

III Jornada de Benchmarking en Salut Mental a l'Atenció Primària de l'ICS. Recuperem la salut mental

Organitza: Grup Tècnic Salut Mental a l'Atenció Primària de l'Institut Català de la Salut
23 març 2017

Conferència Inaugural: **El treball artesà dels professionals d'atenció primària en el patiment emocional. La complexitat i la grandesa del dia a dia**

M^a José Fernandez de Sanmamed @MJSanmamed

Bon dia a tothom,

En primer lloc voldria donar les gràcies als Comitès científic i organitzador per haver-me convidat a participar en aquestes jornades. **Agrair molt especialment a Núria Rosell i Gràcia Garcia que han estat les responsables directes d'aquesta decisió.**

És per a mi un honor estar en aquesta jornada del grup tècnic i de referents de Salut Mental d'Atenció Primària (AP), de la que ha estat la meva empresa durant 38 anys, i al mateix temps ha estat una sorpresa que s'hagi pensat en mi per fer aquesta conferència. Vinc aquí més que a donar, a rebre i aprendre de totes vosaltres, i estic desitjant sentir les vostres comunicacions, moltes de les quals crec que van en la línia del que us presentaré ara.

Abans que tot **vull presentar-me** perquè veieu qui soc i quins són i han estat els meus interessos. Com podeu veure estic jubilada des de fa quasi 3 anys després de 38 anys d'exercici a l'AP. De sempre, he estat molt interessada en les veus, narratives i patiments emocionals de les persones i dels pacients; i és des d'aquí des d'on he mirat l'AP, **des de la seva especialització fonamental, des de la seva-la nostra especialitat en persones.** Actualment continuo reflexionant en les persones, en mi mateixa, en la vida, el patiment i les alegries, en la malaltia i la mort, des d'una altra posició. Des del meu treball en grups de reflexió, en la docència i des del FoCAP, en el qual actualment estic a la junta.

Com que parlo bastant des d'aquí, i també va ser un dels motius de la vostra invitació, **vull presentar El Fòrum Català d'Atenció Primària (FoCAP)** que és una associació de professionals d'AP, oberta a tota la resta de professionals sanitaris i persones interessades a promoure a Catalunya una atenció primària pública, de qualitat, equitativa i segura. Us animo a participar i a fer-vos socis i sòcies.

D'on va sortir aquest títol? Manegava dos conceptes que volia que quedessin reflectits, el primer era posar en valor el **treball del dia a dia**, senzill en la seva complexitat, que no surt als diaris ni a les notícies; i també volia que emergís **el tipus de treball professional** que es fa a la primària. I veient la pel·lícula "Un doctor en la campiña", quan la metgessa jove va a l'hospital de referència a parlar amb el seu mentor-tutor i li diu que ha vist la radiografia del metge gran del poble, i que sap que té una malaltia greu que ell no li ha comunicat, li pregunta "*I ara que faig?*" i ell li contesta "*El millor que pots fer és seguir aprenent l'ofici*". I vaig pensar, aquesta és la idea!!!. Aquest ofici, el nostre ofici, un ofici d'artesà-*bricoleure* tan complex i tant grandios al mateix temps.

Al segle XIX i primera meitat del XX els oficis i les persones que els desenvolupaven (els artesans) eren molt valorades en les seves comunitats. Mauricio Wiesenthal en la seva preciosa novel·la "Luz de Vísperas" fa una lloa als artesans i diu:

"No hay tarea más bella que la del artesano que trabaja con fe para que las cosas no mueran. Que crea obras con trabajo modesto y paciente, porque piensa que la labor de cada día sirve para que las cosas bellas no mueran." *"que trabajan para hacer las cosas bien, valorar su obra y buscar en ella lo noble y lo bello"*.

Des d'aquesta comprensió el títol recull un homenatge i un agraïment a tots vosaltres que no sortiu en les notícies però que continueu fent el vostre treball quotidià amb saviesa i virtut buscant els aspectes nobles i bonics que té ser **especialista en persones**.

Bàsicament la meva conferència està basada en dos documents, tot dos del FoCAP i en el treball de reflexió que varem fer per elaborar el primer dels documents que us presento que és aquest que es diu **Atenció a les persones amb malestar emocional relacionat amb condicionants socials a l'Atenció Primària de Salut**, que és el fruit del treball d'un grup de reflexió i acció que el FoCAP va posar en marxa fa dos anys.

El segon és [Diaris de trinxera](#) on, como diu en la seva presentació, s'hi poden trobar històries tristes, històries tendres, gestos petits que fan veure la importància de les persones al costat de les persones... El nom «diaris de trinxera» vol recollir aquesta idea de ser en primera línia, de rebre tota la complexitat, les dificultats i la duresa del dia a dia. Significa el lloc on es produeix el contacte, on es toca de peus a terra, on es pot veure la realitat...

Jo també vull fer aquesta conferència des de la trinxera, des de la grandesa de la quotidianitat, des de la grandesa del dia a dia i des de la reflexió teòrica sobre això.

Com abordar en el dia a dia el quotidià patiment emocional que arriba a les nostres consultes? Què fer amb els símptomes emocionals provocats per la vida, la malaltia i la mort, que acompanya tantes i tantes visites d'AP?. I fer-ho des d'una reflexió crítica: Ho estem fent bé? Ho podríem fer d'una altra manera?, Quines implicacions per a la salut dels nostres pacients i des de l'ètica, té la forma en què s'està abordant actualment el patiment emocional?

Primer de tot convé recordar d'on venim i com hem arribat fins aquí: Tot va començar als EEUU al començament del segle passat. Fins aquesta data, l'educació mèdica era un desastre, desorganitzada i que promovia el curanderisme.

El 1914, la Fundació Rockefeller va decidir millorar la situació i crear institucions educatives per formar professionals de la salut, i per fer-ho va endegar un procés de selecció entre tres diferents propostes: una de caire ambientalista de la Universitat de Harvard, una enfocada als determinants sociopolítics, que defensava la Universitat de Columbia, i una proposta biomèdica presentada per la Universitat Johns Hopkins. La Fundació Rockefeller va intervenir a favor de la Universitat Johns Hopkins, proposta que estava inspirada en l'informe de Flexner. Aquest informe, elaborat al 1910 era eminentment biomèdic i posava un gran èmfasi en lo biològic, en la malaltia com a fet individual, en el diagnòstic, en l'especialització i en la productivitat.

Què hauria passat si la Fundació Rockefeller hagués triat un dels altres models? Què hauria passat si el model triat hagués estat el basat en la salut comunitària i en els condicionants sociopolítics de la salut?. No podem saber-ho.

El que sí sabem és el què aquesta elecció, basada com hem dit en l'enfocament individual i biològic, ha provocat en l'atenció a les persones i molt específicament a les persones amb patiment emocional.

- En primer lloc, **la cerca incansable d'una base biològica**. La teoria que els trastorns mentals són causats per un desequilibri químic dels neurotransmissors que es pot corregir amb fàrmacs específics. Aquesta teoria ha estat àmpliament acceptada tant pels mitjans de comunicació, pel públic i per sectors majoritaris de la professió mèdica, però convé recordar que **mai ha estat demostrada**.

Convé recordar que els diagnòstics psiquiàtrics es fan basant-se en criteris establerts per consens, i que encara que els models biològics de la patologia mental inunden les revistes mèdiques, els sabers i les pràctiques, no existeixen proves objectives ni base biològica demostrada, i que els fàrmacs no són tractaments etiològics sinó, com a molt, tractaments simptomàtics.

- Aquest model també va impulsar **la cerca heroica d'un diagnòstic, d'una etiqueta**. Totes les manifestacions simptomàtiques han de ser classificades-etiquetades-compartimentades. I aquesta necessitat d'etiquetatge ha portat a les classificacions categorials i de consens com el DSM.

Què vol dir **classificacions categorials i de consens?** Vol dir que es construeixen per consens, temporal i canviant, d'experts (també és important recordar-ho), i a més partint d'un paradigma que classifica en categories. Segons el qual les persones pertanyen a una categoria de sana o a una de malalta (blanc sa, negre malalt-trastorn). Des de la **perspectiva categorial**: hi ha malalties mentals ben definides i diferenciades i les persones sanes no les pateixen. Paradigma de blancs i negres que s'enfronta al **paradigma dimensional** en el qual tots estem en diferents tons de grisos que després descriurem i defensarem.

Resumint, l'informe Flexner i la Fundació Rochefeller ens han portat a pràctiques basades en:

- La suposada base biològica del patiment emocional
- La cerca d'un diagnòstic de trastorn
- Amb classificacions categorials i de consens
- I amb resposta farmacològica

Però, què sabem i sobre què hi ha evidència? Així com hem dit que la **base biològica del patiment psicològic no s'ha pogut demostrar**, hi ha sobrada evidència que els condicionants socials, les anomenades **causes de les causes, estan relacionades amb el patiment i amb la malaltia**: Se sap que els factors ambientals empitjoren, i molt, la salut, són causa de mortalitat prematura, i causen malestar psicològic i... també poden portar a trastorns mentals (en els extrems de la línia).

Una recent metanàlisi molt amplia publicada al [Lancet](#) i que ha tingut molta repercussió als mitjans, mostra que la pobresa i les males condicions de vida tenen més influència en reduir la vida que altres factors com ara el consum d'alcohol, la obesitat i inclús que la hipertensió.

Fa uns mesos la Xarxa d'Atenció a Persones Sense Llar va presentar un informe en el qual mostren que l'esperança de vida d'aquestes persones és uns 20 anys inferior que la de la població general. A la nostra ciutat (Barcelona) els estudis de Carme Borrell i de l'Agència de Salut Pública mostren diferències en l'esperança de vida entre barris de 8 anys.

És a dir, les condicions de vida influeixen i molt en la mortalitat prematura i en la creació de malaltia orgànica, i molt més en el patiment emocional i en el trastorn mental. Molts estudis, en el nostre país com els de Benach, Borrell, i Artazcoz mostren que l'atur, l'atur de llarga durada, la precarietat i inestabilitat laboral, i els problemes amb l'habitatge provoquen molt patiment emocional i també malaltia mental. L'estudi Sophie mostra que "Tenir problemes per pagar la hipoteca augmenta exponencialment l'autopercepció de patir mala salut mental".

Hi ha tanta evidència que les condicions socials i els factors socioeconòmics en què viu una part important de la població dels nostres barris, s'estan convertint en els principals generadors de malestar emocional, provoquen símptomes, malalties i mort, **que no cal continuar insistint**.

Un altre aspecte sobre el que hi ha també molta evidència, tant a nivell grupal com individual, **és que el suport familiar, l'associacionisme, els grups d'ajuda mútua, disposar de xarxes socials de suport àmplies i saludables i participar en**

aquestes xarxes, són factors protectors de la salut mental.

Així, s'ha demostrat (a partir dels estudis fets durant la crisi de la URSS dels anys 90) que en èpoques de crisi econòmica els països amb molt associacionisme suporten millor la crisi des del punt de vista de la salut general i de la salut mental. Això quan estudiem poblacions, però en el estudis sobre individus també les persones que participen en xarxes socials tenen un risc menor de patir emocionalment i d'emmalaltir.

En aquest sentit vull citar-vos el treball fet a La Mina pel nostre company Juantxo Mendive i el seu grup. Es tracta d'un estudi d'una cohort que posa de manifest que el suport social és un factor de protecció de la salut mental davant els efectes adversos de les recessions econòmiques.

Què veiem a les nostres consultes?, i què estem fent?

Com ja hem dit els professionals d'AP atenem una creixent demanda assistencial secundària a malestar emocional molta de la qual té a veure amb la realitat econòmica, cultural i social que ens ha tocat viure.

Aquest escrit de diaris de trinxera ho posa de manifest: "[Les frases de la pobresa](#)":

Recollides a la consulta durant l'última setmana:

Una noia de 30 anys a qui l'empresa no li ha pagat l'últim mes em diu: "el meu marit es dutxa a la feina per no gastar gas a casa".

Un noi de 32 anys que en porta 5 a l'atur: "no em faci cap recepta que no me la puc comprar".

Una dona de 50 anys, en atur: "demano a les portes d'un supermercat, però quan ve alguna persona coneguda m'amago perquè em fa vergonya".

Una mare de tres fills petits, en atur i marit amb problemes a la pròpia empresa: "fa mesos que a casa no es mengen postres".

Un home de 54 anys amb contracte precari que consulta per una otitis supurada: "aniré a la farmàcia el divendres, quan cobri, avui no tinc diners"

Un home de 57 anys, amb diverses malalties greus i diversos tractaments, entre ells insulina: "no té pas insulina per donar-me?"

Una dona de 45 anys, mare de dos fills adolescents, en atur des de fa 2 anys: "els meus fills tenen molta gana i estan cansats de menjar pasta cada dia".

I podria seguir.

I tant que podríem seguir... Des d'una **perspectiva categorial** el patiment psicològic que arriba a la consulta es presenta com a:

- **Trastorn mental greu amb símptomes florits fàcils d'identificar**, que sovint tenen en l'atenció primària la seva porta d'entrada, però que la majoria de vegades deriven i és atès als serveis de salut mental.
- Però més freqüentment, a les nostres consultes, el patiment psicològic es presenta com a símptomes que podríem anomenar "**malestar psíquic experimentat per persones mentalment sanes**", o com a molt «**trastorn mental menor o lleu**».

Si analitzem aquesta demanda des d'una perspectiva diferent, des d'una **perspectiva dimensional**, allunyada dels blancs i negres i més ajustada a la vida real, plena de matisos de grisos, la patologia mental és un problema de grau o dimensions. La línia divisòria entre salut mental i malaltia mental no és fàcil d'establir. Entre una bona salut mental i una malaltia mental definida hi ha una infinitat de gradacions. Tots o quasi tots tenim o hem tingut símptomes de malestar psicològic: tristesa, ansietat, alguna idea delirant... Les persones que estan en els extrems d'aquestes dimensions són les que tenen una patologia i entre aquests extrems hi ha la "normalitat". Des d'aquesta perspectiva **no hi ha una diferenciació clara entre "salut mental" i "trastorn mental"**, és una línia contínua amb interpretacions tant a escala individual, com social, i també en les diverses cultures.

Vosaltres no teniu símptomes o heu tingut símptomes quan us ha passat alguna cosa? Quants símptomes? Cinc? Compliu criteris per ser etiquetats de trastorn segons el DSM? Tindríeu símptomes si com a la meva amiga el banc l'està amenaçant amb deixar-la sense casa? Quants símptomes tindríeu? I això voldria dir que esteu malalts?

I què fem quan ens arriben aquests casos. Infradiagnostiquem o sobrediagnostiquem? Infratractem o sobretractem? No poso en dubte que hi hagi algun cas d'infradiagnòstic però el nostre problema fonamental (per freqüència, magnitud i importància) és el sobrediagnòstic i el sobretractament dels problemes emocionals que veiem cada dia.

Si revisem amb aquesta visió la depressió, per posar-la com exemple, aparentment la depressió està infradiagnosticada en AP, encara que

aquesta afirmació es basa en estudis transversals o de molt curt recorregut; mentre d'altres estudis que fan seguiment a llarg termini, i estudis naturalistes més propers a la pràctica clínica (1 i 2) ens diuen altres coses. Ens diuen que:

- els casos greus acaben emergint
- que la majoria acaben remetent sense cap intervenció sanitària perquè es tracta de casos lleus i moderats (grup en el que l'eficàcia dels antidepressius és similar al placebo)
- no s'aprecien diferències en un any entre tractats i no tractats, pel que no sembla que els casos no diagnosticats pateixin serioses conseqüències.

Per tant, l'evidència també genera dubtes més que raonables sobre si és veritat que infradiagnostiquem, i sobre tot, que encara que existís aquest infradiagnòstic, seria important per a la salut dels nostres pacients.

El que sí és evident és que sobretractem i medicalitzem. Les dades de consum al món i a casa nostra ho posa de manifest:

- Com explicar que l'Estat Espanyol és el primer consumidor mundial d'hipnosedants? I que és molt elevat també a [Catalunya](#)?
- Com explicar que el consum d'antidepressius a l'Estat Espanyol hagi experimentat un creixement del 200% des del 2000 al 2013, passant de 26 dosis diàries definides (DHD)/1000 habitants a 80 DHD?
- Com explicar sinó que la meitat dels espanyols entre 18 i 74 anys prenguin o hagin pres ansiolítics, somnífers o antidepressius?
- Com explicar que el 23% de la població de Catalunya consumeix psicofàrmacs?
- Com explicar que a Catalunya el 60% de les dones (i el 37% dels homes) majors de 65 anys prenen psicofàrmacs, molts del quals són hipnosedants?

El paradigma bio ens ve molt bé a tots, inclosos els pacients. Si estic trist i em diuen que és perquè el meu cos no fabrica bé la serotonina ja tinc una explicació que m'eximeix de responsabilitat.

Però, què significa donar respostes mèdiques a problemes socials? Què significa medicalitzar el viure? Pensem junts:

Transformar allò que és causa d'un problema social, moltes vegades d'una injustícia social (com ho són els desnonaments que s'han produït durant tots aquests anys), en un problema individual i a més en un problema mèdic, té profundes connotacions per a la persona i també per a la societat.

La víctima, el nostre pacient, maltractat pels bancs és transformada en malalta, la responsabilitat ja no és social, és d'ella que no ha fet bé les coses, que és massa feble... En comptes de reassignar els símptomes a la causa real (el maltractament bancari, la precarietat laboral...) li posem una etiqueta de trastorn i li donem un fàrmac. Clarament maleficiant perquè la victimitzem dues vegades i li impedim respondre adequadament a aquest maltractament (denunciant, ajuntant-se amb altres afectats, etc.). El diagnòstic de malaltia invalida, total o parcialment, per prendre un paper actiu enfront de les condicions laborals, econòmiques o socials adverses.

Resumint:

- La pobresa, les crisis, l'atur, els desnonaments, el «sensellarisme»..., provoquen molt patiment i molt especialment patiment psicològic
- Això té un reflex a les nostres consultes en les quals cada vegada veiem més gent patint
- No obstant, poques d'aquestes respostes emocionals provocades per la vida arriben als extrems de la línia i tenen entitat de trastorn greu. Perquè, com diu Josep MOYA, un psiquiatra que molts coneixeu, si el banc li condona el deute desapareixen el símptomes
- Aquest patiment psicològic és difícil d'etiquetar en classificacions categorials
- Medicalitzar aquestes respostes emocionals provocades per la vida no soluciona el problema i és maleficiant.

Són moltes les veus que proposen la necessitat de canvis en l'abordatge actual del patiment emocional i que critiquen el model dominant. S'emmarquen també en un moviment general de deixar de fer actuacions sanitàries que estem fent i que no aporten valor o son maleficiants, com ara l'[essencial](#) o els moviments d'[adequació de la pràctica](#).

No vull parlar dels trastorns mentals greus (els extrems de la línia que hem esmentat) perquè correspon als nostres companys dels serveis

de salut mental, tot i que si ho voleu seguir estan sorgint també molts qüestionaments al que s'està fent i iniciatives precioses com ara el "[diálogo abierto](#)", "[los escuchadores de voces](#)" o la "[revolución delirante](#)", entre d'altres.

El que sí vull és que pensem i reflexionem sobre què estem fent amb els símptomes emocionals que arriben a les nostres consultes d'AP si tenim en compte aquestes evidències descrites. Per què continuem actuant sota un paradigma biomèdic no evidenciat i no ho fem sota un paradigma psicosocial sí demostrat?

Tots ho hem fet i ho continuem fent, però cal una reflexió crítica. Tots hem donat i continuem donat fàrmacs, però cal una reflexió crítica. Com diu Juan Simon, autor d'un blog que molts coneixeu "[Salud, dinero y atención primaria](#)", tots hem tingut la nostra etapa biològica i defensora del DSM, però hem crescut, hem reflexionat, hem evolucionat i ho hem fet perquè hem comprovat la inutilitat d'aquest enfocament en la nostra pràctica i perquè ens hem qüestionat el que significa medicalitzar les respostes emocionals a les dificultats de la vida".

Estem, per tant, obligats a plantejar-nos de nou els riscos de les nostres intervencions i a buscar noves intervencions allunyades dels fàrmacs, i de receptes sobre com la persona ha de viure o actuar construïdes moltes vegades des de la nostra zona de confort econòmic i social.

Quins canvis proposem? En què consisteixen?

Ja hem anat insinuant els canvis necessaris. No tenim temps de desenvolupar tots i cada un dels seus eixos. Els teniu ampliat al document [Atenció a les persones amb malestar emocional relacionat amb condicionants socials a l'Atenció Primària de Salut](#) del FOCAP. Aquí només donaré titulars perquè voldria dedicar el temps que resta a parlar de quina manera hem de fer nosaltres, els professionals, aquest canvi:

Es tracta d'un canvi paradigmàtic basat en:

- No hi ha malalties, sinó persones, amb la seva construcció i la seva subjectivitat que vénen determinades i es donen en un context concret i propi.
- Cada persona reacciona de forma diferent als avatars de la vida i el comptatge de símptomes no ens serveix per saber si està

amb trastorn o no

- Qüestionem, doncs, el valor de les etiquetes diagnòstiques i de les classificacions dicotòmiques i categorials
- Busquem trobar un diàleg amb el pacient i les famílies que no estigui basat en el fàrmac
- Posicionar-nos per un model narratiu basat en la vivència-comprensió del símptoma específic i contextual de cada persona i per classificacions dimensionals
- Un model més basat en un concepte ampli de “tenir cura” i acompanyar, que de curar
- Ens posicionem per un model salutogènic, centrat en buscar i potenciar els aspectes positius i sans de les persones i de les comunitats, en comptes d’estar centrats en els aspectes malalts i negatius.
- Tot i que hem de continuar fent **atenció individual**, la podem fer mirant a fora, mirant per la finestra. Què li passa a aquesta persona aquí fora? Quins recursos personals i socials té? Què pot fer? Què vol fer? I aquí entraria tot el que molts de vosaltres esteu fent ja, com la intervenció comunitària i la prescripció social.

Perquè com a professionals preocupats per la salut individual hem de preocupar-nos també per potenciar comunitats saludables.

Sí, això és molt bonic, però com es fa? Què he de fer jo com a professional per fer aquest canvi?

No tinc eines!!!!, s'escolta dir freqüentment als professionals d'AP. Diu Kerry Gibson *“La utilización de antidepresivos debería ser una excepción en las consultas médicas de atención primaria”* i postil·la Alberto Ortiz *“no le des antidepresivos, tu eres el antidepresivo”*.

I així és, les nostres eines per atendre a les persones (i més amb símptomes emocionals) som nosaltres mateixos i som un instrument sanador-acompanyador molt potent.

És el que Balint deia “La droga doctor”. Però, perquè aquesta “droga” sigui terapèutica hem de tenir les eines bàsiques a punt: l’escolta, l’acompanyament, la comprensió... Perquè és a través d’aquestes que es construirà el vincle terapèutic i la confiança.

A l'últim congrés de bioètica que es va fer a BCN a l'octubre de 2016, Andrea Vives "una artesana" de la Fundació Pere Claver que treballa en un programa de la fundació "de suport i acompanyament domiciliari per a la vida independent de les persones amb patologia mental", ens va transmetre uns coneixements bàsics que em van agradar tant que vull compartir-los amb vosaltres.

Ens va dir quelcom molt conegut però que convé recordar i és que el vincle professional-pacient i la confiança son bàsiques i que sense vincle ni confiança no hi ha acció terapèutica. Vincle entès com estar al costat, com acompanyar, allunyat de manar a fer..., de sentir-se superior. Però a més, i això és el que més em va agradar, va definir com hauria de ser aquest vincle. Per ser terapèutic el vincle ha de ser estable, ha de reconèixer l'altre en tota la seva alteritat, respectuós amb l'altre i la seva dignitat, validant i no invasiu.

Aquestes eines estan connectades amb l'essència del treball a l'AP, que és **la centralitat del pacient, i les habilitats comunicacionals**. Altres eines més innovadores com la medicina narrativa, la indicació de no-tractament, la prescripció social i les intervencions grupals no són res si no s'emmarquen en les bàsiques, que soc jo, la meva actitud i els meus instruments relacionals.

El Professional com a instrument. Però el tenim afinat?. No tots els professionals tenen-tenim l'instrument ben afinat. No és senzill. Hem de veure quin és l'instrument que s'adapta millor a nosaltres i també com s'adapta a cada un dels instruments i/o orquestres que porta l'altre, els altres (el pacient/família/societat). Les maneres d'afinar el nostre instrument són variades i individuals, alguns necessitaran formació en tècniques comunicacionals i d'entrevista, d'altres tècniques més dinàmiques, d'altres més conductuals i d'altres fer *mindfulness*. Cadascú de nosaltres hem de saber què és el millor, què s'adapta més a nosaltres per afavorir les nostres capacitats relacionals.

Sergio Minué les anomena les **tecnologies de l'AP**. Diu Minué: «*Tendemos a confundir tecnología con aparataje, cuyo brillo deslumbra a políticos y ciudadanos. La tecnología que se emplea en Atención Primaria, la auténticamente útil, la más resolutive, no depende de ningún aparato de última generación, depende del profesional y de algo sencillo y barato llamado tiempo y conocimiento acumulado del paciente a lo largo del tiempo*».

No us deixeu, com ho fa la població, enlluernar per les tècniques i aparells. Si implementar noves tècniques (Doppler, càmera nomidriàtica, ecografies....) significa abandonar les tecnologies bàsiques de Primària, les habilitats relacionals, les relacions professional-pacient i la longitudinalitat, crec que teniu el deure de **DIR NO!!!!**.

Ens calen professionals d'atenció primària que recuperin i tornin a fer valdre el seu instrument amb les eines que li són bàsiques:

- la nostra pròpia persona amb les nostres habilitats tècniques però també amb el poder simbòlic que ens ha atorgat la societat
- i juntament amb aquest poder, la capacitat de curar que tenen les nostres mans, les nostres orelles i les nostres paraules
- un tipus de relació interpersonal en què actituds, emocions, idees i conductes ajudin a la millora clínica del pacient; cal compassió, narració, comprensió, etcètera

- **Calen, en definitiva, professionals d'atenció primària especialistes en persones, que no pensin que no han fet res quan han escoltat, han compartit, s'han compadit i han estimat.**
- **Calen professionals capaços d'intervenir i acollir el patiment emocional sense medicalitzar.**

I en aquest sentit i per acabar vull llegir-vos unes petites i meravelloses històries.

La primera es diu Maria i està treta dels Diaris de Trinxera:

«Només entra a la consulta, la Maria es posa a plorar. No ha dit res. Només plora. Plora sense aturador. Plora sorollosament. Plora remullant la taula, la seva camisa, les seves sabates... Plora de veritat. Sense consol.

Jo me la miro. No dic res. L'hi atanso un mocador de paper darrera un altre. I ella, es moca sorollosament.

“Em sap greu. Però és que no puc més. Quina vergonya!”

No dic res. Faig un gest amb les mans, volent expressar que no hi fa res, que segueixi.

Torna a plorar. Prova de parlar. No ho aconsegueix. Plora i plora.

Deixo reposar la meva mà sobre el seu avantbraç. No ens movem en una estona.

Poc a poc, els seus plors es fan més lents, més silenciosos. De tant en tant, sospira. Es torna a mocar. Un altre mocador. Tot d'una, em mira amb els seus ulls clars i les conjuntives vermelles. Fa un somriure tímid.

“Gràcies!. Que bé poder-ne parlar amb algú.”

S'aixeca i se'n va.

Ens quedem, jo amb l'ànim incert i el terra ple de mocadors de paper mullats».

M'emociono cada vegada que la llegeixo. Aquesta professional, que de ben segur coneixia a Maria, tenia l'instrument molt ben afinat. És capaç de tolerar el plor sense actuar, en silenci, només manifestant el seu acolliment, el seu acompanyament, i la seva empatia. Sense actuar, sense donar receptes perquè la recepta-l'antidepressiu és ella mateixa.

La segona és un escrit d'una metgessa jove **Sara Yebra Delgado, R2 de Medicina Familiar y Comunitària en Gijón, es diu el PH de una lágrima**, i la porto perquè és preciosa i perquè és d'una metgessa jove, i el futur de la nostra salut està a les seves mans, i quan llegeixo això penso que estaré en bones mans:

«Por favor, no puedo más...“ Y empezó a llorar. Y ahí estaba yo en mi primera guardia con la realidad palpitando descorazonada. Unos ojos con más daños que años me miraban pidiéndome ayuda. Estaba desarmada, intenté recordar algo de lo que me había memorizado en la carrera, busqué en mi cabeza algún esquema, alguna clase magistral, y lo único que recordé haber aprendido sobre el sufrimiento fue cuál era el pH de una lágrima. Me sentía indefensa y estafada, como si todos estos años hubiera estado trenzando una honda infinita y me hubieran dado una patada en el trasero para salir al ring, donde me esperaba Goliat. Y no tenía piedras.

*Me enseñaron la escala EVA del dolor, **pero nadie me dijo como consolar el dolor de perder a Eva**. Sé dar puntos simples, colchoneros, poner grapas, apósitos, vendas. **Ni idea de como restañar las heridas que no sangran**. Münchhausen, Raynaud, Gilbert, puedo decir muchos nombres de síndromes raros pero se me atascan las frases que empiezan por "lo mejor es que no sufra", "no va a recuperarse", "lo siento". Un miligramo por kilo de peso, 500 mg cada 12 h. **¿Cuánto pesa la culpa?***

Se olvidaron de decirme lo importante, que a veces una sonrisa es analgésica y que el efecto es dosis dependiente y no tiene techo, que una mano en el hombro es el mejor antihistamínico contra la duda y llamar a la gente por su

nombre es la benzodiazepina de inicio más corto y semivida más larga.

Al menos, si el camino es duro, la buena noticia es que estará lleno de piedras».

Gràcies a aquestes dues professionals i gràcies de nou a totes vosaltres, pel desenvolupament de la vostra feina d'artesans de persones. Continueu, si us plau, posant la vostra saviesa, creativitat i humanitat en cada una de les vostres peces d'artesanía i no us deixeu portar pel mercat de la salut que demana avui més que mai peces en sèrie. Gràcies.