

## *Paciente difícil... Recursos del profesional en jaque. Metodología y Técnicas de intervención comunicacional*

**A.S. Héctor Pasmíno Y.**

*Asistente Social.*

*Miembro del Equipo de Salud Mental del Centro de Salud Familiar Canciller*

*Orlando Letelier. Docente de la Carrera de Técnico en Rehabilitación Psicosocial y Drogodependencias del Instituto Técnico Profesional de la Universidad de Chile, ITPUCH.  
hectorpasmíno@tutopia.com*

**T.O. Ximena Porras A.**

*Terapeuta Ocupacional, Licenciada en Ciencias de la Ocupación Humana. Miembro del Equipo de Salud Mental del Centro de Salud Familiar Canciller Orlando Letelier. Profesor Adjunto de la Carrera de Terapia Ocupacional de la Universidad Andrés Bello.  
toporras@tutopia.com*

**Ps. Carla Úbeda U.**

*Psicóloga. Miembro del Equipo de Salud Mental del Centro de Salud Familiar Canciller Orlando Letelier. Profesor Adjunto de la Carrera de Terapia Ocupacional de la Universidad Andrés Bello.  
Profesor Adjunto para la Carrera de Psicología de la Universidad UNLACC.  
carla\_ubeda@yahoo.es.*

### **DIFFICULT PATIENT... RESOURCES OF THE PROFESSIONAL IN CHECK. METHODOLOGY AND TECHNIQUES OF COMMUNICATIONAL INTERVENTION**

El presente artículo pretende entregar algunas herramientas a los profesionales de la salud que trabajan con personas que sufren de patologías crónicas y consultan recurrentemente en los servicios de salud, -los comúnmente denominados "pacientes policonsultantes"-, dada su multiplicidad de síntomas y la frecuencia con que asisten a solicitar ayuda. Esto último, también determina que sean llamados "pacientes difíciles", por lo que en este artículo ambos términos serán usados para denominar a aquellos usuarios que "pese a los múltiples tratamientos recibidos, diferentes estrategias de intervención y diversidad de profesionales que los han tratado" no logran resultados favorables, tanto desde su punto de vista, como el del equipo de salud. El artículo expone cómo las intervenciones de los agentes de salud con los llamados "pacientes difíciles o policonsultantes", tendientes al cambio de conductas por medio de consejerías, educaciones y orientaciones, puede implicar un entrampamiento mayor y consecuentemente actitudes incoherentes que mantienen el problema.

La propuesta señala cómo el profesional de salud puede intencionar o favorecer en el usuario el desarrollo de habilidades que le permitan explorar los sentimientos y emociones que surgen en sus relaciones interpersonales con su entorno familiar y comunitario (incluyendo al equipo de salud). Esto, llevará a que el usuario sea capaz de vincular

estas emociones con sus conductas y hábitos de vida, facilitándole así una mayor conciencia sobre el origen de sus síntomas, una mayor integración y control de éstos, y ofreciéndole la posibilidad de enfrentar sus problemas de salud a partir de sus necesidades emocionales, asumiendo una posición más responsable, si así lo elige.

Si bien es cierto que el método propuesto en este artículo se refiere principalmente a usuarios que hemos denominado *pacientes difíciles* y *policonsultantes*, consideramos que este enfoque también puede ampliarse a la relación profesional-usuario en general, si lo que se persigue es favorecer la responsabilidad del usuario sobre su salud.

**Palabras clave:** Paciente Difícil, Paciente Policonsultante, Aspectos Emocionales, Responsabilidad, Cambio.

### **INTRODUCCIÓN**

En muchas ocasiones nos hemos encontrado con pacientes, especialmente los llamados "crónicos" (HTA, DM, EBOC, entre otros), que dan la impresión de que no desean cambiar, ya que no siguen las prescripciones, consejos, dietas, y medicamentos indicados. O bien, pacientes que dejan de controlarse como se les indica, abandonando los tratamientos, pero consultando cuando se sienten mal. Desde la perspectiva del

profesional, es frecuente encontrarse con pacientes descompensados que se muestran "descuidados" con su tratamiento y es muy frecuente sentirse con rabia y frustración por ello.

Es habitual también, en los equipos de salud tratantes, encontrar profesionales que han realizado variados intentos para provocar un cambio en ellos, tales como aconsejarlos, asustarlos, o bien reprenderlos como último recurso para lograr que comprendan la necesidad de que asuman sus propios cuidados... Sin embargo, a pesar de ello no cambian.

Desde el punto de vista del profesional, "objetivamente" la persona está equivocada, ya que sus síntomas (físicos- psicológicos) lo indican, la persona se siente mal, con niveles importantes de descompensación que se prolongan en el tiempo. Más extrañeza nos produce al observar que el paciente nos da la razón, ya que en un nivel cognitivo reconoce que debe auto cuidarse, pero (paradójalmente) y contrario a lo que entiende (y dice), no lo hace, ...y hace todo lo contrario. Esto es, el paciente tiene un discurso distinto a su actuar, señalando **no poder** dejar de comer, dejar de fumar, tomar los medicamentos, o bien diciendo que "hace todo lo que le dicen y no entiende por qué sigue igual". Ello, con mucha frecuencia lleva a pensar que la persona le miente al profesional cuando dice seguir lo que se le indicó, ya que, dado los resultados observados, es evidente que no lo hizo.

Al encontrarnos en estas situaciones, la actitud del usuario puede parecernos incomprensible, poco lógica, que se escapa incluso del sentido común. Apreciación bastante acertada puesto que lo que motiva y moviliza a los usuarios a actuar así se relaciona más bien con emociones, no muy claras para el profesional, y en muchas ocasiones tampoco para la misma persona.

Al observar esta situación, el objetivo a

ser buscado por los profesionales sería entonces, hacer más coherente la relación entre los aspectos **emocionales y prácticos**, favoreciendo una mejor integración de la persona, a fin de que asuma una mayor responsabilidad en el manejo de su problema.

### BASES TEÓRICAS

El sistema emocional es el sistema básico o natural y más primitivo en el hombre, y es el que gobierna a los sistemas sentimental (afectivo) e intelectual (o del pensamiento), donde el sentimental actúa como un puente entre ambos. (MacLean P. 1952) Desde este punto de vista, los sentimientos pasan a ser procesos hacia la racionalización de las emociones, esto es, los sentimientos corresponden a lo que hemos aprendido que deberíamos "sentir" ante una situación, aunque muchas veces eso no es coherente con la emoción que se está experimentando. Por ejemplo, ante una emoción de placer, puede invadirnos un sentimiento de alegría, de vergüenza o de rabia, de acuerdo a cómo se haya socializado, y por lo tanto cómo sea significada y "sentida" dicha emoción. Murray Bowen (1972), en la Teoría de Sistemas Naturales, señala que las emociones son "naturales" al ser humano y están determinadas por la necesidad del individuo de autonomía y conexión con las personas, dado que los seres humanos nos movemos en ciclos naturales de cercanía y distanciamiento (individuality y togetherness); al no poder cumplir simultáneamente con ambas necesidades aparece la "ansiedad relacional", entendida como la ansiedad natural que aparece en la relación con otros. Cuando el individuo se acostumbra o habitúa a la cercanía por ejemplo, aparece el afecto o cariño.

Cabe señalar que detrás de toda acción existe una emoción que la moviliza, y detrás de todo argumento o justificación existe un intento por modificar,

acallar o transformar una emoción a algo que pueda ser más aceptable para todos y para uno, pero lo que verdaderamente guía las acciones son las emociones. Al respecto H. Maturana (1997) señala "al decir que somos seres racionales, usamos de manera más o menos inconsciente la razón ya sea para ocultar las emociones que guían nuestras acciones o para justificar nuestras emociones ocultas sin hacernos responsables de ellas".

Por lo mismo, se hace necesario reconocer, en primer lugar, las emociones y sentimientos que guían a las personas. A modo de ejemplo, si una madre está acostumbrada a la cercanía con sus hijos, es natural que ante la amenaza de separación de uno de ellos le genere ansiedad, y por tanto fluyan sentimientos tales como miedo, rabia y pena. Ante esto, ella tenderá *naturalmente* a volver a la cercanía a la que estaba habituada para bajar su ansiedad y realizará una serie de "movimientos" o "acciones" dentro de su campo emocional, tendientes a evitar la separación, por ejemplo; tratar de estar más tiempo con sus hijos y exigirles a ellos lo mismo, se volverá sobre protectora con ellos, lo que les provocara mayor ansiedad a ellos y quizás tiendan a separarse más, en este momento puede aparecer "un síntoma", que traerá la estabilidad a ese campo emocional y les ayudara a todos a disminuir la "ansiedad relacional" o temor a la separación (cómo me van a dejar ahora que estoy enferma).

También puede darse que el síntoma surja en alguno de los hijos como una forma de diferenciarse de esta madre sobre involucrada, pero que le ayuda a ella a no separarse ya que "no lo puede abandonar ahora", por lo tanto se acerca aún más.

De esta manera, el síntoma pasa a ser "funcional", sin embargo esto no puede ser entendido desde una lógica "racional"; por lo que la intervención médica y racional tendiente a que la persona

haga esfuerzos por mejorarse y ayudar a su organismo a hacer desaparecer el síntoma no tendrá efecto si no se considera e incluye el contexto en el que el síntoma se desarrolla. La intervención, por tanto, debe ayudar a la persona a "situarse" en este campo emocional y descubrir cuales son sus reales motivaciones, y de esta manera encontrar sus propias soluciones. Volviendo al ejemplo anterior, si esta madre logra identificar su "ansiedad de separación" y hablar de ella, podrá actuar más conscientemente desde lo emocional, a través de la expresión y comprensión de sus propios sentimientos y los de sus hijos, y podrá enfrentar el síntoma de otra forma.

El trabajar desde este enfoque le entrega un alto grado de responsabilidad a la persona, en términos de optar entre enfrentar y resolver el nuevo problema que está visualizando, o bien optar por mantener sus síntomas pero **sabiendo** por qué los mantiene y ya no "padeciendo" de algo inexplicable e incontrolable. El sólo hecho de optar ya es auto cuidado, pero no el auto cuidado desde el punto de vista del profesional, sino desde la perspectiva del paciente, es decir, "que es lo más sano para él", de acuerdo a sus necesidades.

Por otra parte, y de acuerdo a la Teoría de la Comunicación Humana (Watzlawick, 1966), los síntomas aparecen y/o se mantienen como una expresión o comunicación (no verbal) patológica que se genera cuando a las personas le es difícil verbalizar o hablar de sus emociones y sentimientos en su relación con otras personas, cuando la interacción no permite la comunicación espontánea, ni menos aún hablar de la relación (meta-comunicar). Es en esta situación donde el síntoma posee un valor comunicacional en tanto expresa esa misma dificultad en la relación; siendo dichos síntomas fragmentos de conductas descontroladas, por lo tanto, al hacerlos conscientes es posible integrarlos (sin necesidad de controlarlos).

Es por ello que, en aquellos casos en que la persona mantiene importantes conflictos vinculares, las indicaciones, los consejos y los juicios desde la razón, en vez de contribuir a ayudarla a conectarse con su emoción, pueden favorecer la mantención de los síntomas. El consejo que uno pueda darle, con seguridad es el mismo consejo que su familia, vecinos o cercanos ya le han dado, pero algo le pasa a la persona que es eso lo que justamente *NO puede hacer*, se escapa de su control, ello hace que la persona se sienta sin salida, y dude de sus sentimientos. Esto significa que se le agudiza el conflicto porque justamente no puede hacer lo que todos le dicen; más aún cuando se enfrenta a figuras que para ella son de gran importancia, como es el caso de los equipos de salud. A modo de ejemplo, podemos citar el caso de tantas mujeres que viven con sus parejas relaciones de violencia, y en donde los consejos que han recibido generalmente tienen que ver con "que deje a su pareja porque le hace daño", "¿por qué usted le permite que la trate así?", "denúncielo", "piense en sus hijos" etc, etc. La mujer frente a estas indicaciones se siente peor, porque si todos le dicen que esa es la salida, "tendrá que ser así", pero ella siente que no puede. Lo más probable es que lo ame, o que tema estar sola, que le atemorice enfrentarse a las consecuencias económicas o sociales, etc... Entonces no encuentra salida, se culpa y con seguridad más le costará salir de este círculo de violencia.

Es altamente probable que mientras más insista el profesional, el paciente más se cierre, o bien, finja "seguir" las indicaciones a fin de no tener que enfrentar un sermón, dado que sus reacciones obedecen a una emoción, que la persona no tiene clara aún.

Además, este tipo de indicaciones son parte de lo que nuestros aprendizajes y condicionamientos sociales nos indican, aunque tengamos una formación profesional específica, especializaciones en

Salud Familiar e incluso en consejería y terapia familiar, *somos parte de*, y seguimos las reglas de cómo nos enseñaron que *deben ser las cosas*, por lo tanto, la tan mencionada "objetividad profesional" en realidad está al servicio de lo que "sentimos" que es sano, correcto o beneficioso para la persona y la sociedad; y muchas veces replicamos, sin darnos cuenta, sanciones sociales (y morales) frente a determinadas actitudes o formas de ser de un paciente.

A este respecto Brofenbrenner (1979), en su "Modelo Ecológico" plantea que, en la observación de cualquier fenómeno, interactúan recíprocamente cuatro niveles; el **Macrosistema** que se refiere al contexto más amplio y abarca los sistemas de creencias y valores organizados, los modos particulares de organización de una cultura; que en este caso corresponde a aquello que hemos aprendido socialmente acerca del dolor y del sufrimiento y la forma en que nuestra cultura se enfrenta con los procesos de salud-enfermedad, pudiendo provocarnos gran ansiedad el ver una persona que sufre angustia o dolor, y es posible que aparezcan sentimientos como temor a que la persona empeore, entonces optamos por tranquilizar a la persona, distraerla, calmarla y que no piense más en aquello que le produce dolor. El **Exosistema**, que corresponde al sistema político y económico donde la persona participa y que en este caso nos conecta con la relación que establece el usuario con el sistema público de salud, depositando en él la responsabilidad del cuidado y mantención de su salud. Por otra parte esta el **Mesosistema**, que corresponde al conjunto de instituciones que mediatizan y transmiten los valores culturales al individuo (comunidad, trabajo, escuela), donde nos encontramos con "el rol de trabajador de salud", que, desde el punto de vista del profesional, lleva implícita la "misión" de ser los "*responsables del cuidado y la salud de las personas*", e impedir el sufrimiento, el dolor y la muerte. Por último, el

**Microsistema** que se refiere al nivel de relaciones más cercanas al sujeto –la familia– al cual ya nos hemos referido.

En este sentido podemos observar cómo las indicaciones de los profesionales pueden responder a estas normas y valores culturales, sin embargo, en vez de ayudar al usuario a aclarar su conflicto, somos testigos de cómo va tomando decisiones cada vez más “erradas” sin tener conciencia de cómo sus propios juicios basados en estos valores culturales, contribuyen a ello.

Una forma en que el profesional podría ayudar al usuario a resolver este entramamiento, es permitir la libre expresión de los sentimientos y emociones que se relacionan con estas decisiones, en vez de contenerlas o reprimirlas (desde nuestros propios juicios o valores).

De acuerdo a lo anterior, se debe entonces, cambiar el foco de nuestras intervenciones, hablando de las emociones que llevan a las personas a actuar de tal o cual manera y no a hablar de por qué no se tomó el medicamento o por qué no siguió la dieta, ya que los “por qué” llevan a racionalizar y distraen de lo que la persona siente. A este respecto, Maturana (1997) señala que tendemos a centrarnos en el pensar lineal causal, inmersos en una cultura manipulativa en la que se cree que los problemas humanos son insuficiencias o limitaciones en el ámbito del conocimiento o información, y por lo tanto, solubles desde la racionalidad lineal causal; sin embargo, los problemas humanos ocurren en el dominio de las relaciones como conflictos de emociones, y se resuelven por lo tanto desde el emocionar, en la comprensión que surge desde la sabiduría, llevando un cambio de mirada, y no desde algún ámbito racional.

Principalmente estamos haciendo alusión a facilitar, en la interacción con el usuario, el centrarse sobre sus emociones, en las interacciones que establece,

que lo llevan a actuar de una forma determinada, más que centrarse en el procedimiento, que responde más bien al interés y perspectiva del profesional, pero que puede no tener mucho que ver con las necesidades y el conflicto del usuario, por lo tanto y poco será lo que pueda ayudarlo.

#### **Metodología y técnicas para facilitar Mayor conciencia sobre el origen vincular de los síntomas**

Los profesionales de salud que se dedican a la atención bajo el Modelo de Salud Familiar, pueden facilitar la contextualización de los síntomas de los usuarios, lo que permitirá mayor claridad para guiar las intervenciones.

Para ello, deben tener conocimientos teóricos sobre sistemas familiares, y no menos importante, se debe disponer de las condiciones institucionales y del tiempo adecuado para poder realizarlo.

A continuación, se ofrecen algunos ejemplos que pueden ayudar a la persona a vincular su motivo de consulta con sus emociones y el contexto en el cual éste se manifiesta. Esto NO implica abrir otros temas aparte del motivo de consulta, sino que nos ayudan a comprender mejor el síntoma, atendiendo a sus distintas dimensiones.

##### • Acogida

Algo que puede parecer obvio, que sin embargo, muchas prácticas enmarcadas institucionalmente pueden prescindir, es el lograr el contacto con el usuario, el que permite hacer sentir a la persona que el profesional esta interesado por ella y su motivo de consulta, por lo tanto se debe partir por saludar, preguntar el nombre y luego preguntar acerca de **¿por qué esta aquí?**.

##### • Contextualización

La respuesta de la persona debe ser escuchada con atención y en su totalidad, y a partir de ello se puede comen-

zar a “contextualizar” el motivo de consulta. Supongamos que el motivo de consulta es: *-me mareo y siento un zumbido en el oído...* Antes de comenzar a plantear posibles diagnósticos, antecedentes familiares u otros cuadros asociados, es este el momento preciso de hacer preguntas tales como:

#### **A) ¿Cuándo empezaron estas molestias? ¿Hubo algún cambio en esa época?**

Al hacer estas preguntas, la persona se ubica temporalmente en el contexto en el que surgen y/o surgieron sus síntomas y ayuda además a identificar situaciones y conflictos asociados a él. Nótese que el foco puesto aquí es que sea la persona la que se dé cuenta de ello (además del profesional que guía estas preguntas).

#### **B) ¿Cómo se explicó Ud. estas molestias cuando comenzaron? (es decir a qué lo atribuye ó cómo las interpreta en lo personal)**

Esta pregunta ayuda a sondear el grado de integración de la persona respecto a sus vivencias, emociones y pensamientos, y qué tan conectada está con las situaciones o conflictos relacionales que está viviendo. Además nos ayuda a comenzar a visualizar el “campo emocional o relacional” en el que esta persona se sitúa.

#### **C) ¿Qué ha hecho Ud. frente a estas molestias?; ¿Esto que Ud. ha hecho le ha dado algún resultado?**

Nos ayuda a conocer cuáles son las acciones que la persona ha realizado antes para enfrentar el síntoma, y que generalmente son muchas. Esto también nos indica lo que NO debemos sugerirle, ya que lo ha intentado. Las acciones realizadas por la persona tienen mucha relación con la “explicación” que ella tiene de sus síntomas, por ejemplo: *cuando me pasa esto me acuesto, o tomo un calmante o trato de relajarme, pensar en otra cosa etc.. y esto le ha dado resultado?... no, las molestias siguen, ó si, me da resultado por un rato... etc...*

**D) ¿Qué dicen o hacen las personas con quien Ud. vive acerca de sus molestias?**

Si la persona nos ha contado lo que ella hace frente al síntoma, es hora de contextualizarlo en sus relaciones, desde esta perspectiva es importante saber qué pasa con las personas con quienes ella vive cuando el síntoma aparece y si el conflicto dice relación con ello, el síntoma viene a mostrar dicha dificultad: *"bueno, ahora nadie me puede decir nada... como tengo estos mareos, me andan cuidando porque yo no puedo pasar rabias..."* o *"a mi esposo no le importa nada de lo que me pasa, yo le digo que me dan estos bochornos y el no me cree, dice que soy exagerada..."*

**E) ¿Cómo le gustaría a Ud. que reaccionaran ellos? ¿Que tendría que ocurrir para que Ud. no tuviera estas molestias?**

En la misma línea de lo anterior, esto permite identificar qué de la relación con ellos le molesta, le duele, qué quisiera cambiar o cómo le gustaría que fuera la relación. Ej.: *"a mi me gustaría que él se preocupara, que me trajera al médico y que les dijera a mis hijos que no me hagan pasar rabias..."*, o *"es que ellos no tienen tiempo, yo los entiendo que no me hagan caso"*. El profesional debe estar muy atento a lo que el paciente pueda comentar, recordar, vivenciar con estas preguntas, por dos motivos: el primero porque de ello puede lograr comprender cómo llegó la persona a presentar estos síntomas, con qué tienen que ver y qué debiera hacer la persona para estar mejor. En segundo lugar porque debe ser capaz de recordar y sintetizar estas vivencias, comentarios y recuerdos y presentárselos al paciente de manera que logre relacionarlos.

Al efectuar este tipo de preguntas el paciente sin duda puede emocionarse, llorar y tener un efecto catártico en él, de conexión con sus estados internos, lo que es muy saludable, liberador y favorecedor de mayor integración y conciencia. Si la persona logra hacer catarsis

(llorar, desahogarse) con el profesional, este hecho puede ser muy liberador y disminuir los síntomas, se debe aprovechar este momento para que el paciente vincule esto con la expresión de sus sentimientos y emociones, es decir hacer que reconozca que en la medida que pueda contactarse con ellos puede también aliviar sus síntomas.

Al asociar o vincular sus distintas respuestas a lo que se le va preguntando, se puede producir la misma situación y provocar asombro ante el hallazgo de algo nuevo, que le explica a la persona su situación en alguna medida.

Por otra parte, a la persona puede no ocurrirle "nada" de lo anterior, es decir que no se conecte y/o exprese dicha conexión. Hay que recordar que se cuenta con un tiempo limitado, lo que no significa que la persona no logre visualizar en ese momento el contexto que la está haciendo sufrir, y que puede que no desee reconocerlo ya que puede ser muy amenazante y no desee que "escarben" en su vida, volviéndose resistente. Como hemos visto, cuando ello ocurre se debe respetar dicha decisión y NO INSISTIR. Al contrario, se debe señalar que se comprende su situación, y decir por ejemplo que hay aspectos que duelen, yo en su lugar tal vez sentiría lo mismo... de hecho a mi me cuesta contar mis cosas a pesar de encontrarme mal y necesitar ayuda. A veces es preferible sufrir o soportar las cosas, sobre todo por la familia o por los hijos (es preferible tener síntomas). A veces la persona debe "cargar cruces" toda su vida (contar cuáles son las cruces del profesional), es decir el profesional debe hablar de él en forma honesta y real. El paciente aquí puede dejar de resistirse y desear abrirse o contar sus emociones y también desear ayuda terapéutica, psicológica, quizás sea el momento de ofrecer y derivar a terapia, siempre y cuando la persona este de acuerdo.

El profesional debe tener en cuenta en

todo momento que los síntomas físicos y psicológicos están siempre vinculados como causa y efecto a la vez de los conflictos comunicacionales de las personas...

Si nos situamos desde una perspectiva histórica en la vida de la persona, podríamos encontrar que existen estrategias previas que ha utilizado permanentemente para resolver sus problemas de salud, una forma de resolver que le es significativa y coherente con su historia de vida.

Sin embargo, al tener conocimiento de su diagnóstico, y consecuentes indicaciones tendientes a evitar las consecuencias de la patología, se le impone un cambio de hábitos de vida, de estilos diferentes de resolver sus problemas de salud, tienden a cortar o invalidar, o a descalificar sus estrategias sentidas.

La definición de su condición de enfermo es externa, es desde el profesional, los posibles riesgos a su salud no son palpables para él en este momento.

La persona tiende a actuar y tomar medidas principalmente cuando se siente mal, allí se le presenta la posibilidad de tomar mayor conciencia de lo que le está ocurriendo, por lo que no es extraño que acuda a buscar ayuda inmediata cada vez que se sienta mal y no tome decisiones consistentes y permanentes como sería de esperar

Cuando el profesional se centra en el síntoma y lo ve como "El" problema, o el objetivo de la intervención es poco probable que el usuario pueda asumir una responsabilidad sobre él, primero porque el síntoma ya está lo suficientemente descontextualizado para él, le parece algo extraño, muchas veces sin causa aparente y del que no tiene control alguno, aunque lo desee, ¿cómo pedirle entonces que lo controle?

En definitiva, lo que permitirá a los usuarios lograr mayor conciencia sobre

## ACTUALIZACIONES EN CLÍNICA

el contexto en el que se presentan sus síntomas y, por lo tanto, la posibilidad de enfrentarlos de otro modo, si así lo elige, es la **relación** que establece con el profesional de salud, basada en una reflexión acerca de sus vínculos con los diferentes sistemas con los que interactúa. Dicha relación, de alguna manera favorecerá en el usuario la capacidad para observar qué elementos de su entorno se asocian con la aparición y mantención de sus síntomas, así como con sus conductas y hábitos respecto a su salud.

Lo anterior tiene que ver con reconocer y valorar el significado que tiene para la persona la enfermedad y el cambio, y por ende, a partir de ello, ella podrá definirse o asumir una cierta postura, “empoderarse” frente a su situación de salud una vez que haya podido asignarle

un significado personal. A partir de este momento, la decisión de intentar cambiar o no su situación de vida, depende de él, ya no “padece” de algo desconocido, y por lo tanto fuera de su alcance, ahora ya es conocido y tanto él como el profesional, están de acuerdo, por lo tanto, es muy difícil volver atrás y “padece”. Por otra parte, la responsabilidad frente a la solución de los conflictos y al problema son más compartidos y consensuados entre ambos, donde el profesional debe por lo mismo, “aceptar” las decisiones del usuario, confirmarlas como tales, reafirmar a la persona en su rol de hacerse cargo de su situación.

### REFERENCIAS

1.- Apuntes Curso: Teoría de Sistemas Naturales y Familia, año 2001, Universidad

de Chile, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Psicología. Chile

- 2.- Apuntes Diplomado Estrategias para el Desarrollo de la Familia. Universidad Alberto Hurtado. 2003. Escuela de Psicología, Área Infancia CIDE. Chile
- 3.- BOWEN M. De la familia al individuo. Editorial Paidós, Barcelona, 1991.
- 4.- BRONFENBRENNER U. La Ecología del Desarrollo Humano, Editorial Paidós. Barcelona, 1987.
- 5.- MATURANA H. La Objetividad, un argumento para obligar. Editorial Dolmen Ensayo. Chile, 1997.
- 6.- WATZLAWICK P et al. Teoría de la comunicación humana; interacciones, patologías y paradojas. Editorial Herder, Barcelona, 1983.
- 7.- WATZLAWICK P et al. CAMBIO; Formación y solución de los problemas humanos. Editorial Herder. 1995.