la consulta con Cardiología y que, luego de un ECG y un ecocardiograma de cada uno, les sugirieron el control habitual para la edad. También, comentan que Mateo no había ido a Neurología. Aprovechando que están ambos padres decido preguntar sobre Mateo y su llanto. Cuentan que comenzó al inicio del Jardín, que ocurre desde ese momento todos los días (se aferra a la pierna de la madre y no quiere entrar). Al principio la acompañaban y la madre estuvo casi 6 meses entrando en la sala y pasando la mañana con él pero después, por consejo de la institución, lo dejaba en la puerta del aula llorando. Lo mismo hace en la escuela primaria (es la misma institución). Cuando sale, está bien y por las tardes, en la casa, no llora. No le pasa en otro lugar aunque no está nunca solo sin Josefina; únicamente se quedó dos veces en lo de un tío pero junto con su hermana. Casi no tiene amigos porque dicen que, cuando se acercan a él, llora. Va a taekwondo pero la mamá lo acompaña durante toda la clase. Los padres descartan situaciones de abuso y/o violencia y niegan trastornos del aprendizaje o del desarrollo. Mateo duerme solo, no tiene terrores nocturnos ni pensamientos catastróficos reverberantes sobre él o sus vínculos más cercanos. Indago si alguna vez le pudieron preguntar por qué llora y responden que él dice: “No sé”, pero nunca le prestaron palabras para ayudarlo a ampliar esa respuesta. Cuando se les pregunta qué creen ellos, dicen que es tímido o que quiere manipular. Al finalizar esta consulta quedamos en que volverán con Mateo para seguir profundizando el tema e insisto en que concurren a Neurología Infantil para estudiar las crisis de ausencias. Ambos acceden.

A los 4 meses, en marzo, vienen los cuatro a control de salud. Walter trae los resultados del laboratorio que le había pedido, estaba todo bien; Josefina refiere varios problemas inespecíficos que, pese a que venía para las interconsultas, podemos resolver fácilmente, y los chicos vienen para el apto físico del colegio y –salvo los dos temas de Mateo– estaba todo bien. Veo en la historia clínica que Mateo había ido a Neurología hacía 3 meses y que le habían solicitado estudios que todavía no realizó. Josefina comenta que el neurólogo pensó en medicarlo pero, como eso a ella no le preocupa tanto, no quiere seguir con el tema. Explico la importancia de hacer los estudios y terminar la evaluación por Neurología. Lo pensarán. En cuanto al tema del llanto les propongo nuevamente que saquen un turno para que hablemos más tranquilos sin la hermana presente (Josefina no quiere que espere sola afuera). Después de esta consulta tuvimos con Josefina intercambios de mensajes telefónicos y por el Portal de Salud. El primero fue porque Josefina sentía un olor fuerte en la orina de Mateo desde hacía dos

meses, lo llevó un domingo a la Guardia, lo medicaron con antibióticos y quería saber el resultado del urocultivo, que era negativo. En esa oportunidad le planteé que me preocupaba que ella pensara que Mateo podía tener un problema de salud y esperara tanto para consultar. El segundo fue dos meses después: me escribe porque nuevamente sintió olor fuerte en la orina de Mateo; llamo por teléfono, le pido a Mateo un nuevo urocultivo y los cito a ambos para ver el resultado. No se la escucha muy conforme pero accede. El urocultivo resultó negativo otra vez. El tercer mensaje se debió a que Ema tenía dolores abdominales que, según ella, eran de toda la vida. Decidí llamarlas y citarlas en sobretorno y, como Ema no tenía signos ni síntomas de alarma, la reasegué y las cité nuevamente a un control en un mes.

Dos meses más tarde concurre Josefina pero llega 25 minutos tarde al turno. Quiere que les pida unos análisis de sangre a sus hijos, porque un amigo del colegio de Ema tuvo un “problema en la sangre”; no sabe qué fue, pero quiere cuidar a sus hijos. Le pregunto sobre algún miedo en particular. Responde que ninguno, solo quiere saber que sus hijos están bien y dice “prometo que después no les hago nada hasta los 15 años”. En el resto de la consulta me concentré en hablar de sus temores y en qué medida esta conducta (la de hacer siempre estudios complementarios o interconsultas a especialistas) puede afectar o exponer a Ema y Mateo. Josefina escucha pero no termina de convencerse. Le propongo que venga con Walter a una entrevista de FOCO para hablar los tres del cuidado de los hijos. Acepta.

Concurren Walter y Josefina a la entrevista de FOCO que describo a continuación.

1) Queja explícita del paciente: si bien los cité yo para hablar del cuidado de los hijos, apenas se sientan, Walter dice que el problema es Josefina, que está todo el tiempo encima de los chicos y no los deja crecer.

2) ¿Por qué ahora?: Josefina concurrió a varias consultas en las cuales pedía estudios e interconsultas para sus hijos y yo quiero conocer la postura de Walter y su capacidad de participación.

3) Relación con el contexto: Walter quiere participar más de la crianza de sus hijos pero siente que Josefina lo excluye y, como está poco en la casa, siente culpa si la desautoriza porque es ella quien está todo el día con los chicos. Tienen estilos de crianza muy distintos, él deja que los hijos resuelvan solos y Josefina hace las cosas por ellos. Mencionan varios ejemplos.

Pregunto por la infancia de Josefina y el vínculo con su madre y cuenta que en su casa eran cinco hermanos, que cuando su padre falleció su madre se puso en pareja con un hombre y, como ella era muy celosa, estaba todo el tiempo a su lado. Debido a esta conducta, la madre no se ocupaba de los hijos y Josefina, por ser la mayor, se hizo cargo de todo lo relacionado con sus hermanos: los cuidaba

a la tarde, les cocinaba, les compraba la ropa, los llevaba al médico y hasta iba a las reuniones de padres del colegio. Un día uno de sus hermanos se accidentó cruzando la calle y ella lloró casi 2 días enteros porque se sentía culpable de no “haberlo cuidado bien”. Durante muchos años se sintió muy desprotegida. Ahora como madre siente que tiene que estar siempre disponible para ellos y de esta manera se “asegura” de que nada malo les va pasar.

5) Redefinición del problema o Diagnóstico contextual operativo (DCO): madre sobreprotectora.

6) Objetivos: aprender a estar disponible dejándoles espacio para crecer. Incorporar a Walter en la crianza.

7) Plan para la próxima entrevista: encontrarnos en 15 días para evaluar cómo se sintieron y acompañarlos en el proceso de cambio, sobre todo a Josefina.

8) Notas: hablamos de lo que implica “estar disponible”, que no es sinónimo de “estar encima” o hacer las cosas por ellos. Surge la idea de Walter de contratar a un socio y trabajar un poco menos para estar más tiempo en la casa. Hablamos de la posibilidad de pensar un espacio de escucha (psicoterapia) para Josefina.

Volvieron Walter y Josefina a la entrevista de FOCO en la fecha pactada. Cuentan que hicieron una nueva consulta en Neurología con los resultados de los estudios y, como estaba todo bien, les dijeron que no era necesaria una medicación y les sugirieron hacer una consulta en Salud Mental Pediátrica. Fueron Josefina y Mateo a esa consulta, los entrevistaron a ambos por separado y les propusieron hacer unas consultas más solo con la madre, con la idea de que ella empezara una psicoterapia, y esperar a ver si esto generaba cambios en Mateo (Josefina planteó lo que habíamos hablado en la entrevista de FOCO). Además, Walter puede ahora estar más tiempo en casa (contrató un socio). Ambos están acomodándose y se los ve entusiasmados.

COMENTARIO

El objetivo: presentar el caso clínico de una familia compleja. Durante su desarrollo observamos varias situaciones que podrían contribuir a la presencia de los síntomas en los hijos. Podemos mencionar: por un lado, la madre, que probablemente por su historia de vida, sobreprotege a sus hijos creyendo que así los “cuida bien” y, por el otro, el padre que no interviene en la crianza debido a que no quiere desautorizar a su cónyuge y a que se siente culpable por estar poco en la casa. Cuando en una familia aparecen síntomas, es importante detenerse y repensar el sistema familiar y su funcionamiento sin la idea de buscar culpables o juzgar a las familias. El objetivo es mostrar cuáles son las manifestaciones (en este caso podríamos pensar: el llanto de Mateo y los dolores abdominales de Ema, entre otros) y evaluar posibles problemas familiares. La palabra “problema” puede resultar muy excesiva pero debería entenderse como conflicto o disfunción familiar. El médico de familia está capacitado para atender a todos

los miembros de una familia al mismo tiempo y tiene una mirada y conocimiento privilegiado de la familia en su conjunto como grupo constituyente y de cuidado de la salud¹. Volviendo al caso clínico, es importante aclarar que mi hipótesis, hasta la entrevista de FOCO, era que Josefina sentía un miedo que parecía desproporcionado (se angustiaba mucho y necesitaba consultas a especialistas y estudios complementarios para calmarse) y que el llanto de Mateo aparecía como una manifestación de un trastorno de ansiedad. Mi intención fue usar las herramientas del médico de familia y citar a los padres para dedicarle un tiempo específico a la escucha e identificar con más claridad cómo eran los roles en la familia y qué opiniones tenían sobre la crianza de sus hijos. Para esta entrevista utilicé el dispositivo FOCO con el objeto de trabajar los aspectos psicosociales y contextuales de la familia.

El FOCO consiste, básicamente, en una o varias entrevistas con un paciente, una pareja, o algunos o todos los integrantes de una familia, en las que se trabajan aspectos generales y específicos relacionados con estos temas. Los problemas que se pueden abordar con el dispositivo FOCO pueden ser muy variados: la falta de adherencia del paciente al tratamiento, el diagnóstico reciente de alguna enfermedad, un problema de salud crónico (obesidad, diabetes, hipertensión, etc.), dificultades en el autocuidado, crisis vitales (nacimiento del primer hijo, nido vacío, etc.), sobrecarga por el cuidado de un familiar enfermo, problemas laborales, depresión, problemas familiares, duelo, etc. Muchas veces el FOCO también puede servir, y en este caso esa era mi intención, para que el médico cuente con más tiempo para escuchar y, de este modo, conocer más a su paciente/familia. Durante la primera entrevista de FOCO, el médico completa una ficha semiestructurada llamada “Ficha de FOCO de primera vez”, que consta de siete preguntas y un espacio de notas libre. La ficha cumple la función de guía y está diseñada para profundizar y ampliar la perspectiva del médico. En la entrevista, este profundiza acerca del contexto del paciente y sus relaciones temporales, recaba datos sobre los síntomas, comprende cómo estos afectan al paciente y cómo reacciona su contexto y, en lo posible, redefine el motivo de la consulta junto con el paciente. Esta redefinición permite obtener un diagnóstico contextual operativo que posiciona al médico, y también al paciente, en otra perspectiva para ocuparse del problema. Este cambio de abordaje posibilita muchas veces destrabar o descomplejizar algunas situaciones por las que atraviesa el paciente o el grupo familiar. Las siguientes entrevistas de FOCO se llaman “FOCO de seguimiento” y son un texto libre como una evolución habitual².

El abordaje que realiza el médico de familia al incluir a la familia y su contexto muchas veces orienta hacia un diagnóstico y un tratamiento que resulta útil. FOCO es un dispositivo que le permite al médico dedicar un tiempo especial a recabar información y utilizarla en favor del

paciente. Cualquier médico de familia (y también médicos de otras especialidades) interesado en dedicarle tiempo al abordaje de la familia y el contexto de un paciente está capacitado para hacer entrevistas de FOCO, aunque no alcanza solo con el sentido común: hay que conocer conceptos teóricos como ciclo vital familiar, depresión, alcoholismo, duelo, duelo patológico, etcétera.

CONCLUSIÓN

El médico de familia cumple un papel fundamental en el seguimiento longitudinal de los pacientes y las familias

con la posibilidad de detectar conflictos vinculares o familiares tempranamente. El médico de familia puede –y creemos que sería conveniente que así lo hiciera– dedicar su tiempo y capacitarse para abordar los temas que involucran el contexto de sus pacientes y familias. Consideramos que FOCO es una herramienta muy útil para acompañarlo en este trabajo. Sin embargo, no debemos perder de vista que FOCO es un dispositivo subjetivo y que va a estar teñido de las creencias, las perspectivas y las posibilidades de cada médico y de cada paciente o familia (o de ambos).

Conflictos de interés: los autores declaran no tener conflictos de interés.

REFERENCIAS

1. Estremero J. Generalidades. En: Rubinstein E, Zárate M, Carrete P, et al. (eds.). PROFAM: Salud mental. 3a ed. Buenos

Aires: Fundación MF “Para el Desarrollo de la Medicina Familiar y la Atención Primaria de la Salud”; 2007. p. 1-11.

2. Carrete P, Estremero J, Goldman A, et al. FOCO: familia, orientación y contexto. Buenos Aires: delhospital ediciones; 2016.

BIBLIOGRAFÍA

Rilova Salazar F. Cuando el cuerpo solicita la palabra. La enfermedad y su llamado al otro. Buenos Aires: Lumen; 2001.

Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Italiano de Buenos Aires. Medicina familiar y práctica ambulatoria. 3ª ed. Buenos Aires: Panamericana; 2016.

Summerton N. Making a diagnosis in primary care: symptoms and context. Br J Gen Pract. 2004;54(505):570-1.