

The title 'área' is written in a black serif font. A large, stylized number '3' is positioned to the right of the 'área', partially overlapping it. A green triangle points from the top left towards the '3'.

área 3

n<sup>o</sup> 2

primavera  
1995

**una mirada**

**psicosocial**

**sobre el acto médico**

**Cuadernos de temas grupales e institucionales**



# área 3

## Cuadernos de temas grupales e institucionales

---

**Edita:** Centro de Estudios Sociosanitarios. Redacción: C/ Saúco,1, 2º-3. 28039 Madrid.  
Teléfono: 91/ 311 27 93

**Equipo de Redacción:** Antonio Tarí, Emilio Irazábal, Federico Suárez.

**Consejo Directivo:** Ana Távora, *psiquiatra*; Antonio Tarí, *psiquiatra*; Diego Vico, *psiquiatra*; Emilio Irazábal, *psicólogo*; Federico Suárez, *psicólogo*; Javier Segura, *médico especialista en salud pública*; Javier Serrano, *médico psicoanalista*; Teresa Yago, *ginecóloga*; Violeta Suárez, *psicóloga*; Yolanda Sanchis, *psicóloga*.

**Consejo Editorial:** Ana Sánchez-Migallón, *psicóloga*; Dolores Lorenzo, *psicóloga*; Francisco del Río, *crítico de arte*; Raúl Cifuentes, *médico*; Esteban Merchán, *psicólogo*; Leonel Dozza, *psicólogo*; Juan Carlos Verdes-Montenegro, *médico de familia*; Juan Jesús Herreros, *psiquiatra*; Carlos Domínguez, *psicoterapeuta*; Manuel Ladero, *historiador*; Fernando Lorente, *médico de familia*; José Luis Cantalapiedra, *enfermero*; Pedro Gómez-Cornejo, *poeta y educador de adultos*; Carmen Lafuente, *psicóloga*; María Asín, *psicóloga*; Ana Martínez, *psiquiatra*; José María López, *psiquiatra*; Carmen Albéniz, *enfermera y psicóloga*; Beatriz Bullón, *médico de familia*; Olga Martínez, *enfermera*; Milagros Ramasco, *enfermera y socióloga*.

**Edición/Diseño/Realización:** A. A. Díaz.

**Fotografías:** José M. Esteban Leiva.

**Imprime:** Dincolor. c/ Andrés Obispo, 37. 28043 Madrid.

**ISSN:** 1134-9999

**Depósito legal:** M-24122-1994

Los artículos publicados son propiedad de los autores.  
El CESS no se hace responsable de las opiniones en ellos expresadas.

---



Asociación para el Estudio de Temas Grupales,  
Psicosociales e Institucionales

## AREA 3. CUADERNOS DE TEMAS GRUPALES E INSTITUCIONALES

(ISSN 1886-6530)

[www.area3.org.es](http://www.area3.org.es)

Nº 2 – Primavera 1995

### S U M A R I O

EDITORIAL 3

A VUELTAS CON ...  
una mirada psicosocial sobre el acto médico

El problema de las decisiones en oncología 7

*José Expósito*

La concepción de la salud y la enfermedad en el  
centro de salud ¿Modelo organicista o modelo integral? 27

*Juan Carlos Verdes-Montenegro*

Apuntes sobre la relación médico-paciente en medicina general 31

*Manuel del Castillo / Ángel Antoñanzas*

Comentarios a la comunicación médico-paciente  
en atención primaria de salud 37

*Fermín Quesada*

### MATERIALES

La noción de comunidad y el equipo de salud 41

*Javier Segura*

Teoría de los grupos y familia 58

*Armando Bauleo*

El grupo como espacio privilegiado del pensamiento 65

*Liliana Checa*

#### VIDA COTIDIANA

Reflexiones sobre un caso que no se fue de vacaciones 72

*María del Carmen Carrión*

La cuestión del voluntariado en Cataluña 75

*Colectivo Crítico para la Salud Mental.*

*Grupo de Barcelona*

#### CRÍTICA BIBLIOGRÁFICA

79

---

***"Es lógico pensar que una teoría de las saludes debería tener en cuenta la totalidad de los vínculos del organismo y el medio y, en consecuencia, los determinantes "psicológicos"; el organicismo teórico, que tiende a explicar todos los desórdenes somáticos o psíquicos en función de procesos somáticos, es una posición anticuada."***

D. LAGACHE: La psicología: conducta, personalidad, grupo (1951)

***"... por el contrario, afirmamos y sostenemos operativa, prácticamente, que el más alto grado de eficiencia en una tarea se logra cuando se incorpora sistemáticamente a la misma al ser humano total."***

J. BLEGER: *Grupos operativos en la enseñanza* (1961)

Aunque ya han pasado bastantes años desde que Lagache y otros señalaran las limitaciones de los fundamentos del discurso médico imperante, la hegemonía del organicismo teórico y práctico no ha parado de crecer y crecer. Si bien ha habido periodos en los que ciertos planteamientos más humanistas han tenido mayor eco dentro de la profesión médica, actualmente parece difícil y necesario seguir sosteniendo y profundizando las limitaciones de este discurso.

Muchos de los fenómenos que suceden en el campo de la relación asistencial médica son analizables en función del momento histórico social en el cual esa práctica se inscribe.

Diríamos que, actualmente, el médico funciona bajo un tipo de racionalidad automática, en la cual la tecnología (la máquina como ideal) determina automáticamente la forma de organización asistencial.

El esquema referencial médico, así orientado, escotomiza como innecesario el contexto o la situación, esto es, que el acto médico es antes que nada una relación intersubjetiva, social. Eliminando esto se sustraen a la posibilidad de comprensión de muchos de los fenómenos que van aparecer en su práctica médica y que tienen que descartar como "irregularidades".

En ese proceso de deshumanización del paciente y de sí mismo, el médico solo puede ver el cuerpo del paciente como un campo de regularidades o alteraciones biológicas, negando como recuerda Bleger que el cuerpo también es una de las pantallas en las que el sujeto puede expresar sus vínculos, sus conflictos psicológicos y sociales.

Un observador con tal perspectiva cumple inconscientemente una doble operación:

- Interpone una distancia entre él y el sujeto a asistir, lo que puede llevar a imprecisiones diagnósticas incluso en el estricto sentido médico-biológico por la escasez de investimento (según el diccionario de María Moliner, conferir, dar dignidad) del paciente.
- Opera una separación entre globalidad de la persona y su enfermedad, que tiene como resultado el aumento de las conductas defensivas como la disociación, a la vez que empobrece el pensamiento del paciente sobre él mismo. Tal enfoque expropia las

conductas que la persona pudiera instrumentalizar para la recuperación de la salud y la prevención de la enfermedad.

Observamos cómo un problema de salud de importancia creciente en las sociedades actuales desarrolladas (V. Navarro lo señalaba de nuevo hace poco en un artículo en El País) es el predominio' de las enfermedades crónicas.

Sin embargo, el quehacer médico es aún conceptualizado como una intervención puntual. Esta concepción es válida todavía en algunas situaciones médicas, pero su predominio en el momento actual, responde a una pauta estereotipada adecuada a otras circunstancias históricas de la medicina.

Ideas como proceso, recuperación, proyecto, que implican un cambio en la concepción temporal de la intervención médica, tendrán que entrar a formar parte del lenguaje profesional si queremos dar cuenta del trabajo que realizamos.

Otra consecuencia del carácter crónico de los padecimientos es que imponen al paciente, pero también al médico, el con-vivir con la enfermedad. De hecho muchas demandas de los pacientes, podrían ser entendidas como una llamada a compartir (con un experto) esta convivencia con la enfermedad.

Muchas veces el desorden que introduce este tipo de llamada es abordado a través de protocolos que contienen y reconducen esta tensión a un modelo no disonante con el esquema referencial previo. También el protocolo puede tener la ventaja de poner sobre el tapete algo que la espontánea contratransferencia llevaría a rechazar o escotomizar, además de permitir la gestión, el control y la evaluación.

Queremos subrayar la situación de aprendizaje en la cual se halla inserto el profesional donde él y el paciente entran en un proceso de interacción y comunicación. Observaremos, por ejemplo, la influencia que su actitud -la forma de transmitir los mensajes, la contratransferencia, etc.- tiene sobre el modo en que el paciente manejará o gestionará su enfermedad, así como la necesaria comprensión de lo que la enfermedad significa para el paciente.

¿En qué medida el cuidado, atención o seguimiento de ese significado es competencia del médico o debe compartirse en un equipo? ¿Puede aprender el médico del paciente, de la relación con él y no sólo de sus síntomas?

Asistimos a una reacción, frente a los conflictos y problemas en los que se halla inmersa la institución médica, consistente en una "huida hacia delante" en el proceso de idealización de la medicina. Como toda conducta defensiva termina por agravar la angustia más que resolverla.

Esta idealización provoca una dificultad suplementaria en el proceso de elaboración, y afrontamiento de los sentimientos persecutorios que acompañan todo dolor, malestar, limitación y muerte, generando una mayor hostilidad contra la institución y sus

representantes cuando esta y éstos no cumplen las expectativas idealizadas. Algunos nuevos fenómenos como "la medicina defensiva" son atravesados por estos procesos.

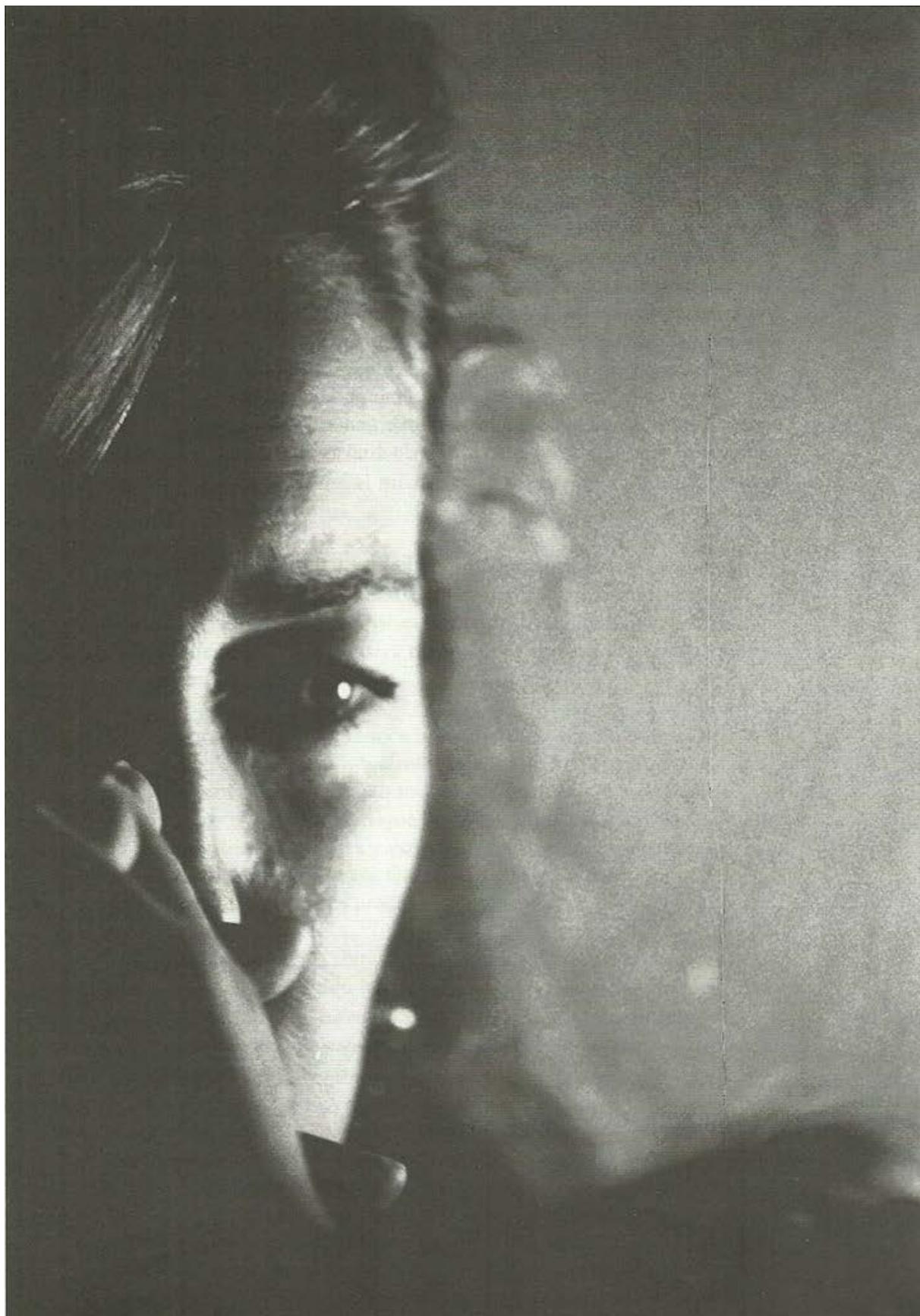
De otro lado, las respuestas a algunos de los interrogantes que aquí hemos esbozado ha sido apelar a un genérico enfoque bio-psico-social. Éste ha servido en ocasiones para una mayor fragmentación del malestar del paciente así como una serialidad de intervenciones desconexas.

Generalmente cuando se recurre a la utilización de lo social como terapéutico observamos actuaciones colaterales al acto médico, realizadas por profesionales jerárquicamente subordinados, reproductores en muchos casos de un rol cuasi- médico y donde el fármaco es sustituido por la ayuda social. Nunca lo colectivo es utilizado como recorte articulador y participativo entre lo individual y lo social. Lo institucional, concretamente la institución tratante, los roles tales como son desempeñados por los profesionales, los esquemas referenciales... con los que abordamos las problemáticas, son excluidos de este social.

Sostenemos la importancia del reconocimiento y la utilización terapéutica de las dinámicas relacionales e institucionales. Desde este planteamiento pensamos que las preguntas sobre la posibilidad del trabajo en equipo, entendido como la posibilidad de hablar, reflexionar e intervenir en torno a la atención del paciente, aunque cada uno realice tareas específicas diferentes, y sobre las relaciones con otros profesionales, son más interesantes que apelar a un común enfoque bio-psico-social.

Sostener la tensión de esta colaboración favorecerá la construcción de una epistemología convergente como respuesta a nuevas problemáticas que necesitan de nuevas actitudes y nuevas aptitudes.

EL EQUIPO DE REDACCIÓN



# El problema de las decisiones en oncología

*José Expósito Hernández (1)*

***El autor analiza los distintos factores que pueden determinar y conformar las decisiones que toma el médico oncólogo en su práctica.***

***Muestra una imagen del médico inmerso en tensiones y condicionantes a los que suele prestar poca atención y esfuerzo de análisis.***

***Como consecuencia de estos datos, el autor propone variaciones en la tarea médica, tanto de orden metodológico como conceptual, sugiriendo aperturas a conocimientos de carácter psicosocial.***

## 1. Introducción

El cáncer supone uno de los problemas sanitarios más importante en los momentos actuales, al que consecuentemente la sociedad dedica esfuerzos considerables. Como en otros casos de similar trascendencia, su cuantificación resulta compleja (información difícil de adquirir e interpretar). Y sin embargo, una evaluación de los resultados exige un riguroso análisis de los datos de que disponemos. Si nos atenemos a las cifras de mortalidad que provoca, corregida por el tamaño de la población y por la edad (indicador adecuado cuando se analiza su comportamiento a lo largo del tiempo) (1), los éxitos terapéuticos han sido bastantes escasos: en datos referidos a EE.UU., existe un moderado y constante aumento en la mortalidad por cáncer entre los años 62 y 82, cuando se incluyen todos los grupos de edad. En nuestro país las tasas específicas por edad son ascendentes a medida que avanzamos en los grupos de edad, y el índice incidencia/mortalidad permanece estacionado desde varias décadas (2). La población infantil es la única que registra cifras incuestionables de descenso en la mortalidad (3), al igual que ciertos tumores del adulto poco frecuentes (linfomas, testículo, enfermedad trofoblástica...).

Resulta de todo ello una considerable desproporción entre la inversión que la sociedad hace para luchar contra la enfermedad en sus múltiples facetas, y los resultados que se derivan. El análisis de todas las causas que originan este desajuste puede resultar prolijo y queda fuera de nuestro objetivo: existen dificultades que se relacionan con la propia complejidad de la biología tumoral y su variado comportamiento. Las causas evitables del cáncer que se cifran en torno al 60-70% de los casos no son tenidas adecuadamente en cuenta por la sociedad y los gobiernos que se resisten a cambiar ciertos hábitos de vida (4).

---

<sup>1</sup>José Expósito Hernández es médico oncólogo. jefe de Sección de Oncología Radioterápica. Servicio de Oncología. Hospital Virgen de las Nieves. Granada

Este escrito se ha visto mejorado de forma sustancial con las aportaciones de A. Fernández, A. Távora y E. Murillo, a quienes agradezco la paciencia. A Leonor Cáceres le quedo muy agradecido por la elaboración del manuscrito.

En competencia con lo anterior, nuestro análisis nos lleva a evaluar la parte de responsabilidad que como profesionales sanitarios tenemos, habida cuenta de la gran autonomía de que disponemos para definir las estrategias contra la enfermedad, al menos en su fase terapéutica.

El manejo del paciente con cáncer se acompaña de la adopción constante de decisiones sobre las alternativas posibles en cada momento. Todas estas decisiones se producen como consecuencia de la interacción entre las *evidencias científicamente asumibles* de que disponemos y una serie de *tensiones o condicionantes* de variada índole. Esta confrontación no produce siempre los mismos resultados y así se explica cómo un mismo tratamiento o un test diagnóstico puede llegar a utilizarse de forma muy desigual por distintos grupos de trabajo.

Nuestra capacidad para cambiar o no el curso de la enfermedad depende de que estas decisiones sean o no las correctas en cada momento. Subrayar este hecho es abundar en la complejidad del problema al que añadimos nuevas variables (controlables o no) y asumir que nosotros estamos *dentro* de esta abigarrada situación. Las incertidumbres que gobiernan muchas de nuestras decisiones merecen ser cuantificadas si queremos dar a nuestra práctica un sentido más real de utilidad.

El presente trabajo, fruto de la reflexión sobre la experiencia clínica, tiene como finalidad ayudar al análisis de una metodología que nos permita progresar en este sentido.

## **2. Tratamientos oncológicos**

Los clínicos nos hemos acostumbrado a distinguir entre tratamientos curativos, paliativos y medidas de soporte, aún siendo conscientes de que la separación de estos conceptos no siempre es nítida. Así, una vez diagnosticado un enfermo como portador de un proceso canceroso generalmente se le ofrece un tratamiento cuya intención es erradicar la enfermedad, y que casi siempre contempla la conjunción de una medida radical (aunque conservadora de la función en ocasiones) a la que sigue cada vez con más frecuencia un tratamiento adyuvante de radio, quimio, hormonoterapia o una combinación de ellas. Una recaída de la enfermedad puede obligarnos a un nuevo curso de tratamiento (radical más adyuvante) caso de existir posibilidades de rescate para el paciente, o proporcionar un tratamiento que denominamos paliativo y cuya finalidad no es alcanzar la curación sino aminorar los síntomas del proceso. Esta misma es la filosofía del tratamiento que aplicamos a aquellos pacientes que ya de inicio traen una situación para la que no disponemos de medidas suficientemente eficaces. Utilizamos además una gran variedad de medidas tendentes a servir de soporte al paciente para proporcionarle una mejor recuperación de los efectos tóxicos de los tratamientos específicos, o un mejor manejo de los síntomas del enfermo avanzado.

En la mayoría de los centros estas prácticas han dado lugar a la elaboración de múltiples *protocolos de estudio y tratamiento*, gracias a los cuales disponemos de guías válidas para la mayoría de las situaciones que pueden incluirse bajo la denominación de estándar. Nos permiten además tener un lenguaje para comunicar nuestras experiencias y resultados. Desafortunadamente se presentan a diario ocasiones en las que carecemos de protocolo o en las que no podemos aplicar los disponibles. En tales casos las posibilidades de que actuemos siguiendo criterios arbitrarios o subjetivos son muy elevadas. Una salida, llamémosle de calidad, frente a esta situación, consiste en el diseño de ensayos clínicos controlados (5). En cambio, la salida más frecuente, hace que nos decidamos por el empleo de un tratamiento de eficacia no suficientemente probada, pero que sin embargo nos resulta razonable o apropiado para en ese caso concreto, aún sin desconocer que su evaluación será difícil o poco rigurosa. En menos ocasiones renunciamos a ofrecer algún tratamiento específico y nos decantamos finalmente hacia medidas de apoyo o sintomáticas.

Por motivos que posteriormente tendremos ocasión de comentar, la literatura especializada ha ido en los últimos años llenándose de conceptos como calidad de vida, coste/beneficio, coste/eficacia, consideraciones éticas, etc. (6). Una primera lectura podría representar la reflexión de los propios profesionales (sanitarios o no) acerca de nuestras propias actuaciones y sus resultados en una sociedad compleja y desigual (sociedad del bienestar que convive con bolsas de pobreza).

### **3. Los componentes de las decisiones en oncología**

El progreso en el control del cáncer resulta tremendamente laborioso y, salvo determinados hitos de más o menos rápida aplicación, a la altura de los conocimientos en que nos encontramos, no son previsibles mejoras espectaculares en los índices terapéuticos en presencia de una enfermedad en fase clínica (ganancias del 2 al 5 por 100 en la supervivencia) (7). Ante un paciente concreto, nuestra manera de operar se inicia con la adopción de un primer tratamiento que consideramos válido. A él llegamos a través de los datos que nos han proporcionado las series históricas de pacientes con similar situación clínica, o bien a través del proceloso camino que va desde la investigación básica al estándar terapéutico (gold standard). Dicho proceso lleva implícito, desde una correcta metodología, enfrentar una opción que se ha mostrado válida pero que nos resulta insuficiente, con una nueva de la que esperamos una mejoría objetiva en los resultados, medida, según los casos, como aumento del intervalo libre de enfermedad, la supervivencia, el tiempo libre de síntomas, etc.

### 3.a. Las evidencias científicas en nuestras decisiones

Cuando el conjunto de datos disponibles nos hace valorar positivamente un nuevo tratamiento, lo consideraremos el tratamiento estándar; cuando esta mejoría es especialmente remarcable en términos cuantitativos, probablemente se adoptará como el idóneo durante bastante tiempo. Si, por el contrario, ésta no parece suficiente, pronto se intentará un nuevo "enfrentamiento", reproduciéndose la cadena.

Denominamos *evidencia científica* a la situación definida por la existencia de suficientes datos como para que la comunidad científica encuentre suficientemente probado un determinado hecho (el tratamiento A es mejor que el tratamiento B y debe ser utilizado en todos los casos). Sin embargo, si revisamos los párrafos anteriores, es posible que distingamos varios niveles susceptibles de incorporar errores. Estos tienen que ver, entre otros, con:

- **Problemas metodológicos.** La utilización de series históricas como brazo control en nuestras observaciones encierran considerables objeciones metodológicas (8). La comprobación de dichos resultados en nuestro medio suele hacerse de forma parcial, asumiéndose la validez externa de los mismos. Así, por ejemplo, resulta habitual importar técnicas quirúrgicas pretendidamente buenas, y considerar, de entrada, idénticas posibilidades de éxito con independencia del aprendizaje necesario y, en su caso, los medios reales a nuestro alcance. Este hecho cobra especial relevancia frente a técnicas verdaderamente sofisticadas en las que se precisan amplios equipos multidisciplinares (trasplante de médula, grandes cirugías...). Nos referimos tanto a la reproductibilidad de los resultados (9) como al uso de tratamientos que han sido validados *exclusivamente* por el hecho de ser utilizados.

Son, sin embargo, mucho más frecuentes los errores en la adopción de tratamientos estándar que provienen de la investigación clínica. Los imperativos metodológicos son aquí más rígidos y, por tanto, más vulnerables, sobretodo en referencia al tamaño muestral y a la medida de las propias variables cuyo comportamiento pretendemos estudiar. Se precisa reunir una gran cantidad de pacientes para poner de manifiesto ligeras mejoras de los resultados (10) como los que razonablemente cabe esperar <sup>(2)</sup>, habitualmente requieren además prolongados periodos de observación. *Ello justifica la actitud general de dar respuesta a problemas marginales poco relevantes o de poco impacto, pero plausibles metodológicamente* <sup>(3)</sup>.

---

<sup>2</sup> La mejora introducida por el uso de Tamoxifeno en el cáncer de mama en pacientes postmenopáusicas se cifra en un 7%, considerándose unos de los mejores resultados obtenidos desde la introducción de la mastectomía radical. Para llegar a esta conclusión han sido necesarias más de 3000 pacientes seguidas durante más de 10 años (11).

<sup>3</sup> En 1981 fueron listados más de 1574 ensayos en fase II-III por el Instituto de Cáncer de EEUU que estaban siendo llevados a cabo en ese período (12). El número de ellos que tendrán relevancia clínica es inferior al 5%.

- **Problemas no metodológicos.** Existen dificultades no estrictamente metodológicas que se presentan en relación a la evidencia que sustenta nuestras decisiones. Por ejemplo, los umbrales de exigencia con que estamos dispuestos a aceptar los datos de que disponemos son poco rígidos y se modifican ante situaciones clínicas de especial gravedad o frecuencia. Coincide que, en tales casos, los propios datos muestran poca consistencia desde un punto de vista metodológico (13). Cuando la mejora que se pretende introducir atiende a casos que nos preocupan especialmente (pacientes jóvenes, por ejemplo), es frecuente que se adopte como tratamiento estándar, incluso obviando las fases de comprobación (ensayos randomizados) y sin introducir criterios de utilidad (punto de vista del paciente) (14).

El uso extendido de una determinada aproximación terapéutica hace que en la práctica se confunda el tratamiento considerado estándar con lo que debiera ser un tratamiento estrictamente de ensayo. En nuestro medio, donde el paciente carece de una adecuada información de su enfermedad (15), el uso del consentimiento informado no siempre se da, con lo que se facilita esta confusión. Este hecho es más preocupante si se piensa en la cada vez más dispersa atención al paciente oncológico en nuestros hospitales, en los que existen muchos Servicios que tratan a estos enfermos. Los intereses de los pacientes pueden chocar con una mal entendida libre prescripción de los médicos, sin que existan en este momento mecanismos válidos para obviar este problema. Han aparecido numerosas comunicaciones que avalan lo que decimos: quimioterapia neoadyuvante en cabeza, cuello y vejiga, tratamientos de cáncer de pulmón (16, 17, 18).

Resulta muy frecuente encontrarnos con situaciones en las que carecemos de una regla precisa de tratamiento, y en ellas, generalmente, el peso de unos pobres resultados nos resulta aún más inquietante. Como ya mencionamos, en tales casos nuestra práctica se hace más débil. Cuando no estamos en condiciones de responder mediante un ensayo clínico, nos inclinamos por un tratamiento que en esa situación nos resulta adecuado. Con frecuencia ignoramos que la peor opción que podemos ofrecer a un paciente concreto es aquella que sólo va a poder ser evaluada con criterios subjetivos por nuestra parte, y que por tanto, contribuirá muy escasamente a esclarecer los verdaderos beneficios del tratamiento (19) (4).

Podemos, pues, hacer evidencias científicas lo que son en realidad conjeturas científicas, y consecuentemente, convertir en tratamiento estándar lo que son en realidad tratamientos de eficacia no probada. La situación paradigmática de lo que venimos diciendo, queda reflejada en lo que podríamos denominar tratamientos blandos o de soporte. Se trata en general de medidas no antitumorales en sentido estricto pero que se asocian casi por

---

<sup>4</sup> La idea de que si el paciente responde al tratamiento tendrá una más larga supervivencia, tan habitual en estas circunstancias no deja de ser una simple sobrevaloración de los resultados al no tener en cuenta el tiempo real en que se alcanza la respuesta (20).

sistema a los tratamientos oncológicos y que vienen avaladas por su escasa toxicidad. Precisamente por ello, por el escaso peso de los efectos indeseables, su uso es cada vez más extendido: inmunomoduladores, analgésicos, bioestimulantes, antieméticos, factores de crecimiento etc... son de uso por todos aprobados sin que, en ocasiones, su utilidad haya sido contrastada. Volveremos sobre ello al analizar las implicaciones económicas de nuestras decisiones, así como las demandas sociales de aumento en la calidad de vida.

### 3.b. Tensiones o condicionantes en nuestras decisiones

No tomamos decisiones en oncología sólo porque disponemos de evidencias que consideramos ciertas. El final del proceso decisorio es el resultado de la confrontación entre ésta y una serie de tensiones, algunas más manifiestas que otras, que con fines exclusivamente operativos vamos a dividir en científicas, culturales, económicas y personales. Muchos elementos de esta parcelación un tanto arbitraria se solapan en la práctica.

- **Tensiones científicas.** Nuestra práctica sanitaria ha de entenderse en el contexto de una determinada concepción de la Ciencia. Esta determinación se canaliza a través de la formación que recibimos y dan como resultado *una definida corriente de pensamiento*, y es de acuerdo con ella que intentamos dar respuestas a una serie de preguntas científicas, y obviamente, no a otras. Utilizamos para ello una metodología y rechazamos otras. Nuestra formación se desarrolla además en un contexto histórico y cultural concreto en los que los avances en una dirección no ocurren porque sí. Fleck describe este hecho elocuentemente a propósito de la sífilis al señalar cómo el test de Wasserman supuso además de un método para diagnosticar la enfermedad, la prueba de la *sangre corrupta* del sífilítico, en consonancia con una moral recriminadora de las conductas sexuales consideradas desviadas (21).

La priorización de las preguntas ante los hechos que desconocemos se ordena de forma coherente con esta corriente de pensamiento. Ello explica nuestra especial reticencia a cambiar, por ejemplo, tratamientos que se han mostrado claramente desfasados o ineficaces (por ejemplo mastectomía frente a tratamiento conservador del cáncer de mama), o la insistencia no justificada en determinadas líneas de quimioterápicos (mono frente a poliquimioterapia, dosis altas frente a bajas). Aún sabiendo la verdadera magnitud y relación tabaco-cáncer de pulmón, y con independencia de otros factores no estrictamente sanitarios, las pruebas deberán esperar hasta que nuestro interés pase a posiciones más salubristas.

Estas líneas de pensamiento se perpetúan a través de la *fabricación y gran proliferación de círculos de difusión científica* (revistas de diferentes ámbitos, monografías, resúmenes de congresos...) *así como por el desarrollo de verdaderos incentivos pseudo-científicos* (comunicaciones, pagos por ciertas investigaciones, asistencia a congresos...). Ambos mecanismos se relacionan estrechamente y dan como resultado, de una parte, que

nuestras investigaciones clínicas se dirijan hacia problemas o aspectos de problemas manifiestamente secundarios por su magnitud. En segundo lugar, a considerar la investigación como un fin en sí mismo, alejada en términos reales de su objetivo inicial (responder a una determinada pregunta) <sup>(5)</sup>. Una última consecuencia es nuestra escasa dedicación a investigar sobre los resultados que producimos con nuestras estrategias. Una reciente revisión de la literatura publicada por grupos de trabajo españoles mostraba una proporción inversa entre los tumores más investigados en nuestro medio y la morbimortalidad de los mismos. A la luz de estos datos, no parece existir, una clara relación entre problemas sanitarios y el objeto de nuestra investigación (22).

En resumen, nuestra formación configura un sistema de pensamiento desde el que se generan ciertas hipótesis e intereses (y no otros). Esta corriente se perpetúa y extiende a través de círculos de difusión bien definidos. El incentivo pseudocientífico de aumentar nuestro currículum abunda en ese sentido y condiciona en cierta manera nuestras decisiones que intentarán adaptarse más a nuestros intereses que a los de los pacientes (23).

• **Tensiones o condicionantes económicos.** Las motivaciones de tipo económico están ineludiblemente presentes en la mayoría de nuestras decisiones, aunque no siempre estemos dispuestos a aceptarlo. Como médicos, somos los responsables directos de un elevado porcentaje del gasto del PIB de cualquier Estado (el 10% en el caso de España), consumiendo a través de nuestras decisiones, importantes cantidades de bienes y recursos (23). El problema del cáncer resulta de especial relevancia dado que en torno a él, su diagnóstico y su tratamiento, se desarrolla una gran parte de la tecnología sanitaria que después será aplicada en otras áreas de la Medicina, como lo demuestra por ejemplo, los avances en el diagnóstico por imagen (tomografía axial, resonancia nuclear magnética, medicina nuclear). Al ser, además, una patología de elevada morbimortalidad, sufre con menos rigor las restricciones económicas impuestas en otras áreas. Existe, por ejemplo, en la mayoría de las Comunidades Autónomas, planes especiales para su atención, cuyo desarrollo ha seguido desigual fortuna.

La situación del médico es especial en este contexto, debido a su capacidad de generar e inducir una cierta demanda en los pacientes, los cuales desconocen sus propias necesidades a la hora de consumir servicios de los que esperan una mejora en su salud. Aun en el caso de un total conocimiento del diagnóstico por parte del enfermo con cáncer, siempre existirá una desigual información a favor del médico, cuyas indicaciones no pueden ser discutidas (aunque sí rechazadas) por el enfermo. Dada la condición social del médico en nuestro medio, si podemos influir positivamente en la prevención del cáncer de mama,

---

5 Las páginas de las revistas especializadas están llenas de resultados que abundan en la retórica del método de investigación como objetivo final: el método cuyo resultado es mejorar un método previo que fue a su vez el resultado de una mejora anterior. La investigación radiobiológica es bastante demostrativa de lo que estamos diciendo si intentamos relacionar la ingente cantidad de literatura al uso con los cambios prácticos alcanzados en los últimos años.

podemos también hacer aumentar la necesidad de la población en demandas de atención o en el consumo de un determinado medicamento. Al contrario a lo que cabría esperar, estamos secularmente separados de la definición de políticas sanitarias, así como del control del gasto que generamos, como si de hecho pudiera entenderse cualquier intento de racionalización en materia de salud separado de una modificación sustancial en nuestras decisiones cotidianas (24).

Sin que pueda atribuírsele el origen de todos los males, resulta claro el papel que la *industria farmacéutica*, entendida en su sentido más amplio, tiene de hecho a la hora de condicionar las decisiones en oncología. Como señala acertadamente V. Ortún: "Entre las alternativas de intervención que pudiera tener un problema sanitario, recibe mayor atención investigadora aquella que resulte más susceptible de ser comercializada, siendo rechazadas aquellas que menos inversiones rentables sean capaces de generar o que más puedan cuestionar la organización social" (25).

Aunque conocemos el ánimo lucrativo de la industria farmacéutica, admitimos con facilidad que sus esfuerzos en investigación son responsables de una parte sustancial del desarrollo de la oncología. Sin embargo, hemos así mismo de reconocer, que la información sobre la que basamos nuestras decisiones (incluso algunas de nuestras evidencias) son el producto sesgado de muchas de las líneas desarrolladas por ella. Nuestra práctica clínica puede convertirse en el aliado perfecto de estos tipos de intereses, en muchos casos alejados de los del propio paciente, en la medida en que de forma acrítica asumimos estas influencias (6).

El círculo de las presiones económicas se cierra sobre nuestras decisiones diarias: 1) la industria nos proporciona una gran parte de nuestro arsenal terapéutico; 2) nosotros somos capaces de incluir la demanda de ciertos bienes sanitarios sin control riguroso sobre el gasto que ello ocasiona, recibiendo incentivos que no son capaces de proporcionarnos nuestras propias instituciones o nuestro propio trabajo (congresos-permios, ascenso social...); 3) La presión social se alía en este sentido al hacer de los medicamentos un objeto más de consumo. Los datos sobre ensayos clínicos en España demuestran... "que se eligen los campos de investigación según las previsiones de consumo" (26)(7).

• **Tensiones o condicionamientos socioculturales.** A pesar de que una lectura objetiva de los verdaderos éxitos conseguidos por los tratamientos médicos para modificar el curso de la enfermedad deberían situarnos en posiciones escépticas (27), lo cierto es que los

---

<sup>6</sup> En un hecho que la mayoría de los ensayos que hoy estamos llevando a cabo han sido suscitados por la propia industria y más de la mitad de los que son rechazados por el propio Ministerio de Sanidad lo son debido a la falta de datos relevantes que dichas investigaciones proporcionarían (26).

<sup>7</sup> Tras un rico período de investigación farmacológica que tuvo su fruto en el uso generalizado de las antraciclinas o del cisplatino, hemos asistido a una vertiginosa expansión de la inmunología aplicada al campo terapéutico. El resultado ha sido, de una parte, la introducción de la ingeniería genética y la biología molecular al campo de la producción de medicamentos, y de otra, la presencia de múltiples agentes de variado mecanismo de acción. Aunque los resultados son aún preliminares, cabe señalar que salvo excepciones, (como la leucemia de células peludas) resultan pobres y, sobre todo, caros.

sanitarios participamos complacientes en el círculo de la actuación segura, mediante la cual definimos nuestra actitud frente a la salud centrada en la curación-medicalización más que en la atención. Frente al cáncer, la sociedad se muestra de forma ambigua. De una parte, es capaz de asumir grandes sacrificios (mutilaciones, morbilidad...) en condiciones de salud precaria para conseguir mejoras discretas pero necesarias (años de vida e incluso meses). En consecuencia, y en modo creciente con el desarrollo de la sociedad, se nos reclama que actuemos: *la tendencia a tratar y ser tratadas* a la que alude Cochrane (28). Es interesante señalar cómo la proporción de tratamientos presuntamente curativos, aumenta con el grado de desarrollo de la sociedad (19).

De otro lado, sin embargo, la misma sociedad presenta una gran desconfianza en los medios que la oncología les propone: a todos los oncólogos nos han preguntado alguna vez si el tratamiento que nos proponemos administrar servirá de algo o "sólo para hacer sufrir al enfermo". De alguna manera, la sociedad percibe los tratamientos oncológicos como causantes de un sufrimiento no siempre justificado.

Con todas las contradicciones que ello supone, nuestra sociedad se inscribe cada vez más en la cultura del bienestar y la satisfacción, en terminología felizmente acuñada por Galbraith. En parte por la propia evolución (y decepción, cabría añadir) de los clínicos actualmente en puestos de responsabilidad, y en parte por el empuje de la propia sociedad, en línea con lo que venimos diciendo, tanto la calidad de vida como concepto global, como el apoyo psicológico al paciente y la familia, ganan espacio en nuestras cabezas y en nuestras revistas. A veces no es más que la excusa para seguir perpetuando una manera estereotipada de actuar: para mejorar la calidad de vida ha aparecido una gran variedad de estrategias de tratamiento y muchos fármacos. No cabe dudar de una mayor sensibilidad de los oncólogos en estos aspectos, aunque los cambios reales en nuestras posiciones sean escasos.

Sin duda nuestras decisiones se ven influenciadas en su base por un sentimiento social que confía su salud en las actuaciones (tratamientos) que recibe, y en la que los valores de bienestar actúan cada vez con más fuerza como criterio de reconocido peso.

- **Tensiones o condicionantes personales.** En un sentido amplio, las decisiones frente al paciente con cáncer, tienen necesariamente que ver con nosotros mismos, así como con el tipo de organizaciones de que nos dotamos (servicios o equipo de trabajo).

Nos resulta embarazoso tratar de responder a la pregunta *donde colocamos nuestras emociones en el espacio existente entre el paciente oncológico y nosotros ya que estamos acostumbrados a funcionar con la idea de que en esta relación somos una constante y lo variable es el enfermo y la enfermedad*. Sin embargo, el contacto cercano con la muerte como paradigma del reconocimiento de nuestra propia debilidad, está sin duda operando en el centro del problema y será responsable de ciertos aspectos de nuestras decisiones.

La propensión antes mencionada de extender nuestra actitud curadora-agresiva más allá de lo racional, de espaldas a veces a los propios datos objetivos y a los intereses del

paciente, puede ser entendida desde esta perspectiva (29). Podría pensarse que la radicalidad en los tratamientos que la propia sociedad no justifica, puede deberse en el fondo a una falta de aceptación de nuestras limitaciones. Hemos observado cómo una vez que hemos perdido las esperanzas de curar a un paciente, éste deja de resultarnos interesante. Las demandas del propio enfermo y de la familia se nos presentan entonces como agresiones manifiestas. De hecho, la mayoría de las unidades de enfermos terminales están apareciendo desde otras especialidades (anestesia, generalistas...).

Nuestras respuestas frente a estas confusiones aparecen de forma estereotipada, *alejando cualquier intento serio de profundizar en estos aspectos emocionales y sustituyéndolo por el sentido común, o intentando "un apoyo psicológico"* al paciente. En la mayoría de los casos, o ignoramos la situación (a modo de huida) o la incluimos en una relación pseudo-familiar supuestamente más cercana y de mayor dependencia, pero no necesariamente más sana.

Pero quizás, la manera más intensa y sistemática en que estas emociones influyen en nuestra actitud ante el enfermo, viene determinada por su influencia en el tipo de variables y parámetros que nos interesan medir en nuestras investigaciones clínicas. Ya que sólo recogiendo información sobre ciertos hechos dispondremos de datos científicos acerca de los mismos (30), podemos tejer un cuerpo de doctrina oncológica, eludiendo de forma habitual la lectura de otros parámetros. De esta manera en nuestras investigaciones nos olvidamos de atender las repercusiones emocionales de nuestras estrategias de tratamiento ya que sus resultados nos resultarían de difícil manejo. Sin embargo, como señala Russell: "Hasta un artículo científico y riguroso sobre los efectos del alcohol en el sistema nervioso central, se vería traicionado por el hecho de que el autor fuera o no abstemio, ya que mostraría las cosas de forma que se justifiquen sus propios actos" (31).

El tan traído y llevado tema de *la información al paciente y la familia*, puede ser entendido desde esta perspectiva. La cantidad y calidad de ésta en nuestro medio deja bastante que desear (32). Por nuestra parte, culpamos al bajo nivel cultural de los pacientes y a su falta de capacidad para entender algo que acabaría con sus esperanzas. *En realidad debería plantearse más bien desde nuestra incapacidad, ya que en realidad es un problema que tenemos nosotros, los que poseemos la información.* Estaremos de acuerdo en que esta desinformación contribuye poco a crear un ambiente terapéutico propicio y, además, hace recaer enteramente sobre nosotros decisiones difíciles y muy personales. Si la mantenemos, podrá deberse al hecho de que así perpetuamos una situación que nos resulta tranquilizadora: ellos son los pacientes y nosotros los sanos. La confianza necesaria en la relación médico-paciente con cáncer se sustenta sobre la imagen, un poco mágica, de seguridad que podamos transmitir y no por la confianza de que, aunque las cosas puedan ir mal, estaremos siempre dispuestos a compartir el problema con ellos aportando nuestros conocimientos, nuestras técnicas y recursos, y, en su caso, nuestra distancia.

Esta dispersión en cuanto a objetivos a conseguir, define las características de los equipos de los que formamos parte que, como organizaciones, tienden a tener un discurso parecido al que desarrollan los propios pacientes (33): nuestros grupos de trabajo suelen ser dispersos, poco integradores, con escasa comunicación y centrado en el síntoma (las quejas en nuestro caso). Lo habitual es que entre prisas no haya espacios para la discusión seria de los problemas. Los objetivos no suelen estar definidos y generalmente se opera como una suma de profesionales agrupados (34), con una visión distinta del paciente, sin que estas diferencias sean aprovechadas. El aplazamiento en la discusión de los temas de fondo está garantizado por nuestra falta de agilidad para organizar una asistencia que no nos impida atender otras cosas, o para dotarnos de los medios suficientes para mitigar la burocracia y sobrecarga asistencial que tanto nos agobia. Con cierta ironía pudieran más bien parecer obstáculos que estamos interesados en mantener.

Existen muchos ejemplos que traer a colación: impuntualidades, (el equipo que no se reúne a su hora no ve a los pacientes a su hora), confusión entre aspectos administrativos y asistenciales, indisciplina en el cumplimiento de protocolos acordados, en la medida de los resultados...

En medio de este clima, resulta difícil imaginar cómo nos será posible resolver, no sólo los aspectos emocionales que nos depara el contacto con el enfermo de cáncer, sino también cómo elaborar tantas incertidumbres y desconocimientos en los propios aspectos médicos que encierra la oncología.

#### 4. Algunas ideas y sugerencias

Hemos pretendido mostrar cómo para el paciente con cáncer, *las decisiones que adoptemos resultan de extrema importancia ya que éstas influyen tanto en la cantidad como en la calidad de su supervivencia*. La cuestión que ahora se nos plantea sería: cómo puede este tipo de análisis modificar nuestras actuaciones, con la finalidad de cambiar, en definitiva, el curso de la enfermedad. Las siguientes reflexiones pretenden ser una guía para la discusión de las alternativas que se nos presenten.

De una parte, proponemos revisar el marco de referencia en el que nos desenvolvemos y trabajamos, y de otra, referir metodologías concretas de trabajo que podríamos utilizar.

- **Nuestro marco de referencia.** Nos movemos en un marco intelectual y de trabajo que, como decíamos, se caracteriza por una concepción medicalizada de la salud. En consecuencia, dirigimos nuestra actuación al paciente, y más exactamente, a la parte enferma de éste. Aunque hablamos informalmente de su psicología o de su ambiente social, la realidad nos dice que éstos influyen poco o nada a la hora de sentar nuestros criterios. De una manera metodológica y sistemática intentamos mostrar una seguridad sin fisuras. Nuestros resultados son confusos, pero nos valen.

Se impone a nuestro juicio trabajar en una doble línea. La primera de ella, trataría de introducir nuestra práctica oncológica en una *concepción bio-psico-social de entender la salud* (35). Este modelo asume en esencia que el éxito en el manejo de una determinada enfermedad, el cáncer para nosotros, es el resultado de la relación entre las medidas terapéuticas concretas y el marco en el que seden (tratamientos y Servicios de Oncología), el 'paciente (entendido como globalidad), la familia y el marco social. De esta manera no puede entenderse el control del cáncer sin proporcionar al paciente tanto bienestar como sea posible, u olvidándose del marco familiar. En palabras de Schavelzon: "Todo fenómeno humano es siempre y al mismo tiempo, biológico, psicológico y social" (29).

Como sanitarios, nuestra preocupación no consistiría sólo en proporcionarle el mejor de los tratamientos de probada eficacia, si ello fuera posible, sino conseguir que se dé una verdadera relación terapéutica (36). Esta concepción implica que frente a una enfermedad grave de uno de los miembros de la familia, se tenga también presente el grado en que ésta puede afectarse, ya que sólo así nuestro paciente, por ejemplo, cumplirá rigurosamente el tratamiento, acudirá a las consultas o se sentirá atendido en las horas y días en que no está en el hospital.

La relación terapéutica de la que hablamos, supone por nuestra parte la adopción de técnicas y hábitos que nos permitan escuchar todo lo que se dice en la consulta, y adiestrarnos también para hacer uso de toda la parte sana que existe en el paciente (37).

Desde esta posición, el problema de la información al paciente que, como señalamos anteriormente, es sobre todo un problema que nosotros tenemos, se resolvería no sólo hablando nosotros, sino sobre todo hablando ellos. Cuando este clima se establece, se dan las condiciones de comunicación en las que probablemente el hecho de saber el paciente que padece un cáncer con un determinado pronóstico sea mejor entendido y sobretodo mejor aprovechado.

Finalmente, desde esta concepción no es posible ignorar los aspectos sociales del enfermo si queremos realmente que nuestro tratamiento sea positivo. Por ello no conviene pasar por alto la extracción social de nuestros enfermos ni sus condiciones económicas; si nuestro tratamiento exige acudir con frecuencia al hospital, deberemos buscar la manera en que esto no resulte un serio impedimento para el paciente, o bien tendremos que acercarlo a su lugar de residencia (hospitales de 2° o 1° nivel). *La enfermedad deja de ser una cuestión que sólo atañe al enfermo para convertirse en un problema a tres bandas: el paciente, su entorno social y nosotros. Cada uno tiene su papel que no debe ser usurpado ni infravalorado por el otro.*

Este avance no se dará sin la incorporación, *como miembros de pleno derecho* en nuestros equipos de trabajo, de profesionales con formación en otros aspectos de la salud (psicólogos, asistentes sociales...). El médico se sabrá conocedor o técnico en resolver una parte del problema, pero no el problema en su totalidad. Ya existen experiencias en otras esferas de la medicina en este sentido (38) y no existen objeciones serias a que pueda darse

en oncología. Probablemente habrá muchas más resistencias que podrán plasmarse en conjeturas y dificultades. Sin embargo, existe un argumento de peso para intentarlo: estamos en general insatisfechos de forma subjetiva y objetiva con el resultado de nuestro esfuerzo, el de la sociedad y, sobre todo, el de los pacientes.

La otra línea básica que a nuestro juicio debemos revisar se refiere a nuestras actuales ignorancias en el manejo del cáncer. Una medida inicial consistiría en la elaboración de lo que podríamos llamar guía de resultados esperables aplicable a nuestras posibilidades y hacer que los nuestros se asemejen en lo posible a dicho patrón, o pudieran explicarse las diferencias. Un tratamiento eficaz puede ser utilizado en forma ineficiente (<sup>8</sup>).

Necesitamos saber exactamente cuál debe ser el resultado en las situaciones clínicas más frecuentes con que nos encontramos e intentar reproducirlos de forma correcta (39). Este es un ejercicio que, aunque obvio, aún no ha sido hecho en nuestro medio. Tras él, el universo de nuestras dudas se habrá esclarecido al igual que nuestras indicaciones de tratamiento. Resultará más fácil definir con claridad cuáles son los tratamientos estándar que estamos en condiciones de asumir como propios y cuáles son las circunstancias que precisan un ensayo clínico controlado. A la vez, nos impondría la revisión sistemática de los datos que generan nuestros tratamientos.

Hemos propuesto dos líneas de trabajo complementarias cuyos fines serían asegurar que nuestros pacientes reciban el mejor tratamiento de los posibles, y que éstos sean concebidos desde una visión integradora.

- Metodologías de trabajo. La metodología de trabajo en la que nos basamos no está libre de confusiones. Además de mejorarla, resulta evidente la necesidad de introducir en oncología ciertos métodos de análisis y estudio ya ampliamente utilizados en otras áreas de la medicina.

a) La utilidad de los ensayos clínicos comparados (ECC) ha sido suficientemente puesta de manifiesto en estas mismas páginas, y de hecho, su aprendizaje y discusión está presente en el curriculum de nuestras especialidades. Pero son difíciles de realizar y requieren de una seria disciplina por nuestra parte, a veces reñida con el resultado inmediato o la publicación. Como se reconocía en el ensayo de Fisher (NSABP) los participantes sólo incluían el 20% de los pacientes susceptibles de entrar en el estudio (40) (<sup>9</sup>). Cómo

---

<sup>8</sup> El ejemplo de la radioterapia nos resulta conocido: su eficacia parece no discutirse como adyuvante de la cirugía en tumores de cabeza y cuello. Las crónicas listas de espera en los servicios de radioterapia suponen demoras en su aplicación que se traduce en aumento de las tasas de recidiva y, en definitiva, peores resultados que los que podemos esperar. Deberíamos aclarar si nos interesa, continuando con el ejemplo, optimizar la radioterapia postoperatoria o intentar esquemas de tratamientos cuya validez clínica está sujeta a controversias (28).

<sup>9</sup> ¿Cómo sin embargo da la impresión de estar asistiendo a una verdadera inflación de ensayos clínicos encubiertos o controlados realmente?. Así por ejemplo, hemos podido contabilizar cerca de 40 ensayos o comparaciones entre tratamientos estándar y nuevos, entre los resúmenes del último congreso de la Federación Española de Oncología (FESEO) dedicados a aspectos clínicos, mientras sólo una comunicación hacía referencia a estudios de coste-efectividad (41).

podríamos mejorar la calidad y utilidad de los ensayos, es una difícil cuestión en la que tiene inevitablemente que ver, además de nuestra formación, nuestra confianza en ellos como método de estudio apropiado. Se nos ocurren, no obstante, las siguientes consideraciones:

- Nos parece primordial incidir sobre *la pregunta científica que pretendemos responder* a través de un ECC (42), no habrá ensayo de peor calidad (incluso desde el punto de vista ético) que aquel cuya pregunta no sea pertinente. Se impone priorizar éstas de acuerdo con un esquema general en el que sea posible la estratificación de los enfermos en grupos amplios y suficientemente numerosos. Ello significa además, que en todo momento éstas se *sugieran desde un estricto sentido sanitario*, atendiendo siempre a nuestras demandas de conocimientos en el manejo de los pacientes. Necesariamente, se imponen criterios de eficacia y equidad en la elección: no es posible pensar en una práctica oncológica alejada de nuestras condiciones socioeconómicas.

- La evaluación de la calidad de vida debe estar presente en todo ECC (42), por lo que en su diseño debe participar un conjunto más amplio de profesionales (asistentes sociales...). En la valoración de los resultados no puede omitirse la medida de esas otras variables que atienden al grado de confort y bienestar emocional. *Debemos preocuparnos por aclarar si los pacientes y nosotros coincidimos en lo que consideramos un avance frente a determinado tumor.*

Uno de los condicionantes por todos conocidos se relaciona con el *tamaño muestral*, así que no estamos añadiendo nada nuevo al señalar la cantidad de pacientes que podrían haber visto prolongada su vida, o que no deberían haber sido objetos de investigaciones estériles o de resultados no consistentes, por un número inadecuado en los brazos de tratamiento estudiado. No se entiende muy bien, desde un punto de vista de metodología científica, la profusión de grupos de trabajo (y sus correspondientes siglas) todos tratando de responder a preguntas distintas sobre ciertos tipos de tumores, con el empobrecimiento e incluso atomización consiguiente de la muestra a estudiar. En nuestro propio centro de trabajo funciona más de un esquema de tratamiento de melanomas, tratamiento adyuvante del cáncer de colon y no digamos de la mama en la que además de los oncólogos están interesados ginecólogos, cirujanos y otros.

Los ECC se convierten así en un elemento de dispersión de los conocimientos y no integrador. Convendría focalizar nuestros esfuerzos en *verdaderos grupos de trabajo orientados inicialmente hacia los verdaderos problemas de salud con los que nos encontramos y las respuestas a aquellas ignorancias que parezcan más decisivas para el paciente.*

- Entre los teóricos requisitos de ECC está el *informe consentido del paciente*. Algunos investigadores ven en él un freno para el progreso o una dificultad añadida al ya difícil asunto de llevar a cabo un ensayo. Para obviarlo, se utilizan varias estrategias. Con

frecuencia no se considera un ensayo y así no hay que pedir dicho *permiso* ni otras trabas administrativas (comité de ensayos...) (10).

Sin embargo... "El médico que realiza experimentos en personas sin pedirles su consentimiento, está practicando una medicina censurable, aún cuando la base científica de su estudio esté justificada" (43).

b) Quizás, la manera más seria, si no la única, de intentar controlar nuestras incertidumbres, pueda venir dada por la incorporación del *análisis de decisiones clínicas* a nuestras rutinas de trabajo (47). Este proceder permite, en forma resumida, incorporar los conocimientos existentes en la literatura a propósito de una determinada cuestión, a la experimentada por nosotros y traducir en términos de probabilidad el error que cometemos al adoptar una cierta decisión. Las condiciones previas exigen que conozcamos nuestros propios datos (por ejemplo, la rentabilidad diagnóstica de una citología de esputo para el diagnóstico de un cáncer pulmonar en nuestro centro) así como la prevalencia en nuestro medio del problema que estamos considerando (14). Existe una dilatada experiencia aplicada a la oncología que, como acabamos de decir, no puede ser sin más incorporada, pero que sin duda, demuestra la utilidad del método (45). Muchas de las exploraciones complementarias solicitadas, que hacen que ciertos servicios soporten grandes listas de espera con las consiguientes demoras en el diagnóstico de extensión, podrían ser drásticamente reducidas sin menoscabo de la calidad de nuestra asistencia, como nos muestra Shimn al incorporar el teorema de Baye's al estudio de extensión (46).

c) Ya estamos familiarizados con los términos *coste-efectividad*, *coste-eficacia* y *coste-utilidad* (47), aunque digamos que nuestros conocimientos en este sentido inciden poco sobre nuestro trabajo diario.

Generalmente consideramos poco interesante el- introducir este tipo de análisis en nuestra práctica diaria si es que no la juzgamos acientífica y poco apropiada para definir estrategias en oncología ya que, se dice, "al paciente oncológico debe ofrecérsele todo lo que esté en nuestras manos". Este tipo de discurso es ingenuo además de demagógico: *deberíamos admitir que la introducción de criterios que juzguen resultados en función de lo que cuesta conseguirlos, es una necesidad científica y no sólo económica o social*. Debería ser tan poco discutido como lo es la necesidad de una significación estadística. Lo contrario es profundizar en el divorcio existente entre la investigación clínica y la gestión de los recursos sanitarios que se encuentra en la raíz de tanto desatino y tanta desigualdad (48).

Desde una perspectiva de *servicio público*, hay que señalar los aspectos siguientes:

---

10 Durante algún tiempo hemos estado tratando a los pacientes con cáncer avanzado de cabeza y cuello con quimioterapia neoadyuvante o esquemas de hiperfraccionamiento, sin el requerido consentimiento. Cuando nos decidimos a hacerlo, habitualmente influimos sobre el paciente, a veces hasta en el 90% de las veces (40).

- No es posible separar, ni siquiera con ánimo esquemático nuestra práctica oncológica con el nivel socioeconómico de nuestro entorno. Esto es así hasta el extremo de que la proporción de tratamientos radicales frente a paliativos tiene que ver con nuestro grado de desarrollo (7) y no digamos la tasa de curaciones que logramos proporcionar.

- Considerando nuestro papel en la asignación directa de los recursos y la gran cantidad de lagunas en nuestros conocimientos, las consideraciones de coste-eficacia y coste-utilidad suponen una seria oportunidad de afrontarlas con una metodología apropiada.

- Por extraño que nos resulte, *la equidad y el sentido de una ética basada en el bien común*, deben ser observadas, no como imposiciones extrañas sino como elementos inherentes a nuestra práctica clínica científica (49).

## 5. Conclusiones

1.- Si utilizamos las tasas de mortalidad por cáncer (corregidas por edad y tamaño poblacional), puede hablarse de un desajuste entre los esfuerzos dedicados a luchar contra la enfermedad y los resultados obtenidos.

2.- Podría pensarse que, junto a otros factores, el tipo de asistencia que prestamos es tanto una causa como una consecuencia de este desajuste.

3.- El manejo clínico del paciente oncológico precisa de la adopción de múltiples decisiones a lo largo de su evolución, que van en cierta medida ligadas al resultado final.

4.- En el análisis que proponemos, estas decisiones surgen de la *confrontación* que se da entre *evidencias científicas* y otra serie de *condicionantes* o *tensiones*.

5.- En muchas ocasiones, en la práctica clínica llegamos a confundir lo que son evidencias con conjeturas no probadas cuya traducción será el administrar como tratamientos estándar lo que en realidad son pautas de eficacia no probada.

6.- Hemos distinguido entre condicionantes científicos, culturales, económicos y personales. La interacción de todos ellos determina una cierta manera de entender el problema del paciente con cáncer.

7.- Se proponen estrategias con el fin de ofrecer a nuestros pacientes un tratamiento más global (referencia bio-psico-social) y menos medicalizado, que a la vez sea el más eficaz de entre los posibles en nuestro medio.

8.- Esto sugiere de una parte la incorporación real (como miembros de pleno derecho) de otros profesionales en los equipos de trabajo con formación en otras esferas hasta ahora poco consideradas.

9.- De otra, la mejora e incorporación de otras metodologías de trabajo: ensayos clínicos controlados, análisis de decisiones clínicas y estudios de coste-eficacia y coste-utilidad, que ayudaría a modificar nuestra actual relación con la industria farmacéutica.

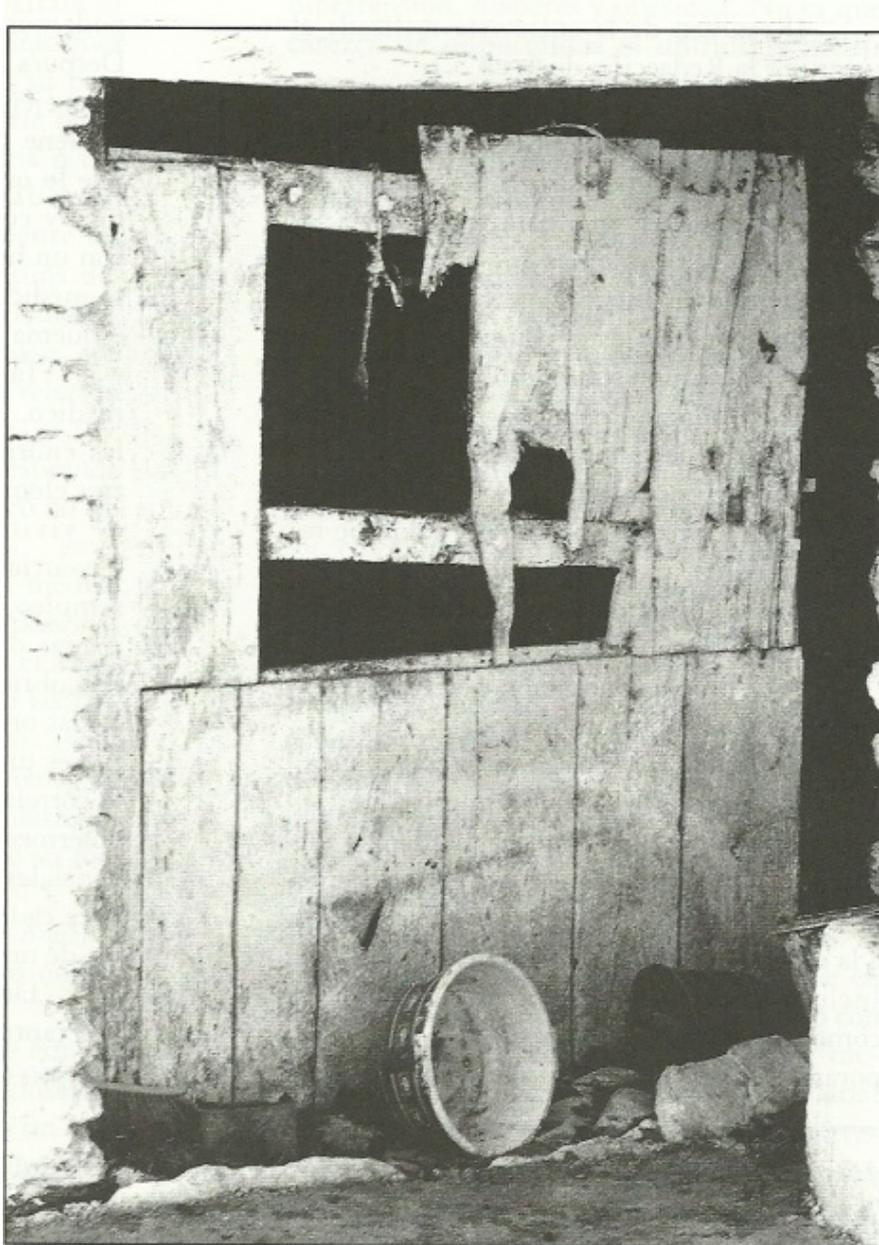
## Bibliografía

1. BAILAR, III; SMITH, E.M.: "Progress Against Cancer." *The New England Journal of Medicine*, 1986; 314: 1226-32.
2. MONGE, V; FERNÁNDEZ, G.; QU1NTANA, J.M.: *Mortalidad por cáncer en España (1953-1982)*. Epihos. Madrid, 1992.
3. BIRCH, J.; MARSDEN, H., MORRIS, J., et al.: "Improvements in Survival from Childhood Cancer: Results of a population Based Survey over 30 Years". *British Medical Journal*, 1988; 296: 1372-6.
4. PETO, R.; DOLL, R.: *Las causas del cáncer*, Salvat. Barcelona, 1989; 113-5.
5. HOOGSTRATEN, B. (ed.). *Cancer Research Impact on the Cooperative Groups*. Masson. New York, 1980.
6. GOODWIN, P.: *Economic Evaluations of Cancer Care-Incorporating Quality life*. CRC Press. Florida, 1991.
7. STEJERNSWÄRD, J.; NOREEN, T.: "Perspectives on Quality of Life and global Cancer Problems." En: OSOBA, D. *Efect of Cancer on Quality of Life*, CRC Press. Florida, 1991.
8. ALTMAN, D.S.: "Statistics and Ethics in Medical Research. Study Design." *British Medical Journal*, 1980; 281: 1267-9.
9. MIKE, V.: "Clinical Studies in Cancer: A Historical perspective." En: MIKE, V.; STANLEY, K. (eds.). *Statistics in medical research*. John Wiley and Sons. New York, 1982.
10. PETO, R.; PIKE, M.C.; ARMITAGE, P. et al.: "Desing and Analysis of Randomized Clinical Trials Requiring Prolonged Observation of each patients." *Br. J. Cancer*, 1976; 34: 585.
11. "Early Breast Cancer Trialists Collaborative Group. Treatment or early breast Cancer." Vol. 1. *Worldwide Evidence 1985-1990*. Oxford Medical. Oxford, 1981.
12. "Compilation of Experimental Cancer Therapy Protocol Summaries." *International Cancer Research Data Bank*. National Cancer Institute. Bethesda. Maryland, 1981.
13. WARR, D.; MCKINNEY, S.; TANNOCH, J.: "Inference of Measurement Error on Response Rate." *Cancer Treatment Reports*, 1985; 69: 1127-30.

14. SOX, H.C.; BLATT, M.A.; HIGGINS, M.C., MARTON, K.J.: *Medical Decision Making*. ButterWorth. Boston, 1988; 167-72.
15. ESTAPÉ, J.; PALOMBO, H.; HERNÁNDEZ, E., et al.: "Revelación del diagnóstico de cáncer en un hospital español." *Annals of Oncology* (edición española), 1992; 1: 595-9.
16. HERRANZ, C.; SOLANA, E.; GUILLEN, V.: "Cáncer de vejiga: tratamiento neoadyuvante." En: DÍAZ-RUBIO, E. *Controversias en oncología*. Farmitalia Carlo Erba. Barcelona, 1991.
17. JACOBS, Ch.: "Adjuvat and Neoadjuvant Treatment of Head and Neck Cancers." *Seminars in Oncology*, 1991; 18: 504-14.
18. PAYNE, D.G.: "Non-Small-Cell Lung Cancer: Should Unresectable Stage III Patients Routinely Receive High-Dose Radiation Therapy?" *J. Clin. Oncol.*, 1988; 6: 552-8.
19. STOLL, B.A.: "What is Overtreatment in Cancer?" En: STOLI., B.A. (ed.). *Cost Versus Benefit in Cancer Care*. The John Hopkins University Press. Baltimore, 1990.
20. ANDERSON, J. et al.: "Analysis and Interpretation of the Comparison of survival by Treatment Outcome Variables in Cancer Clinical Trials." *Cancer Treat. Rep.*, 1985; 69: 1139-44.
21. FLECK, L.: *La génesis y el desarrollo de un hecho científico*. Alianza Editorial. Madrid, 1986.
22. MEDINA, R.; GARCÍA, J.: "Tendencias de la investigación en la oncología a través de las publicaciones periódicas (1979-1985)." *Revista Española de Documentación Científica*. 1992; 15: 140-53.
23. CARNE, X.: "El médico de hospital y la investigación." *Quadern CAPS*, 1991; 15: 51-4.
24. EISENBERG, J.M.: "Physician Utilitation: The State of Researche about Physicians practice Patterns." *Medical Care*, 1985; 23: 461-83.
25. ORTÚN, V.: *La economía en sanidad y medicina: Instrumentos y limitaciones*. Lallar del Llibre. Barcelona, 1990.
26. *Ensayos clínicos en España*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1988; 7: 31-2.
27. DEVER, G.E.: "An Epidemiological Model for Health Analysis." *Soc. Ind. Res.* 1976; 2: 465. Citado por PENEULT, R. y DAVELUY, C.: *La planificación sanitaria*. Masson. Barcelona, 1988.
28. COCHRANE, A.L.: "Eficacia y eficiencia. Reflexiones al azar sobre los servicios sanitarios." Salvat. Barcelona, 1985.
29. SCHAVELZON, J.: *Cáncer. Enfoque psicológico*. Galerna. Buenos Aires, 1978.
30. DEVEREUX, G.: *De la ansiedad al método en las ciencias del comportamiento*. Siglo XXI. Madrid, 1977.

31. RUSSELL, B.: *Sceptical Essays*. Allan and Vuwin. Londres, 1928. Citado por: SKRABANEK, P. y MCCORMICK: *Sofismas y desatinos en medicina*. Doyma. Barcelona, 1992.
32. ORDÓÑEZ, A.: *Lenguaje médico. Modismos, tópicos y curiosidades*. Madrid, 1990.
33. BLEGER, J.: "El grupo como institución y el grupo en las instituciones." En: BLEGER, J.: *Temas de psicología*. Nueva Visión. Buenos Aires, 1985.
34. LAPASSADE, G.: *Grupos, organizaciones e instituciones*. Granica. Barcelona, 1977.
35. BAULEO, A.: *Notas de psicología y psiquiatría social*. Atuel. España, 1988.
36. BLEGER, J.: "La entrevista psicológica. En: BLEGER, J.: *Temas de psicología*. Nueva Visión. Buenos Aires, 1985.
37. LUCCHINA, J.L.: *El grupo Balint. Hacia un modelo clínico situacional*. Paidós. Buenos Aires, 1982.
38. TIZÓN, J.L.: *Componentes psicológicos de la práctica médica. Una perspectiva desde la Atención Primaria*. Doyma. Barcelona, 1988.
39. BONEILL, X. Cosp.: "La información sanitaria en la investigación y el control del cáncer: I. Estadísticas de mortalidad." *Oncología*, 1994; 17: 230-6.
40. EISENHAVER, E., MACKILLOP, W. "Focus on Clinical Trials." En STOLL, B.A.: *Cost Versus Benefit in Cancer Care*. The John Hopkins University Press. Baltimore, 1990.
41. II Congreso Nacional de la Federación de Sociedades Españolas de Oncología (FES EO). Sitges (Barcelona). Diciembre, 1992.
42. SANZ, J.: "Calidad de vida y tratamiento en oncología." *Revisiones en cáncer*, 1990; 4: 113-8.
43. SKRABANEK, P. y MCCORMICK.: *Sofismas y desatinos en medicina*. Doyma. Barcelona, 1992.
44. BCK, J.: Decision-Making Studies in Patients Management: Twenty Years Later." *Med. Decis. Making*, 1991; 11: 112-5.
45. KASSIER, J.; MOSKOWITZ, A.; LA, J.; PANKER, S.: "Decision Analysis: A Progress Report." *Annals of Internal Medicine*, 1987; 106: 275-91.
46. SHIMM, D.S.: "Evaluating Cancer Patients for metastases: an Approach Using Bayes' Theorem." *Int. J. Radiation Oncology Biol. Phys.*, 1985; 11: 1563-8.
47. DRUMMOND, M.; STODDART, G.L.; TORRANCE, GW.: *Métodos para la evaluación económica de los programas de salud*. Díaz de Santos. Madrid, 1991.
48. DRUMMOND, M.; STODDART, G.; LABELLA, R.; CUSHMAN, R.: "Health Economics: An Introduction for Clinicians." *Annals of Internal Medicine*, 1987; 107: 88-92.

49. LÁZARO, P.: "Evaluación de la alta tecnología médica: Importancia y responsabilidad del médico." *Debate sanitario: medicina, sociedad y tecnología*. Fundación BBV. Madrid. Junio, 1992.



**Los tres informes que vienen a continuación han sido solicitados por área 3 a distintos compañeros médicos. Sus reflexiones muestran las dificultades e interrogantes que surgen en el trabajo asistencial en atención primaria cuando se aborda desde una perspectiva crítica.**

## **La concepción de salud y enfermedad en el centro de salud ¿Modelo organicista o modelo integral?**

*Juan Carlos Verdes-Montenegro* <sup>(11)</sup>

(Resumen de la entrevista realizada al autor por la Redacción de **área 3.**)

**Pregunta:** Podríamos empezar esta entrevista con una hipótesis un poco fácil y esquemática, a saber: que para responder a las necesidades y problemas bio-psico-sociales del individuo las instituciones organizan esta atención en partes excesivamente separadas.

¿Cuál es tu opinión sobre esto?

**Respuesta:** En buena parte es cierto que al Insalud le recaiga lo *bio*. Creo que está condicionado por tres motivos:

- La formación pre y posgrado que recibe el médico.
- Las líneas de actuación del Sistema Sanitario en Atención Primaria.
- La propia concepción que tiene el paciente de la salud y enfermedad.

**P:** Profundicemos en estos tres puntos.

**R:** En cuanto al primer motivo convergen varios aspectos en lo que llamamos formación: Por una parte nuestra formación en la Facultad. Esta se orienta más a lo orgánico, a la especialización (nefrólogo, cardiólogo...). Incluso lo psicológico o mental se concibe como una especialidad en sí. A su vez incorporamos la aspiración de que como médicos podemos y debemos curar o resolver todo. Después finalizamos los estudios, y al empezar a ejercer en el mundo real descubrimos, si se tiene la suficiente humildad y sinceridad, que lo orgánico está enlazado con lo psicológico y con lo social; que no todo se resuelve con un buen diagnóstico clínico y tratamiento médico. En definitiva, a uno se le rompe el esquema y su prototipo.

También irá influyendo la edad del médico. En el trascurso de su vida descubre las enormes influencias existentes entre los tres elementos, pues él mismo tendrá ocasión de vivirlo en sí mismo o en su entorno. Vivencias como la muerte, el duelo, el desempleo, los conflictos en las relaciones humanas o cualquier tipo de estrés se acaban descubriendo como

---

<sup>11</sup> Juan Carlos Verdes-Montenegro es médico de familia y coordinador del Centro de Salud "A/cala" de Guadaira. Insalud. Madrid Área 1. Ha sido gerente de Atención Primaria durante los años 1990-92 en el Área 5 de Madrid.

desencadenantes de patologías orgánicas. Bien es cierto que al principio es uno mismo quien se niega a reconocer la correlación entre multitud de síntomas y/o enfermedades y los aspectos psicológicos (vivenciales) y sociales. Pero progresivamente se hace cada vez más evidente que son tres partes de un todo.

Llegar a este punto de vista dependerá por tanto en buena parte del propio médico.

En caso de orientarse su visión de la enfermedad hacia esta perspectiva integral obviamente tendrá siempre estos tres elementos presentes en su práctica diaria.

Decíamos al principio que otro factor que influye es el propio paciente. Por una parte él disocia el mundo de los síntomas (dolor de cabeza, opresión en el estómago mareos, insomnio...) de sus problemas vitales; le cuesta reconocer el vínculo entre ambos. Es decir, se refugia en aquéllos y además deposita en ellos el motivo o pretexto para acudir a la consulta del médico. De hecho en nuestra cultura no se concibe acudir al médico si no es con un problema orgánico.

Acto seguido el paciente solicitará al médico todo tipo de estudios y exploraciones pensando que va a resolver así todo su problema. Por más que uno quiera hacerle reflexionar aparecerá una fuerte existencia o negación. Este hecho es muy notable en pacientes ancianos pues habitualmente no aceptan multitud de síntomas propios del envejecimiento (mareos, dolores articulares, pérdidas de memoria...). La importancia que le dan a estos síntomas está muy en relación con el grado de aceptación de la vejez.

**P:** Entonces, por lo que se desprende de lo que dices, ¿la función del médico no sería estrictamente la de curar?

**R:** No en sentido absoluto. El médico y la enfermera deben colocarse como personas de apoyo al paciente llevándole hacia el autocuidado y el autorreconocimiento de las circunstancias que vive en ese momento. Tener esta actitud y cometido frente al paciente no quiere decir en absoluto que el profesional pueda descuidar en ningún momento su formación clínica.

**P:** ¿La formación actual del médico de familia está dirigida hacia esta visión integral?

**R:** La formación del médico de familia se inclina más hacia un modelo anglosajón, concibiendo al médico general como un médico internista que actúa fuera del Hospital, con gran capacidad de resolución frente a todas las patologías, y una responsabilidad importante en el campo de la prevención de enfermedades (vacunación, diagnóstico precoz del cáncer, factores de riesgo de enf. cardiovasculares...). Se sigue encuadrando por tanto en un modelo organicista.

**P:** ¿Y qué sucede con el tercer elemento que mencionabas al principio, la institución, el Sistema de Salud?

**R:** Viene a reforzar esta visión orgánica de la enfermedad. Se está potenciando e incluso elaborando normas técnicas que unifiquen y aclaren todas aquellas actuaciones que se deben realizar para prevenir y curar las enfermedades de riesgo; concretamente

hipertensión, diabetes y obesidad. No es que carezca de importancia el unificar y medir este tipo de intervenciones que tiene un claro beneficio en el nivel de salud de una población. Pero en la medida en que constituyen el pilar fundamental de la atención primaria conlleva a unas consecuencias que son determinantes del modelo organicista.

Veamos algunas de ellas:

La formación continuada que se imparte se centra exclusivamente en aspectos biológicos. Si por ejemplo asistimos a un curso de "Atención a Pacientes Terminales", recibiremos pautas sobre el tratamiento del dolor, complicaciones más frecuentes, etc., pero rara vez se abordará *cómo tratar la muerte con el moribundo o con los familiares*, menos aún se abordará la actitud del propio profesional frente a la muerte. Cuando posteriormente acudimos con un curso de estos a la cabecera del enfermo, nos damos cuenta de que algo nos falta, *algo se nos escapa*.

- *El protagonismo del Equipo de Atención Primaria* recae desmesuradamente en el médico. Pasa a un segundo término la labor de la enfermera, cuando resulta que en la actualidad es quien más está abordando con el enfermo los aspectos integrales. ¡Qué menos que reconocer esta función y potenciarla! Tampoco se tiene en cuenta el trabajo del celador y el auxiliar administrativo 'que son quienes realizan el primer contacto con el paciente.

- La idea de *equipo* se va quedando en segundo término. Es bien sabido la correlación entre una visión integral de la salud y el trabajo en equipo, el trabajo multidisciplinar.

- Enlazando con esto último, no se han ido enriqueciendo los Centros de Salud con otros profesionales como psicólogos, sociólogos, pedagogos, etc.

- No se potencia el trabajo con la comunidad ni la educación para la salud en grupos. El contacto con la comunidad podría dar a los profesionales una visión de la salud y de la realidad que no va a coincidir con la que percibe sentado en su consulta.

- No se prevé el tiempo que requeriría una atención integral a la población. El ratio de número de habitantes/médico se calcula en base al tiempo que se necesita para atender a todos los procesos preventivos y de enfermedad que ya hemos mencionado anteriormente. No se tiene en cuenta el tiempo necesario para otro tipo de comunicación médico-paciente.

Si bien se reconoce en cierta medida el valor de la comunicación *persona a persona* y *no médico a órgano*, la atención integral resulta difícil de medir, de sentar normas de actuación y evaluarlas. Y esto hace que se ignore a la hora de considerarla una variable de calidad de la asistencia. Nos podríamos preguntar: ¿sabe el médico *conversar, comunicarse* con un paciente varón de 58 años que es hipertenso y se encuentra en jubilación anticipada, de repente sin actividad laboral, con su sueldo congelado y sus hijos aún estudiando? (parece a primera vista algo dramático, pero cada vez es más frecuente este tipo de situaciones). Aparte de decirle "*no coma muchas grasas, no eche mucha sal, no engorde, camine mucho...*", ¿sabe el médico ponerse en su lugar, permanecer ahí, simplemente conversando, acompañando y en el mejor de los casos ayudándole a que reflexione sobre cuál es su relación con el momento presente, con lo que hay detrás de la *tensión alta*?

¿Quiere realmente el médico hacer esto? ¿Sabe de su importancia? ¿Lo sabe el Sistema Sanitario? ¿Sabe que toma tiempo y a su vez es de vital importancia?

**P:** ¿El frecuente descontento del médico de familia se debe a la imposibilidad para hacer este tipo de medicina?

**R:** Existen una serie de problemas que están limitando un *mejor hacer* del médico, tanto si es de inclinación organicista como del modelo bio-psico-social. Nos referimos sobre todo a la excesiva burocratización de la consulta, la elevada presión asistencial y la baja coordinación con los especialistas. La consecuencia es una reducción del tiempo real disponible para cualquier tipo de actuación.

La escasez de elementos motivadores y de incentivación es otra causa de descontento pero queda al margen del tema que tratamos.

**P:** Visto todo esto, ¿cómo se podría favorecer este modelo de atención integral?

**R:** En primer lugar entendiéndolo, reconociendo la interrelación entre los tres elementos. Cualquier institución, en este caso la sanitaria, debería influir en el logro de este equilibrio, asumiendo que tendrá mayor peso en uno de ellos. No debería perder la perspectiva de estar como punto de apoyo para que la persona viva en armonía consigo misma. Ya hemos hablado antes de la necesidad de mejorar la formación en este sentido.

Faltan espacios de reflexión a todos los niveles, desde el Centro de Salud hasta la Administración Sanitaria. Pero no estamos tan lejos de una atención integral. Cada vez más profesionales se detienen y cuestionan adónde estamos llegando, qué modelo estamos perpetuando y qué estamos realmente resolviendo al margen de los adelantos técnicos. ¿Qué nos pide el paciente como personas y qué sabe que no encontrará en un medicamento, en una exploración?

**P:** No resulta frustrante trabajar con la enfermedad sabiendo que lo de *curar* no es tan absoluto? Es difícil ser optimista.

**R:** Desde la perspectiva de *apoyo o ayuda* al paciente no lo es. Más bien diría que es un privilegio poder acompañar a tantas personas. Ambos nos enriquecemos.

## **Apuntes sobre la relación médico-paciente en medicina, general**

*Manuel del Castillo Pardo*  
*Ángel Antoñanzas Lombarte*  
(<sup>12</sup>)

Hace ya algunos años, muchos médicos de cabecera pensábamos, y todavía lo pensamos hoy, que sería posible transformar la tan deteriorada relación médico-paciente en la medicina general pública de este país, en otra más gratificante para el profesional, más personalizada y humana para el paciente, y, sobre todo, más adecuada para orientar de una forma positiva los problemas expresados en la consulta. En el presente artículo, queremos referirnos a tres de los aspectos que, a nuestro juicio, están desempeñando un papel más importante en este proceso: el encuadre institucional, la influencia de la formación médica, y los propios elementos internos de la relación médico-paciente.

Masificación y burocratización fueron los paradigmas de las consultas de los médicos generales durante años. Bastante de esto, no obstante, ha cambiado, creemos que para mejor, en la actualidad. La introducción de la historia clínica ha ayudado a tener siempre presentes los factores psicosociales, familiares y ambientales de los pacientes, la citación con nombre y apellidos ha contribuido a acabar con la idea del paciente expresado como un número, el mayor confort en las instalaciones, la mejora del espacio o de la luz, han ayudado también a personalizar la relación médico-paciente.

Están aún presentes, sin embargo, en este momento, en muchos centros de atención primaria de la red sanitaria pública, algunas condiciones del encuadre institucional, que actúan de una forma limitante. El factor tiempo es quizás el más importante de todos ellos, especialmente en los centros ubicados en las zonas muy pobladas de las grandes ciudades.

El tiempo, es verdad, constituye un factor necesario, pero no suficiente para garantizar una buena comunicación entre el médico y el paciente. Otros aspectos, que después comentaremos son quizás más importantes para que se dé este tipo de comunicación. Sin embargo, cuando el tiempo es limitado, es más probable que el médico se centre exclusivamente en lo somático, o que deje menos terreno para la expresión de los sentimientos de la persona que consulta.

Dejar que el paciente exprese sus emociones, sus preocupaciones, es algo que requiere de una determinada actitud del médico. Escuchar, ponerse en el papel del otro, participar de los sentimientos del consultante, no son cualidades que dependan de la disponibilidad de un mayor o menor tiempo, pero un encuadre de tiempo y espacio suficiente

---

<sup>12</sup> Manuel del Castillo Pardo y Ángel Antoñanzas Lombarte son médicos de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Delicias Sur. Insalud. Zaragoza.

se precisa, para que el médico se instale en la mejor actitud de escucha y atención posibles, que le permitan percibir, de esa persona única y diferente que tiene delante, aquello único y diferente que quiere o puede expresar.

Respecto al modelo de formación médica y su influencia en la relación médico-paciente, podríamos comenzar por preguntarnos: ¿Cuál ha sido hasta ahora el modelo de aprendizaje en la investigación del diagnóstico? Diagnóstico significa etimológicamente conocimiento, pero, ¿conocimiento global o parcial?. Tradicionalmente, el diagnóstico se ha centrado en la queja física. Las obras clásicas de medicina describen de manera meticulosa, y en ocasiones inconexa, signos y síntomas del paciente. El modelo, que apenas tiene coherencia evolutiva en la historia natural de la enfermedad, difícilmente puede promover la integración de la queja en la verdadera historia del paciente.

El enfermo ha quedado aislado y apartado de sus síntomas; a ellos, el profesional los ha integrado en una enfermedad y habitualmente los devuelve a manera de información *impersonal*.

La disgregación de la profesión en "superespecialidades" hospitalarias, remarca todavía más este modelo de enseñanza; los estudiantes de medicina y los licenciados que pretenden una formación en Medicina de Familia, en caso de perpetuar el aprendizaje de relación maestro-alumno estereotipada, buscan la causa y erradicación de la enfermedad física con indiferencia hacia la comprensión global de la persona.

¿Qué ocurre en lo psíquico, en lo anímico?. El sistema tiende a esquematizar la singularidad, privando a los individuos de su especificidad psíquica. Las entrevistas dirigidas, los test, los cuestionarios cerrados que investigan el supuesto malestar psíquico del paciente, encuadran, encierran, aíslan la queja, clasificando al paciente en una determinada enfermedad, y aplicándole posteriormente normas y técnicas que, siendo similares para todos, hagan más cómoda la intervención del profesional, aliviando su ansiedad.

La indefinición, el suponer anónimo al consultante, el profesional pertrechado en las defensas que para él han creado los expertos, son situaciones que se convierten en el modelo habitual de la práctica médica, avaladas por parecidas formas en las "relaciones humanas" predominantes en la actualidad, que tienen su última causa en la incomunicación.

La incomunicación' como proceso que niega la realidad de manera perjudicativa o judicativa (Castilla del Pino). El profesional tiene miedo a la realidad del paciente -podría "colarnos" algo que duela- pero, la realidad "inaceptable" no debe ser inaceptada. Queramos o no, esa realidad es una realidad.

¿Qué respuestas son las más frecuentes, ante las demandas de los pacientes, en nuestras consultas habituales? He aquí algunas que consideramos derivadas, predominantemente, del modelo de enseñanza:

1. Una respuesta sustentada en la relación maestro-alumno (modelo hospitalario): después de una anamnesis meticulosa, dirigida, en ocasiones penetrante, como jugando a seducir, el profesional tiende a ofrecer recursos tecnológicos que aíslan el síntoma de su

auténtico significado, en ocasiones estructurándolo en una enfermedad descrita en las enciclopedias más utilizadas (M. Balint: organizando la enfermedad). La respuesta, junto con el fármaco, será el consejo o reconfortar con un "eso no es nada".

2. La respuesta sustentada en las ansiedades y necesidades del profesional, abrumado por los avances técnicos, por la evolución de los conocimientos en la última década del siglo XX, integra la queja dentro de un subsistema, "eficaz y de intervención directa", basado en datos epidemiológicos, investigaciones en salud pública, economía sanitaria y años vividos-años perdidos, llamado protocolo más en consonancia con las necesidades del propio médico y su justificación, que con la del propio paciente.

Así el paciente que acudió consultando por insomnio, después de ser pesado, tallado, interrogado por preguntas que sólo aportan respuestas y debidamente explorado, se llevará un consejo: "no beba tanto", "no debería comer grasas", que, si bien son aspectos saludables en el estilo de vida contemporáneo, poco tienen que ver con la singularidad de aquel paciente que consultaba por insomnio.

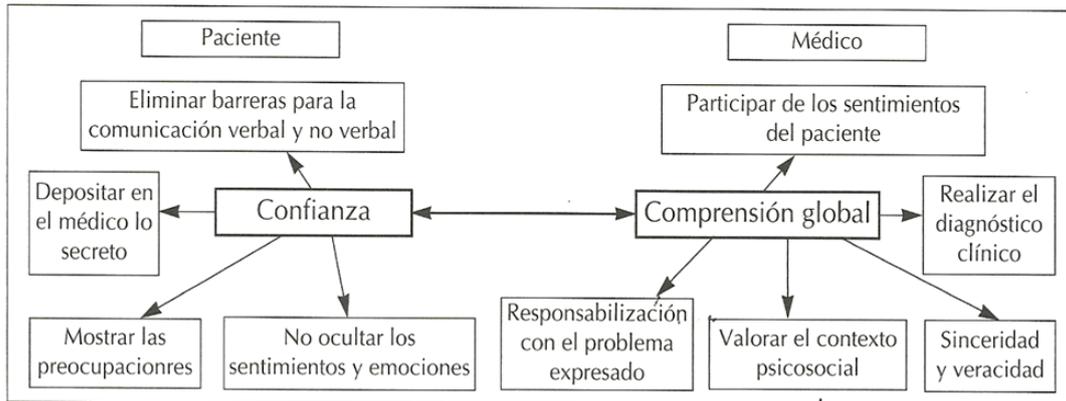
3. En muchas otras ocasiones, la respuesta viene derivada de conflictos institucionales producidos por la misma organización de la Sanidad Pública. Problemas de horarios, salarios, número de pacientes a atender, indefinición de objetivos dentro de los equipos y sus estamentos, anteceden a una respuesta más escueta: el paciente se encuentra con un "no moleste".

El encuadre externo, a veces poco adecuado, y nuestra formación médica dirigida a atender preferentemente los aspectos biológicos de los consultantes, pueden conducirnos, en ocasiones, a vivir al paciente como un enemigo. Especialmente los pacientes que nos presentan día tras día sus quejas, como expresión del malestar por aspectos de sus vidas, que no se comunican en el aquí y ahora de la consulta, provocan en el médico sentimientos de frustración, por no ser capaces de ayudar al paciente, y rechazo por la angustia y la culpa que transmiten, a veces, difícil de contener.

En estos casos, nuestra capacidad para contener la ansiedad y para escuchar, la permeabilidad para captar las emociones, y la auto observación de los propios sentimientos, generados por el paciente, es lo que nos puede permitir un abordaje distinto a la respuesta rápida o al tratamiento farmacológico sintomático, que no consiguen otra cosa que perpetuar la situación y favorecer la repetición de las mismas quejas, una u otra vez.

Otras veces, es el miedo a enfrentarnos con situaciones difíciles de los pacientes, que remueven en nosotros emociones o sentimientos, lo que nos retrae para profundizar más allá de la queja o del síntoma. Sin embargo, permitir que afloren estos sentimientos, como reflejo de las emociones o sentimientos del paciente, y ser capaces de dominarlos, puede ayudar a los pacientes a enfrentar de una forma más positiva la situación.

El resultado positivo de la relación médico-paciente, entendido como conseguir la movilización de los mejores recursos posibles del paciente para enfrentarse a su problema, depende de la confluencia de dos condiciones básicas, como muestra el siguiente esquema:



Una de ellas se origina en el paciente: es la confianza en el médico. Confianza en el sentido de esperanza en el otro, y de depositar lo más secreto y personal en el médico.

La otra condición parte del médico y es la comprensión, en el sentido de encontrar naturales los sentimientos del otro, de contener, de incluir dentro de sí. Ambas condiciones son especulares en la relación médico-paciente. La confianza puesta en el médico elimina barreras para la comunicación verbal y no verbal, permite que se muestren los sentimientos y emociones, poniendo a disposición del médico la parte más personal y las preocupaciones más íntimas, comunicación ésta, imprescindible para una comprensión global del paciente.

La comprensión del paciente, por parte del médico, implica la capacidad, no solamente de relacionar sus síntomas, llevando a cabo un diagnóstico de la enfermedad, sino también de ubicar la dolencia en un ser humano, de participar en cierta medida de los sentimientos del paciente, de interiorizar dentro de sí su problema, de contener una respuesta rápida que le libere de la responsabilidad, de ser veraz y sincero en la información, de escuchar un poco más allá de las palabras que comunica el paciente. Todo ello es lo que, dirigido al paciente, moviliza en él sentimientos de confianza.

Para comprender mejor al paciente, es necesario mejorar la capacidad de captar, a través de la sensibilidad, lo que significa ser como esa persona que está delante, superando las limitaciones impuestas por el hecho de ser distintos, de estar separados de ella.

Esto representa un trabajo conjunto entre médico y paciente, y tiene su substrato teórico en lo que M. Klein llama identificación introyectiva y proyectiva.

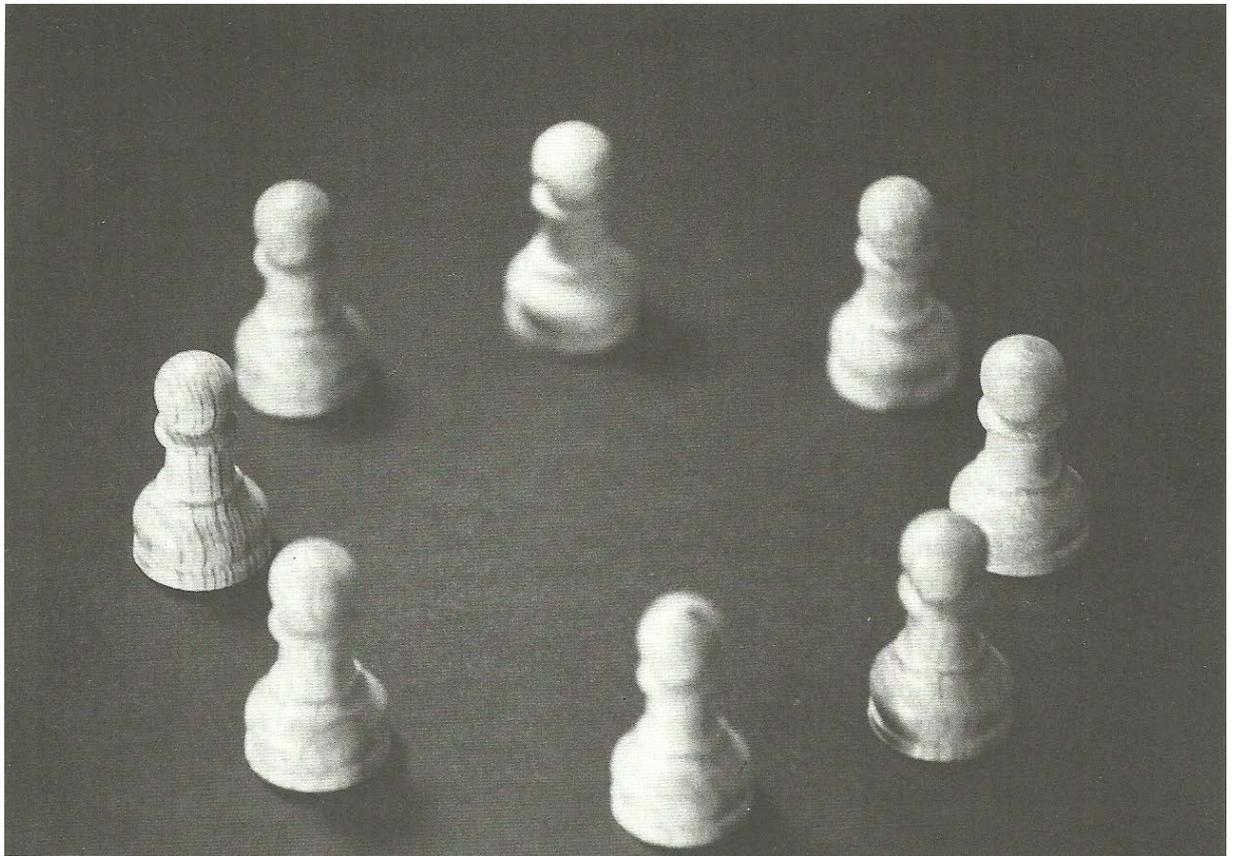
¿Cómo emplear todas las posibilidades tecnológicas a nuestro alcance, ofreciendo una respuesta científicamente acorde con el desarrollo de la medicina actual, ubicando al paciente en situación de resolver su conflicto como persona?

Aunque parezca contradictorio, puesto que la relación siempre es dinámica, vamos a exponer una posible secuencia ejemplificadora de lo que habría que hacer en una consulta habitual. La secuencia puede alterarse en cualquiera de sus puntos y combinarse en sus enunciados:

- Tratar de contener la ansiedad que provoca la enfermedad en sí misma o la causa subyacente, en ocasiones, de tipo relacional. Esa ansiedad antecede al síntoma y enmascara, a veces, tanto la enfermedad física como el malestar psíquico.
- Considerar al síntoma dentro de un proceso nosológicamente definido por la medicina actual, y ponderar qué beneficios aportará una actuación diagnóstica o terapéutica derivada de su aplicación.
- Considerar la queja "significante" dentro de un "significado" más amplio y global que recoja aspectos biopsicosociales del paciente, para lo cual el médico debe dar al paciente la oportunidad de comunicarse.
- Establecer una relación dinámica de persona a persona con un "toma y daca" continuo.
- Tratar de reconocer la transferencia y contratransferencia. La situación terapéutica es muy propicia para que emerjan sentimientos, provocados por la misma relación personal, en el médico y en el paciente que han de trabajarse. Autores como Ferenczi no sólo reconocen que el médico experimenta gran cantidad de sentimientos sino que recomiendan expresarlos abiertamente en ciertas oportunidades.
- Seguir comunicándose en una relación dinámica, activa y participativa (toma y daca) sobre las fantasías que el paciente tiene de su enfermedad y sus aspectos psicosociales; contener ansiedades, elaborar problemas de culpa, y lanzar hipótesis sobre lo manifiesto que traten de acercarse a lo latente, mejorando la confianza y autoestima del paciente, para que sea capaz de comprender, y si fuera necesario modificar, su realidad (la técnica del flash, E. Balint).

## Bibliografía

1. BALINT, M.: *El médico, el paciente y la enfermedad*. Libros Básicos. Buenos Aires, 1986.
2. BALINT, E.: *seis minutos para el paciente*. Paidós, 1979.
3. LUCHINA, Isaac L.: *El grupo Balint. Hacia un modelo clínico-situacional*. Paidós, 1982.
4. SALZBERGER-WITTENBERG, I.: *La relación asistencial. Aportes del psicoanálisis kleiniano*. Amorrortu. Buenos Aires, 1970.
5. CASTILLA DEL PINO, C.: *La incomunicación*. Ediciones de bolsillo, 1970.
6. TIZÓN, J.L.: *Apuntes para una psicología basada en la relación*. Hogar del libro, 1968.
7. TIZÓN, J.L.: *Atención primaria en salud mental y salud mental en atención primaria*. Doyma. Barcelona, 1993.
8. TIZÓN, J.L.: *Componentes psicológicos de la práctica médica. Una perspectiva desde la atención primaria*. Doyma. Barcelona, 1988.



## Comentarios a la comunicación médico-paciente en atención primaria de salud

*Fermín Quesada Jiménez* <sup>(13)</sup>

A los médicos se nos forma en el hospitalocentrismo, y basados en la tecnología. Nos enseñan que cuando vemos a un paciente, hay que hacerle una *foto* y le diagnosticamos de *todo*. Pero el paciente no es protagonista de su película, sólo es el objeto a través del cual se demuestra nuestra ciencia. El protagonista es el médico.

La herramienta básica que utilizamos en atención primaria es la *silla*, el sentarse junto al paciente, el comunicarse con él (horas de médico/habitante). Es la contraposición al indicador (camas/1.000 habitantes) que se utiliza en el medio hospitalario.

Cuando se trabaja en atención primaria, uno se percata de que el enfoque tradicional no sirve para abordar adecuadamente los problemas que surgen en nuestra comunidad, y ello conduce a que los pacientes consulten de forma repetida, al no solucionársele la situación.

Si nos fijamos bien, aproximadamente un 20 por 100 de nuestro cupo consume el 80 por 100 de nuestro tiempo, y es precisamente este 20 por 100 el más refractario al modelo médico tradicional (ya que está compuesto por hiperconsultadores, pacientes agresivos, enfermos con problemas de salud mental, necesitados de abordaje psicosocial, etc.) <sup>(14)</sup>.

Esto es lo que bloquea nuestras consultas y nos bloquea a nosotros mismos, y lo que nos conduce a la desesperanza, al aburrimiento y a quemarnos de una forma estéril. Esto y el no saber qué hacer con ellos

Desarrollar técnicas adecuadas de comunicación y entrevista clínica mejora el grado de satisfacción del usuario, así como el cumplimiento terapéutico, disminuyendo la ansiedad tanto del profesional como del paciente. También mejora nuestra gestión del tiempo <sup>(15)</sup>.

Estas habilidades y técnicas se aprenden, a pesar de que solemos oír a nuestros compañeros médicos decir cosas como: "Yo soy así, qué le vamos a hacer" o "Los pacientes tienen que acostumbrarse a aceptarme como soy". Pero esto es sólo una excusa para no cuestionarnos nuestro método de trabajo.

Lo primero para ello es aprender a realizar autocrítica, luego saber escuchar y, por último, aceptar negociar. Cuando digo negociar me refiero a contrastar nuestras opiniones con las del paciente, y a buscar una solución si aparecen resistencias. En los hospitales no se negocia, se impone. Negociar no implica ceder, aunque a veces haya que hacerlo. Si hay

---

13 Fermín Quesada Jiménez es médico de familia del Centro de Salud de Cartuja. Granada. Servicio Andaluz de Salud. Miembro del Grupo Comunicación y Salud de Andalucía.

14 REVILLA, L. et al.: *Factores que intervienen en la utilización de los servicios de salud*. Monografías de APS. Doyma. Barcelona, 1991.

15 BORREL, I CARRIO.: *Manual de entrevista clínica*. Doyma. Barcelona, 1989.

resistencias y no se negocia, posiblemente el paciente no haga caso de las indicaciones, y además, se verá comprometida nuestra relación futura con él.

Es difícil "ponerse en los zapatos del paciente", como dicen los americanos, pero es fundamental para poder cambiar nuestra actitud. A veces no conocemos realmente lo que los pacientes esperan de nosotros. Se preguntó a médicos de familia y a pacientes, en el Reino Unido en 1987, qué era para ellos un buen médico, y mientras los profesionales decían que alguien que hace buenos diagnósticos, y que es un gran técnico, los usuarios indicaron que fuera agradable, comprensivo y honesto (<sup>16</sup>).

McWitney aconseja a todos los médicos que leamos *La muerte de Ivan Illich* para que no reproduzcamos el modelo médico y nos demos cuenta de lo importante de interesarse por cómo siente el paciente (<sup>17</sup>). Recientemente, en *Jano*, revista de medicina y humanidades, nos remitían también a él (<sup>18</sup>).

Tampoco conocemos las creencias en salud de nuestros usuarios, y no parece preocuparnos mucho. En 1995 preguntamos a los médicos de dos centros de salud cuáles eran las creencias que ellos pensaban que tenían sus usuarios. Con ellas se confeccionó un cuestionario y se le administró a una muestra de los pacientes que acudían a las consultas asistenciales de esos dos centros. Sólo estaban de acuerdo con el 30 por 100 de las creencias expresadas por los médicos (<sup>19</sup>).

Como curiosidad, cuando nos preguntan a los profesionales cómo desarrollamos la entrevista clínica con nuestros pacientes, solemos contestar que lo hacemos de una forma adecuada, cumpliendo las características de un buen entrevistador (cordialidad, empatía, asertividad, baja reactividad) y distribuyendo adecuadamente el tiempo disponible (<sup>20</sup>).

Sin embargo, al analizar las entrevistas que realizamos, podemos ver que apenas miramos a nuestros pacientes, no negociamos con ellos, ni les explicamos suficientemente de qué los diagnosticamos o qué tratamiento les ponemos y, por supuesto, no comprobamos la asimilación de la información que les damos (<sup>21</sup>). En resumen, "del dicho al hecho hay un gran trecho", o no hacemos las cosas como decimos.

Otro elemento importante para mejorar el rendimiento de nuestro trabajo es la utilización de técnicas grupales en la educación sanitaria y en el seguimiento de patologías crónicas.

---

<sup>16</sup> Estudio realizado por el R.C. of General Practitioner en 1987.

<sup>17</sup> McWHINNEY, I.R. *et al. Medicina de familia*. Doyma. Barcelona, 1995.

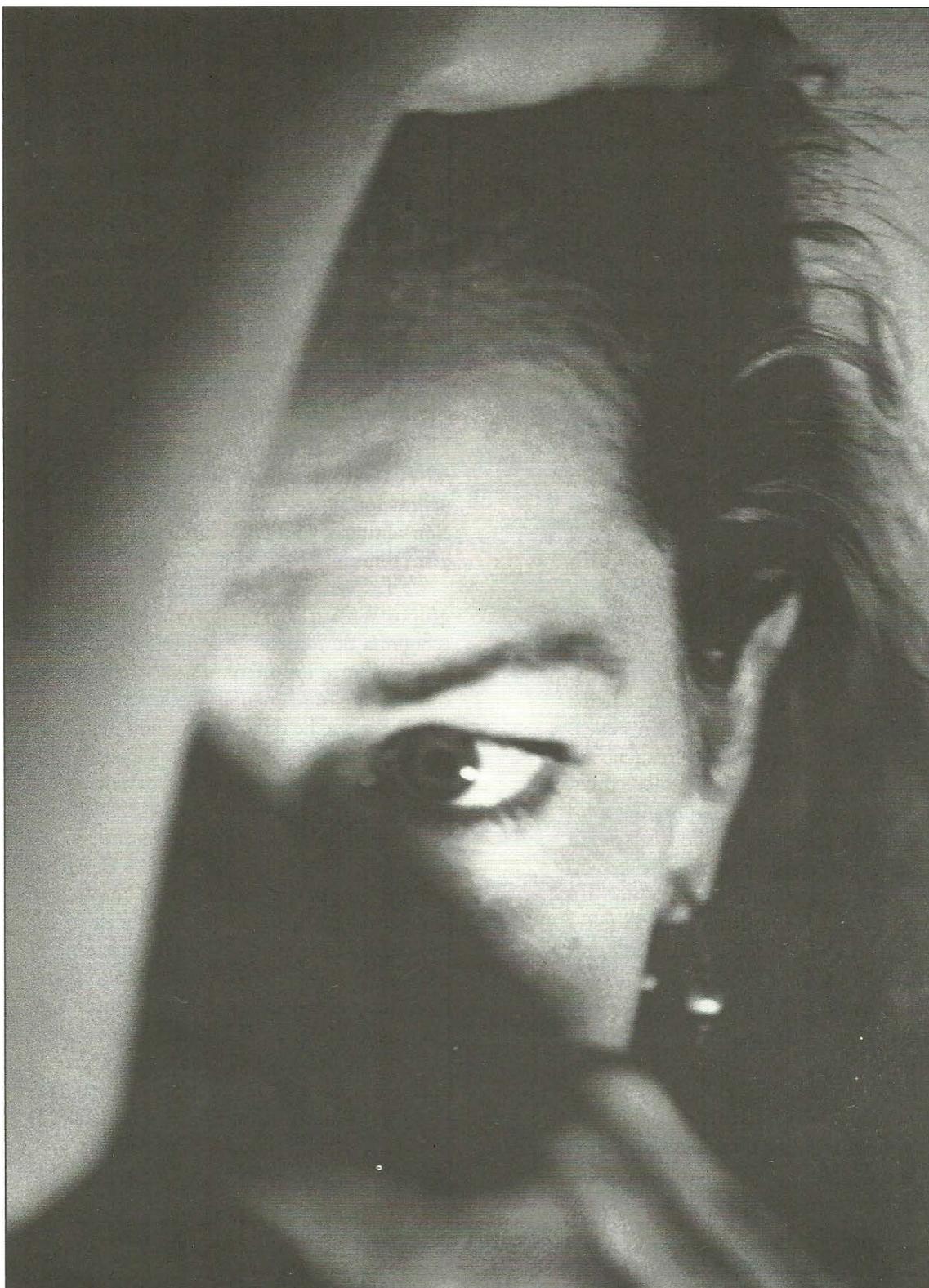
<sup>18</sup> *Jano. Revista de Medicina y Humanidades*. Enero 1995.

<sup>19</sup> QUESADA, F. *et al.: Aproximación a las creencias en salud de dos zonas básicas. Atención Primaria*. (En prensa).

<sup>20</sup> QUESADA, F.; MARTÍNEZ, T.; BELLON, J.A.: "Validación de una escala multidimensional de autovaloración del perfil de entrevistador". Comunicación presentada en el XIV Congreso Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria. Madrid, 1994.

<sup>21</sup> CASTRO, J.A. *et al.: "Comentarios a un taller de entrevista clínica"*. Poster presentado en las Jornadas de la EASP. Granada, 1994.

Las ventajas que tiene la utilización de grupos son variadas, pudiéndose destacar la economía de recursos y la interacción que se produce entre los diferentes pacientes. El inconveniente fundamental que le veo es la metodología que he estado utilizando, en la que dábamos una especie de *clase* y luego comentábamos algunos aspectos de lo explicado entre los profesionales y los pacientes. Yo notaba que me faltaba algo, que realmente no conseguíamos que los diabéticos e hipertensos (los grupos que teníamos) se implicaran realmente en el proceso didáctico y en su enfermedad. Esto me llevó a replantearme el trabajo, y a tener la seguridad de no querer reproducir el esquema anterior, a buscar algo que fuera diferente, que aportara cosas nuevas. Así conocí la metodología de los grupos operativos. En ellos se produce una participación del paciente diferente al implicarse de forma activa en el proceso de aprendizaje.



## La noción de comunidad y el equipo de salud

*Javier Segura* <sup>(22)</sup>

***Partiendo de la sensación de que la palabra Comunidad y sus derivados Salud Comunitaria, Participación Comunitaria, Desarrollo Comunitario, etc., están pasadas de moda en las instituciones sanitarias actuales, se hace un análisis de las posibles causas de su caída en desgracia en los últimos años.***

***Desde el artículo se pretende contribuir a su posible resurrección, profundizando en la misma noción de comunidad, conociendo algunos acercamientos teóricos desde diversas disciplinas y prácticas, planteando dudas conceptuales y finalmente reflexionando sobre las dificultades actuales con las que tropiezan los Equipos de Salud que dan servicio a un territorio (llámense Equipos de Atención Primaria, Equipos de Salud Mental, Equipos de Salud Pública, etc.), al abordar el trabajo comunitario.***

### Una palabra pasada de moda

Las palabras y su uso también sufren los *embates de las modas*. Un ejemplo es el término *Comunidad*, que después de haber sido utilizado intensamente en las décadas de los 70 y 80 en nuestro país, después de haber servido de bandera y seña de identidad de sectores profesionales, concepciones, prácticas y metodologías progresistas (psicología comunitaria, medicina comunitaria, etc.), parece que suena cada vez menos en las *orquestas institucionales* y en las *emisoras profesionales*, y ha sido sustituido, en algunos sentidos, por el término *Sociedad Civil* en el escaparate de las modas lingüísticas.

Ello podría hacer pensar que el término está superado, es decir, que es un significante que ya no sirve para dar cuenta ajustada de la realidad del significado, de la realidad social. ¿Ha cambiado este significado o han cambiado las personas e instituciones que utilizaban el significante?

Cabría suponer que la falta de uso, no sólo en sentido lingüístico sino también conceptual, de la palabra *Comunidad* y sus derivados *Salud Comunitaria*, *Participación Comunitaria*, *Desarrollo Comunitario*, etc. responde a una evaluación negativa de supuestas prácticas y experiencias de aplicación, que justificaran su lugar fuera de las modas.

Sin embargo, la realidad es que esta evaluación no es explícita, no es pública y no suele estar basada en el análisis de experiencias concretas, contrastables y discutibles, sino

---

<sup>22</sup> *Javier Segura es médico, especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, y en Salud Pública. Actualmente dirige el servicio de Salud Pública del Área V de la Comunidad de Madrid.*

que forma parte del run-run de las instituciones y de los pasillos y espacios no oficiales donde se gestan las *culturas dominantes*.

La principal razón de este ocultamiento es la fuerza ideológica que tiene la noción de Comunidad, y las lecturas ideológicas que se puede hacer de la caída en desgracia del uso del término en las instituciones.

Por ello las instituciones presentan ese cambio de valoración del concepto y del término como un problema técnico o de busca de la *eficacia práctica*, más que un problema ético o de cambio de modelo, por lo que su componente ideológico queda ocultado.

Desde este punto de vista *técnico* se pasa de ver la comunidad como un *objeto* de trabajo, cuyo fin es su transformación en sujeto colectivo no alienado, que sea el principal protagonista en la toma de decisiones (sobre su salud por ejemplo), a verla como la suma de clientes individuales, a quien hay que darles un servicio satisfactorio (servicio sanitario por ejemplo) para que no se pasen en el futuro a los servicios privados con sus cotizaciones o voten a otros partidos en las próximas elecciones de turno.

Otras veces nos encontramos con un discurso institucional que valora la acción en el espacio comunitario pero renuncia a ella, pues la consideran propia de grupos de autoayuda, organizaciones no gubernamentales (ONG), etc.

La estrategia planteada así consiste en subvencionar a estas ONG, y por lo tanto tener un mecanismo de control sobre ellas, mientras la institución puede exhibir su papel e interés en el trabajo comunitario en su "cartera de servicios".

Sin embargo, detrás del discurso oficial que a veces se presenta de nuevo con el disfraz técnico, que habla de una mayor eficacia de este tipo de inversiones (subvenciones), se esconde, a veces, *una auténtica renuncia al trabajo comunitario*, mediante la delegación del mismo en estas organizaciones.

Con el mencionado discurso ("Hay que dejar en manos de la sociedad civil su desarrollo. ... pasando el Estado a un segundo término") de resonancias claramente neoliberales, se puede justificar la falta de contratación de profesionales comunitarios en los servicios de salud, o la dedicación exclusiva de éstos a actividades clínicas, individuales y a demanda.

*Parecería como si a las instituciones les sirviera el término comunidad para los procesos instituyentes, y les dejara de servir cuando se alcanza lo instituido.* Es decir, es útil a la institución que nace y necesita ir creándose un espacio y una clientela, perdiendo vigencia esta utilidad cuando la institución siente su existencia asegurada más allá del fin inicial que justificó su creación.

Las propias instituciones se apropiaron del término en las últimas décadas para nombrar nuevas estructuras organizativas: Comunidad (Económica) Europea, las Comunidades Autónomas en España, etc., e incluso, más recientemente la Comunidad de Estados Independientes, en la ex-URSS.

Más allá de modas, cierta frescura y calidez del término, que crea asociaciones mentales próximas a lo familiar, a la amistad, a lo original, a lo primitivo, a lo informal e incluso a lo espiritual, permitieron a las nuevas instituciones una tarjeta de presentación *más amable* frente a los ciudadanos, que al fin y al cabo habían sido salpicados por los movimientos contra institucionales de los años 60 y por la desconfianza frente a las instituciones en nuestro país tras la experiencia franquista.

Este apropiamiento institucional del término ha creado curiosas confusiones en el lenguaje y en la acción a la hora de trabajar *en la comunidad* desde una institución que se autodenomina Comunidad, como le ha ocurrido al autor de este artículo.

Como decíamos antes, al alcanzar estas nuevas organizaciones cierto grado de institucionalización abandonan la noción quedándose sólo con el término para designar a la propia institución, e incluso en algunos casos se abandona el propio nombre por el que fue bautizado. Ahí tenemos el ejemplo del cambio de *Comunidad Europea* por *Unión Europea*.

## La noción de comunidad

Ante este panorama la principal aportación que se puede hacer en contra de este ocultamiento ideológico, es intentar profundizar en la misma noción, planteando dudas conceptuales, conociéndolos diferentes acercamientos teóricos, y resaltando posibles lagunas en los modelos conceptuales sobre la comunidad, tanto de la psicología social como de otras disciplinas y prácticas, que animen al desarrollo de la investigación en este campo.

Finalmente completaremos nuestra aportación aplicando este análisis conceptual, tanto de la noción de Comunidad como de la noción de Intervención Comunitaria en el campo de la salud, a la reflexión sobre las dificultades actuales con que tropiezan los Equipos de Salud al abordar el trabajo comunitario. Este análisis se centrará en mi campo profesional actual de experiencia que es la Salud Pública, pero probablemente puede ser extensible a otros campos como la Atención Primaria, la Salud Mental, los Servicios Sociales, etc., lo cual será juzgado por los lectores del presente artículo que ejerzan en estas áreas.

Arrancaremos con las dudas conceptuales: ¿Qué se puede considerar una comunidad? ¿Constituyen una comunidad el conjunto de trabajadores y patronos de una empresa? ¿Un Club de fútbol? ¿Los jóvenes entre 15 y 20 años de una ciudad? ¿El conjunto de emigrantes extremeños de una ciudad del área metropolitana de Madrid? ¿Se puede recortar la comunidad como la población atendida por un Centro de Salud o Servicios Sociales? ¿Forman una comunidad las monjas de un convento? ¿Y las amas de casa de un barrio? ¿O los integrantes de una asociación de vecinos?

¿Dónde está el límite para que una población sea considerada comunidad?: ¿La población de un barrio?, ¿de una ciudad?, ¿de una región?, ¿de una nación? ¿Qué carácter tiene este límite: territorial, poblacional, cultural, etc.? ¿La familia es una comunidad? ¿O es una asociación? ¿Qué elementos tienen que darse para que desde fuera se *defina* y se

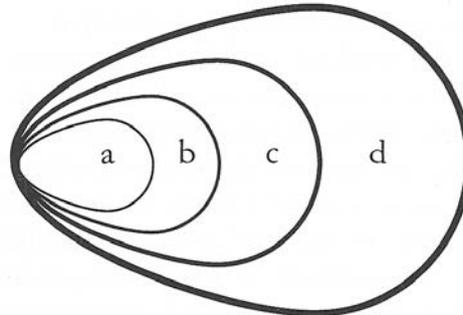
considere un núcleo humano como comunidad? ¿Son los mismos elementos que tienen que estar presentes para que ese núcleo humano *se sienta* una comunidad? ¿Los habitantes de una gran ciudad se sienten como parte de una comunidad? ¿O sólo cuando van al fútbol a defender los colores de su equipo frente a otro de otra ciudad?

¿Qué teorizaciones hay sobre este concepto? Empecemos por lo más cercano. La concepción operativa de grupos y la psicología social.

## La comunidad: ¿paella o paellera?

A mediados de los 70, José Bleger en su libro *Psicohigiene y Psicología Institucional* (1) en el que expone la Teoría de los Ámbitos, sitúa el término en el ámbito (*ámbito comunitario*) más *externo*, más alejado de los ámbitos en los que suele trabajar la psicología y para lo que se forman los psicólogos (y el resto de profesionales de la Salud). Según este modelo, será además el ámbito más *inclusivo*, por contener a todos los demás:

- a) ámbito psicosocial (individuos);
- b) ámbito socio dinámico (grupos);
- c) ámbito institucional (instituciones);
- d) ámbito comunitario (comunidad).



Bleger nos advierte que si la psicología (lo cual insistimos que es extensible a otras prácticas y disciplinas) quiere ampliar su ámbito de trabajo, haciéndose *grupal, institucional o comunitaria*, tiene a la vez que reformar sus modelos conceptuales, y crear o adoptar modelos propios del nuevo ámbito, aunque pertenezcan a disciplinas ajenas a la propia.

Ese paso se dio claramente con la psicología grupal, que tuvo que complementar, e incluso abandonar, categorías conceptuales utilizadas para el individuo aislado (organismo, homeostasis, libido, etc.) introduciendo nuevas categorías propias de las agrupaciones humanas (comunicación, interacción, identificación, etc.) y apropiarse conceptos en otros lugares epistemológicos (incluido de algunos aparentemente muy alejados como la Física, en el caso de Kurt Lewin).

Así se llegó a superar la idea de que un grupo era el equivalente a una suma de individuos, descubriéndose el valor de *un plus* que transformaba a los propios individuos.

Un pasaje parecido se empezó a hacer en el ámbito institucional. Cuando la psicología social quiso *hincarle el diente* a las instituciones, inicialmente (¿o todavía seguimos igual?) las abordó como el conjunto de grupos interrelacionales, utilizando conceptos y metodologías grupales.

Cuando se descubrió la especificidad de la institución más allá de la suma de grupos, cuando se descubrió *El Plus* que no podía ser abordado con los viejos instrumentos, se tuvo que echar mano de teorizaciones y metodologías de investigación e intervención propias de la sociología, contribuyendo al surgimiento del Análisis Institucional.

Sin embargo, en el ámbito comunitario este proceso parece estar todavía muy inmaduro. Da la impresión que estamos en una fase en que este ámbito es considerado por la psicología social como la suma de instituciones, la suma de grupos o incluso la suma de individuos. Y a pesar de que se ha *picoteado* en concepciones e instrumentos materiales propios de la sociología, la antropología o la ecología humana, todavía no se ha alcanzado a conceptualizar suficientemente este *Plus* e incorporarle a los métodos de trabajo.

La noción de Comunidad es abordado desde la Concepción Operativa de Grupos (2), (3), (4) como:

a) Como un Lugar-soporte de otros ámbitos: individual, grupal, institucional. Es el continente que soporta y guarda las otras realidades. *La Comunidad no tendría corporeidad*, siendo ésta la propia de las otras instituciones: el cuerpo del individuo, el cuerpo del grupo, e incluso el cuerpo de las instituciones, visualizados a través de sus edificios (una escuela, un hospital, una cárcel, un manicomio, etc.).

La comunidad sería como una enorme *paellera* que contendría los granos de arroz, sueltos (individuos) o pegados (grupos), y las tajadas (¿instituciones?).

b) Como el *espacio Interinstitucional*, es decir, analizando los fenómenos que se dan cuando dos o más instituciones se relacionan y/o compiten, sin que, por otra parte, estén a veces claramente diferenciadas las nociones de Institución y Asociación.

c) Como una forma de *Contextualizar* en el tiempo y en el espacio lo grupal, de dar historicidad y geografía al grupo y a sus esquemas referenciales, incluyendo su concepto de salud.

d) Como un lugar de *Convergencia Epistemológica*, a dos niveles:

- Convergencia entre los esquemas referenciales (concepciones, prácticas, instrumentos, etc.) de los trabajadores sanitarios o comunitarios, por un lado, y la representación que los ciudadanos tienen de su salud comunitaria, por otro lado.

- Convergencia entre los esquemas referenciales de diferentes campos profesionales que reclaman lo comunitario como propio: asistentes sociales, educadores de adultos, funcionarios locales, planificadores económicos, expertos en extensión agraria, médicos, enfermeras, psiquiatras, psicólogos, sociólogos, antropólogos, ecólogos, etc., y que están condenados a hacer converger sus prácticas y herramientas si no se quieren arriesgar

a que surjan rivalidades que puedan segmentar la comunidad, dificultar la adaptación de la misma a los cambios y duplicar fuerzas (5).

## La comunidad: un concepto geo-socio-psicológico

De cualquier forma, a partir de aquí Bleger acude a las fuentes de la Sociología para tratar de dar *corporeidad* al concepto de Comunidad.

"Una comunidad se define como un conjunto de personas que viven juntas, en un mismo lugar, y entre los cuales hay establecidos ciertos nexos, ciertas funciones en común o cierta organización. Es decir, que en el concepto de comunidad intervienen dos características fundamentales: la geográfica y la funcional. La primera se refiere a un cierto espacio, en el que transcurre la Vida de los seres humanos; la segunda se refiere a los aspectos que le dan cierto grado de cohesión, de interrelación, de unidad" (1).

Es decir, la corporeidad se establece no sólo a través del espacio, de la geografía, sino a través de los "Nexos". La dificultad estriba en definir estos nexos y es alrededor de ellos donde se ponen en evidencia las diferencias conceptuales de disciplinas y de corrientes de pensamiento.

Así algunas concepciones contemplan a la Comunidad como un concepto "Geo-Sociológico", que no incluye el *Psico*, es decir, como un "conjunto de subsistemas funcionales (económicos, educativos, políticos, religiosos, jurídicos, reproductivos, etc.) interrelacionados en un territorio determinado", en el que no es necesario la presencia del *Sentimiento del Nosotros* (6).

Desde otros lugares, la comunidad es un concepto "Geo-socio-psicológico", que no sólo se define por el territorio y por la organización funcional de las personas que viven en él mismo, sino por la existencia de un vínculo, de un Estado Mental Común, que configuran su Sentimiento del Nosotros, y van construyendo un Imaginario Comunitario, basado no sólo en vínculos actuales, sino también en vínculos heredados, vehiculizados a través de la cultura de la Comunidad.

Una de las teorizaciones más ricas sobre este carácter psicológico o imaginario de una comunidad nos lo aporta Ferdinand Tönnies (7).

## Tönnies: comunidad y asociación

Tönnies nació en 1855 en una granja de Schleswig-Holstein (región del norte de Alemania), en un ambiente campesino y frisón, que le llevó a tener una sensibilidad especial por los lazos comunitarios que unen las minorías étnicas, y a la necesidad de especular sobre aspectos de la Cohesión social que habían abandonado tanto el positivismo de Comte como el socialismo marxista (8).

Para Tönnies (7), en el hombre se desarrollan tendencias de orientación hacia otros seres de su especie, lo que él denomina "Voluntad". Estas tendencias pueden ser de dos tipos:

- "Voluntad natural", donde dominan los sentimientos, instintos y deseos, y que genera una conducta que permite la estructuración social en Comunidad. En estas relaciones comunitarias, los hombres se tratan los unos a los otros como fines (no como medios), creando vínculos afectivos, personales, clánicos, familiares, tribales, nacionales. Un ejemplo de comunidad sería la familia o la nación.
- "Voluntad racional-instrumental", donde dominan la deliberación y el cálculo, creando una conducta que da lugar a una estructuración social en Asociación, donde los hombres se tratan como medios para conseguir sus fines. En las relaciones asociativas predomina el vínculo instrumental, racional y estratégico. Un ejemplo de asociación sería un banco, una fábrica o un estado.

Tal como plantean Salvador Giner y Luis Falquer en el prólogo de la edición española de su obra (8), según Tönnies, "sin comunidad no hay moralidad pero sin asociación no hay progreso". Al igual que Marx, Tönnies se empeña en la *búsqueda de la comunidad perdida*, en encontrar la forma de compatibilizar la comunidad humana solidaria y altruista del comunismo primitivo, con el socialismo, como expresión asociacional de toda colectividad que se organiza institucionalmente de un modo civilizado y moderno.

Las palabras cobran actualidad cuando vivimos las consecuencias de la búsqueda de *la modernidad* desatendiendo la *moralidad* por un lado, y el auge de los nacionalismos y de las guerras *raciales*, por otro lado, donde la exacerbación de los vínculos tribales, sería consecuencia del debilitamiento o de la crisis de los vínculos racionales-instrumentales (crisis del socialismo y caída de los estados del socialismo real).

## El sentimiento de comunidad

Este concepto bipolar (Comunidad y Asociación) de Tönnies tuvo un gran influjo sobre la ciencia social moderna, y tiene una indudable relación con las teorías de Cooley sobre Grupos Primarios y Grupos Secundarios (9); las de Durkheim, contemporáneo de Tönnies, sobre la Solidaridad mecánica y la Solidaridad orgánica (10); las de Redfield sobre la Sociedad folk o primitiva y la Sociedad urbana (11); y las de la Ecología humana (Hawley) sobre las Comunidades dependientes y las Comunidades independientes (12).

A la vez tiene unos precedentes en el concepto de "Consenso" de Comte, o en la concepción de "la sociedad como un organismo" de Spencer.

De forma esquemática, y corriendo el riesgo de simplificar en exceso, en todas estas concepciones el *Sentimiento del Nosotros*, el *Estado Mental Común*, el vínculo psicológico entre los miembros de una comunidad sería más visible en comunidades preindustriales o preurbanas.

Es decir, en comunidades pequeñas, aisladas, homogéneas, autárquicas, en las que sus miembros se mantienen juntos por semejanza, derivándose un mutuo apoyo y un sentido de solidaridad grupal y de pertenencia, a la vez que se dotan de normas o valores bien establecidos (8) (12).

Siendo este vínculo psicológico menos visible en comunidades industriales o urbanas. Es decir, en comunidades grandes, con mayor densidad de población, donde se desarrolla la diferenciación de funciones, la especialización y la interdependencia. La unidad de la población es la división del trabajo más que el consenso, y las normas o valores están menos claramente establecidas o de forma más débil e inestable. En estas sociedades existe una tendencia a la desaparición del sentimiento de pertenencia y de aparición de un fuerte individualismo, que impide la conciencia comunitaria sobre los problemas comunes y sobre la necesidad de la solidaridad para abordarlos. Son comunidades que tienden a la disgregación, a la "anomia" de Durkheim o a la "alienación" de Marx (8) (1).

El sentimiento de comunidad en este tipo de sociedades se encuentra sólo en los clubes de fútbol, en los deportes de masas o en grandes agrupaciones como la nacionalidad.

Maclver y Page analizan en su texto ya clásico de sociología (13) el sentimiento de comunidad, identificando varios elementos:

1°. El Sentimiento del Nosotros, es decir, el sentimiento de formar parte con otros de una unidad indivisible (*nuestro pueblo, nuestra ciudad, nuestra nación*), que surge especialmente cuando estas entidades son objeto de crítica o amenaza desde fuera. La identidad siempre surge *frente al otro*.

2°. El sentimiento de representación de un papel, es decir, el sentido del rango o posición social, el lugar que cada uno tiene dentro del conjunto de la comunidad.

3°. El sentido de la dependencia. Donde se incluye no solamente la dependencia física de la comunidad para obtener el sustento material, sino también la dependencia psicológica, al ser la Comunidad el *gran hogar* que lo sustenta y en el que se encarna todo lo que es familiar. Es el refugio contra la soledad y los temores.

El sentimiento de comunidad se formaría mediante la educación, mediante un proceso de sociabilización en el que se transmiten memorias, tradiciones, costumbres, instituciones y valores (incluyendo los asociados al concepto de salud y enfermedad), que alimentan el sentimiento de poseer algo en común.

Al hombre le sería imposible escapar de esta experiencia sociabilizadora de la vida en unión con otros, aunque se rebele contra algunos de sus códigos.

## La noción de comunidad y el equipo de salud

¿Cuál es la traducción práctica de los conceptos desarrollados hasta aquí aplicados al campo del trabajo comunitario? ¿Cómo debe operar un equipo técnico comunitario de un Centro de Salud o de Servicios Sociales con esta noción de comunidad y con este sentimiento de comunidad? ¿Cómo lo integra en su esquema referencial, en su análisis de la sociedad a la que sirve en su acción? ¿Cómo maneja esta entidad psicosocial que es capaz de liberar fuerzas, que configuran tanto sociedades solidarias, adultas y maduras para decidir sobre sus problemas, como aberraciones tales como son *chovinismo, nacionalismo y racismo*?

¿Cómo es capaz de reconocer e identificar estos elementos específicos del ámbito comunitario en un trabajo con los otros ámbitos individuales, grupales e institucionales?

En los últimos años se han constituido desde las instituciones equipos de trabajo (*Equipos de Atención Primaria, de Salud Mental, de Salud Pública, de Servicios Sociales, etc.*) con la función de dar un servicio a un territorio concreto, a una comunidad (*zona básica, distrito, Área, etc.*).

Sin embargo, este mandato institucional de trabajar para un territorio, para una comunidad ha sido interpretado de formas muy diferentes.

Por ello se hace necesario que volvamos a las definiciones conceptuales para aclarar qué entendemos nosotros por *trabajo comunitario en el campo de la salud*.

Trabajar desde una perspectiva de Salud Comunitaria en un territorio supone el considerar a los fenómenos de salud y enfermedad como fenómenos colectivos, emergentes de la dinámica que se crea en una comunidad por el juego de interrelaciones de sus subsistemas económicos, educativos, políticos, religiosos, etc., y fuertemente determinados por el concepto de salud y enfermedad que impregna el Imaginario Comunitario y la Cultura de la Comunidad.

Estos fenómenos emergentes van a poder manifestarse con diferentes apariencias en los diferentes ámbitos que componen la comunidad: individual, grupal-familiar, institucional y comunitario.

Desde este punto de vista, la lectura y el análisis que el técnico comunitario haga, tanto de las enfermedades y riesgos de salud observados en una comunidad, como de las demandas de servicio que plantee su población, deben realizarse bajo la óptica de la *especificidad de la dinámica de esa comunidad en un momento concreto y con una historia anterior concreta*.

Además, el técnico que quiera sacar el máximo provecho a este análisis de emergentes, deberá extender dicho análisis al resto de ámbitos incluidos en la comunidad, independientemente del ámbito en que ha surgido el fenómeno o la demanda.

Nos serviremos de un ejemplo para aclarar este modelo conceptual: la atención a una alarma provocada por un brote de toxiinfección alimentaria (por ejemplo, una salmonelosis) en un comedor escolar de una comunidad.

Un abordaje no-comunitario del problema se limitaría a la atención clínica a los enfermos y la investigación epidemiológica del agente microbiológico causal y del alimento implicado. Este tipo de actuación está protocolizada y puede aislarse de la especificidad comunitaria del brote.

Sin embargo, la visión comunitaria del problema integraría a las acciones anteriores otro tipo de aspectos y actuaciones como: la atención al impacto del suceso en los padres de los niños afectados y expuestos, el nivel de riesgo que estos están dispuestos a asumir (¿cierre del comedor?), las fantasías y ansiedades que se despierten con palabras como "epidemia" o "salmonelosis", la movilización producida por el brote y su impacto en las relaciones entre padres, director del colegio, concejal de sanidad y/o de educación del ayuntamiento, responsables del Ministerio de Educación, dueños de la empresa que sirve las comidas, trabajadores que manipulan los alimentos y equipo de salud.

Podríamos ampliar el análisis, considerando el efecto que la detección de un posible portador asintomático de una bacteria patógena entre los trabajadores de la cocina puede tener en la relación laboral entre la empresa y los trabajadores. Así como la influencia que ha tenido esta relación laboraren las condiciones higiénicas del lugar de trabajo y en la actitud de los manipuladores de alimentos.

A la hora de identificar los factores de riesgo relacionados con la contaminación del alimento (deficiente infraestructura y equipamiento del comedor, defectos en el proceso de trabajo, etc.) podríamos incluir en estos factores la confusión existente en algunos casos sobre la responsabilidad institucional (¿Ayuntamiento o Ministerio de Educación?) en la dotación y mantenimiento del colegio.

Por otra parte, el equipo de salud se enfrentará a las resistencias de los diferentes materiales actores a asumir su responsabilidad alícuota del hecho y a buscar soluciones colectivas, implicándose en las mismas y definiendo, consensuando y aceptando un nivel de riesgo sobre la salud.

Por esta probable huida de la implicación, fácilmente aparecerá un trabajador portador culpable único del hecho, o el conjunto de trabajadores con deficientes hábitos higiénicos. Estos a su vez culparán al empresario de las malas condiciones laborales bajo las que tienen que trabajar. En la misma línea, el ayuntamiento y la institución educativa se intercambiarán acusaciones mutuas de abandono en el mantenimiento del colegio. Y finalmente los padres acusarán a todos los anteriores de poner en peligro la salud de sus hijos, delegando su solución en el equipo de Salud y en las "autoridades", y exigiendo que les devuelvan a la situación anterior al brote, en la que la ausencia de síntomas les confería la falsa seguridad de *riesgo cero*, de no existir problemas de salud.

La consideración de estas variables y de la interrelación de estos actores, no debe hacerse sólo para sopesar su posible influencia en la resolución del brote, sino que deben

incorporarse al análisis de las posibles causas del mismo, que pasa a ser visto como el emergente en un momento dado de la dinámica de esta comunidad escolar.

A partir de este ejemplo también podemos aclarar lo que entendemos por *el fin de la intervención comunitaria*, que sería doble:

a) Buscar el *esclarecimiento* (hasta donde sea posible) de la relación entre esos fenómenos y la dinámica de los factores estructurales de esa comunidad en un momento dado. Esclarecimiento que permitirá una toma de conciencia de la comunidad sobre esa relación y una contemplación nueva sobre la enfermedad y sus riesgos, abriendo el paso al segundo fin de la intervención comunitaria.

b) Lograr la *implicación* de la comunidad en el control de sus riesgos de salud y de sus enfermedades. Supone el favorecer la transformación de la comunidad como conjunto de sujetos pasivos, que delegan estos problemas en los equipos de salud y/o en las instituciones en general, en sujetos activos que se hacen corresponsables de los mismos, y que contemplan al equipo de salud como un recurso más de apoyo para su toma de decisiones.

Esta implicación puede realizarse en los diferentes ámbitos: individual (el manipulador de alimentos), grupal (los trabajadores del comedor), institucional (el ayuntamiento, el Ministerio de Educación, la APA) o comunitaria (definición conjunta del nivel de riesgo que se quiere asegurar en los colegios de esa comunidad).

Al igual que el sentimiento de pertenencia grupal favorecerá la implicación grupal, el sentimiento de comunidad facilitará la implicación comunitaria, que en último extremo no es más que el *desarrollo de una democracia participativa*, que no se basa sólo en el voto cada cuatro años, que reduce la delegación al mínimo y que permite tomas de decisiones sobre la salud como las siguientes: ¿Qué nivel de contaminación ambiental estamos dispuestos a aceptar? ¿Qué nivel de riesgos laborales sobre la salud? ¿Qué política de atención a los ancianos se debe desarrollar?, etc.

Por otra parte esta búsqueda de la implicación comunitaria por parte del Equipo de Salud exige la implicación previa del propio equipo en el abordaje integral del problema de salud, más allá, como ahora veremos, de lo que suele exigirle la propia institución *para la que trabaja*.

Esta implicación de los equipos de salud territorializados debe superar varias dificultades básicas con lo que se han encontrado los mismos a la hora de identificar *su comunidad* e intervenir sobre la misma. Analicemos estas dificultades y problemas:

1°. Problemas en relación con el territorio.

La población atendida no tiene, a veces, las características de comunidad, que hemos expuesto anteriormente:

- Bien porque la zona o distrito que se le asigna al servicio correspondiente es una construcción artificial, que es parte de una comunidad más grande (puede ser el caso de

algunas zonas básicas de las grandes ciudades), o abarca varias comunidades (por ejemplo las Áreas o los distritos urbano-rurales) que son tratadas como si fueran una realidad homogénea y por lo tanto tuvieran las mismas necesidades y los mismos problemas de salud.

- Bien porque dicha población atendida se corresponde con la población asignada administrativamente al Centro o al profesional (*las cartillas* asignadas por médico), la cual reside en varias comunidades, o simplemente, se corresponde a la población que acude al Centro a demandar un servicio desde diferentes comunidades.

#### 2°. Problemas en relación con el sentimiento de comunidad.

Las comunidades atendidas tienen, a veces, un escaso sentimiento de comunidad. Esto se ha dado especialmente en el ámbito urbano, donde los nuevos equipos se han asentado en nuevas ciudades de los cinturones metropolitanos, creadas a partir del aluvión de inmigrantes de las décadas de los 60y 70, cuyo *corazón comunitario* no se había despegado de su pueblo de origen, de Extremadura, Castilla o Andalucía.

En otras ocasiones, más escasas, estos nuevos equipos se asentaban en barrios de la grande y vieja capital. Pero el espíritu comunitario de la metrópolis no ha sido inmune a los cambios que ha traído el proceso de urbanización de los últimos años.

Así el encarecimiento del suelo propio de procesos especulativos y un urbanismo promotor de una diferenciación funcional del espacio, ha favorecido la aparición de oficinas, bancos, centros comerciales, etc., acosta de antiguas zonas de vivienda y de encuentro (cines, cafeterías, parques, etc.) con una tradición de vida comunitaria.

A la vez se ha producido una expulsión de la población joven y con menos recursos al extrarradio, quedando los antiguos barrios céntricos populares habitados por tres grupos: personas de edad avanzada y escasos medios económicos, emigrantes marginales y jóvenes profesionales, acomodados y sin hijos, es decir, los sectores más desarraigados desde el punto de vista comunitario.

En la periferia más alejada de la ciudad han quedado las zonas de vivienda, sin actividades ni servicios urbanos y jerarquizados por clase social. La consecuente separación lugar de vivienda/lugar de trabajo ha fomentado el desarraigo de la vida doméstica y social (14).

A todo ello debemos unir el hecho de que la creciente interconexión e interdependencia de la economía, de los recursos, de la tecnología y de los sistemas de información y comunicación a nivel mundial, favorecen una pérdida de los valores asociados al concepto de territorio y una dilución del propio sentimiento de comunidad.

#### 3°. Problemas en relación con la formación de los profesionales y con sus esquemas referenciales.

Tomemos una práctica concreta, la Salud Pública, para analizar estos problemas. Los profesionales *clásicos* de la Salud Pública (médicos, farmacéuticos, veterinarios y

personal de enfermería) arrastran una falta de formación importante para realizar intervenciones comunitarias.

Su identidad profesional está pegada a unos esquemas referenciales profesionales, aprendida en la universidad y en su práctica posterior, que incluye una visión de la enfermedad y de sus riesgos con varios tipos de miradas que no favorecen el abordaje comunitario:

a) La *mirada clínica* que reduce la enfermedad a locus corporales cada vez menores: primero los órganos, luego los tejidos, las células, las enzimas, las hormonas y finalmente los genes. Bajo esta mirada se contempla a los cuerpos como entes sin geografía ni historia, y, por lo tanto, pueden ser estudiados separados y aislados de su medioambiente, de su comunidad (15) (16).

b) La *mirada de la Policía Sanitaria*, orientada a la vigilancia del cumplimiento de las normas sanitarias, bajo amenaza de sanción. Estas normas regulan desde la ausencia de un riesgo ambiental o alimentario, hasta la de las conductas de riesgo.

Desde esta mirada se percibe a la población como un conjunto de potenciales infractores, colocados en una posición infantil, desde la que necesitan la presión de la vigilancia y el potencial castigo para evitar provocar el riesgo o la enfermedad.

c) La mirada epidemiológica. Aunque el método epidemiológico intenta encontrar variables comunes que expliquen los fenómenos colectivos de enfermedad, su utilización no favorece el trabajo comunitario cuando:

- Maneja sólo variables biológicas (edad, sexo, etc.) y asociales, no incluyendo aquellas que mejor pueden caracterizar una comunidad (lugar de trabajo, y no sólo profesión, lugar y tipo de vivienda, clase social, etc.).
- Analiza unidades geográficas grandes que incluyen varias comunidades.
- Pretende constituirse en única herramienta científica de análisis y desprecia cualquier información o método de investigación subjetivo, cualitativo o no-matemático.
- Se limita a analizar pero no a intervenir. Por ejemplo: sacar las tasas de toxiinfecciones alimentarias, de tuberculosis o de cánceres, pero no actuar sobre ellas. Se limita a ser el contador de muertos y enfermos.

Este tipo de mirada epidemiológica impide tanto el esclarecimiento de la relación enfermedad-comunidad, al favorecer un ocultamiento ideológico de las variables sociales asociadas al proceso de enfermar, como la implicación comunitaria, al limitarse al análisis y no a la intervención.

d) La *mirada de la pedagogía moralizante*. Al igual que con la mirada de la policía sanitaria se persigue el desarrollo de normas de conducta higiénicas frente a conductas *viciosas* para la salud, teniendo ambas miradas su origen común en las ideas del Despotismo Ilustrado.

Sin embargo, aquí la herramienta no es la sanción, sino la transmisión de información sobre los modelos de conducta adecuada (tabaco, alcohol, sexualidad, alimentación, etc.), sin tener en cuenta los factores antropológicos y comunitarios que determinan dichas conductas.

El proceso educativo queda reducido a la simple aportación de información mediante charlas, folletos o cuñas publicitarias.

En resumen, las cuatro miradas sobre la enfermedad, que son comunes a los profesionales de otras prácticas sanitarias (Atención Primaria, Salud Mental, Atención Hospitalaria), dificultan el trabajo comunitario.

Estas dificultades sólo pueden ser superadas por un proceso de formación que modifique los esquemas referenciales profesionales y los dote de nuevos instrumentos para el trabajo comunitario como son: la capacidad de observación y análisis de los fenómenos sociales, otras formas y métodos de relacionarse con la comunidad (trabajo con grupos, incluyendo el que forma el propio equipo, trabajo con asociaciones e instituciones, abrir y conducir procesos, etc.), una epidemiología menos cómplice de la ideología dominante y una pedagogía interactiva que integre las actitudes y valores comunitarios de la población en las acciones de Educación para la Salud.

#### 4°. Problemas relacionados con la evaluación.

Las instituciones sanitarias favorecen la caída en desgracia de la Salud Comunitaria no sólo no habilitando estos espacios de formación, sino no integrando parámetros comunitarios en la evaluación del desempeño del trabajo.

En estos casos el equipo de salud se verá valorado en función que atienda la demanda (de pacientes, de consumidores, de denuncias, de informes, etc.), sin necesidad de *complicarse* con lecturas comunitarias de la misma. O bien, se evaluará el cumplimiento de las funciones clásicas atribuidas a la práctica profesional, medida por indicadores cuantitativos (en el caso de la salud pública un ejemplo sería: número de análisis de aguas, número de inspecciones sanitarias, número de vacunas suministradas, etc.).

Desde este *contrato* la institución puede tolerar actividades comunitarias, pero éstas se realizan *fuera de encuadre*, no incluyéndose en los indicadores que determinan el salario, el ascenso en la carrera profesional o el propio acceso al puesto de trabajo (véase el lugar que tienen las habilidades comunitarias en los temarios de los concursos-oposiciones que regulan la entrada en las instituciones de salud).

#### 5°. Problemas relacionados con el trabajo comunitario como voluntariado.

Al quedar el trabajo comunitario fuera del contrato con la institución, sólo puede ser posible si se asume voluntariamente por los técnicos desde planteamientos profesionales o ideológicos.

Así son frecuentes situaciones en las que uno o varios miembros del equipo se especializan en el trabajo comunitario.

Estos profesionales pueden, a veces, abrir camino al resto del equipo en su relación con la comunidad, dinamizándole y estimulándole a superar las dificultades apuntadas.

Sin embargo, es más frecuente que se cronifiquen como *especialistas, sobre lo que el equipo deposita la tarea comunitaria*, no haciendo éste el esfuerzo de salir de lo fácil, de lo conocido desde el esquema profesional, de lo instituido.

6°. Problemas relacionados con la protocolización.

Es frecuente que los nuevos equipos fundados en un marco de reforma institucional, después de pasar una fase inicial de confusión, caracterizada por un débil control institucional y un predominio de iniciativas y programas desde la periferia de la institución (*fase instituyente o centrífuga*) alcancen una fase de protocolización y homogeneización de objetivos y programas. Esta fase supone un mayor control institucional, desde los niveles directivos, sobre los equipos, y una limitación de las iniciativas de estos (*fase instituida o centrípeta*).

Durante esta fase de protocolización no sólo se unifican los registros (historias clínicas, protocolos de inspección, registro de actividades, programas informáticos, etc.), sino también se homogenizan los programas y actividades que hasta entonces venían realizando los diferentes equipos.

Los niveles directivos se suelen asegurar el control de unas actividades mínimas a realizar por parte de los equipos.

Este proceso de estandarización puede tener un impacto negativo en el trabajo comunitario, en el caso que la protocolización pase de ser un instrumento unificado para el registro y la evaluación, a convertirse en el vehículo de la burocratización, es decir, a *favorecer respuestas estandarizadas frente a las demandas comunitarias*.

Así, por ejemplo, el Programa de Hipertensión del equipo A y su desarrollo no se diferencia del equipo B que se encuentra en otra comunidad, o la forma de responder al alcoholismo en la comunidad A es la misma que la que se utiliza para la comunidad B.

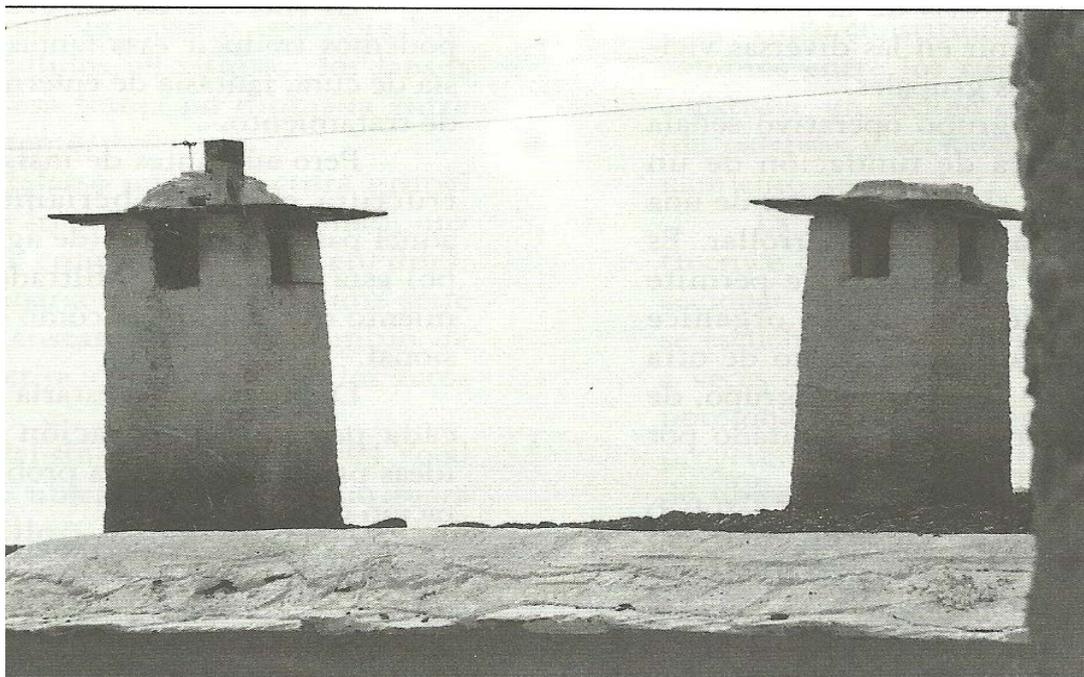
Otro problema se plantea cuando la dirección fija un mínimo común de actividades tan amplio que abarca prácticamente toda la jornada laboral e impide el desarrollo de actividades específicas (no comunes) dirigidas a problemas específicos de la comunidad.

Lo expuesto hasta ahora pretende ilustrar la afirmación de que en contra de lo que pudiera parecer tras escuchar el discurso oficial, el ámbito comunitario es un territorio todavía virgen y prácticamente inexplorado por los equipos técnicos de salud, que apenas han dado el primer paso de llevar a la práctica las teorías sobre *Desarrollo Comunitario y Participación Comunitaria*, que tuvieron una influencia importante en la elaboración de nuevos modelos asistenciales en el campo de la salud, como fueron la Atención Primaria de Salud en su concepción original (Alma Ata 1978) y la Promoción de la Salud (Ottawa 1986).

Sólo si las instituciones y los profesionales de la salud somos capaces de reconocer estas dificultades, abordarlas e incorporar los elementos específicos del ámbito comunitario a nuestra práctica, podremos evitar que la noción de Comunidad *se pase de moda*.

## Bibliografía

1. BLEGER, J.: *Psicohigiene y psicología institucional*. Paidós. Buenos Aires, 1976.
2. BAULEO, A.: "¿Qué es la salud comunitaria?", en *Notas de psicología y psiquiatría social*. Atuel. Buenos Aires, 1988.
3. GONZÁLEZ GUTIÉRREZ SOLANA, M. J.: "Psicología comunitaria. ¿Una práctica específica?", en *Actas del 1º Congreso de Medicina Comunitaria*. Madrid, 1980.
4. BUSTURIA, R.: "Salud comunitaria", en BAULEO, A. y otros, *La concepción operativa de grupos*. AEN. Madrid, 1990.
5. BATTEN, T.R.: *Las comunidades y su desarrollo*. FCE. México, 1979.
6. POLSBY, N.; BERNARD, J.; SANDERS, i.: "Comunidad", en *Enciclopedia Internacional de las Ciencias Sociales*, Vol. II. Aguilar. Madrid, 1974.
7. TONNIES, F.: *Comunidad y asociación*. Península. Barcelona, 1979.
8. GINER, S.; y FLAQUER, I.: "Ferdinand Tönnies y la ciencia social moderna", Prólogo al libro de Tönnies, F., *Comunidad y asociación*. Península. Barcelona, 1979.
9. COOLEY, Ch.: *Social Organization*. The Free Press. Glencol, 1909.
10. DURKHEIM, E.: *The Division of Labor in Society*, *The Free Press. Glencol, 1960*. Originalmente (1983) publicado con el título De la división du travail social.
11. REDFIELD, R.: "The Flok Society". *American Journal of Sociology*, 52. 1947.
12. HAWLEY, A.: *Ecología humana*. Tecnos. Madrid, 1982.
13. MACIVER, R. M.; y PAGE, Ch. H.: *Sociología*. Tecnos. Madrid, 1960.
14. CEE: *El libro verde sobre el medio ambiente urbano*. Bruselas, 1990.
15. FOUCAULT, M.: *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. Siglo XXI Editores. Madrid, 1980.
16. VOURI, H.: "El modelo médico y los objetivos de la educación para la salud", en *Tendencias actuales en educación sanitaria*. Quadern CAPS, 8. Barcelona, 1987.



## Teoría de los grupos y familia

Armando Bauleo <sup>23</sup>

***La relación entre la familia y el grupo es uno de los ejes en que se basan la teoría y la investigación sobre la grupalidad.***

***El autor expone las dimensiones de esta relación, al mismo tiempo que reactualiza algunos elementos de la concepción operativa de grupo, sobre todo la noción de emergente.***

Hay una frase de Pichón-Rivière que utilizaré y que podría parecer una tautología: "la familia debería ser como un grupo operativo y un grupo operativo como una familia".

Esta definición con carácter circular intenta dar cuenta del interjuego que se establece cuando deseamos conceptualizar sea nuestra práctica grupal como nuestra intervención en una familia.

Es que sería difícil comprender una situación familiar sin un cuerpo de nociones grupales, así como teorizar sobre los grupos sin tener en cuenta la estructura particular del grupo familiar.

Por lo tanto, para nuestra *escuela de pensamiento*, sólo una teoría de la grupalidad nos posibilita intervenir en las diversas vicisitudes de los procesos grupales. El modelo de grupo operativo señala la situación concreta de fundación de un grupo que ubicamos siempre a partir de una delimitación de una tarea a desarrollar. Es decir, la tarea sería el soporte que permite que un conjunto de personas se organice como una estructura grupal. Dicho de otra manera, el pasaje de agrupación a grupo, de conjunto a estructura, está posibilitado por la presencia de la tarea.

Estipulamos que la tarea (o finalidad) es el *soporte*, ya que el tránsito de la situación originaria (de conjunto) a la estructura grupal, no es directo y de una sola vía, sino que es zigzagueante, ondulado, con formas indecisas de progreso y de regreso, con tiempos entrecortados, en registros diversos y con expresiones que pasan de lo verbal a la acción (o viceversa).

Las irregularidades de ese tránsito son debidas a que cada participante del proceso grupal llegó a éste munido de una idea preconcebida de lo que *debería* ser la tarea que convocó al grupo. Por lo tanto, cada uno llega con fantasías sobre las modalidades de la organización que debe asumir la agrupación y de las formas mediante las cuales la tarea debería desarrollarse.

Al interior de un grupo terapéutico podemos traducir esas fantasías como fantasía de cura, fantasía de enfermedad y fantasía de tratamiento.

---

<sup>23</sup> Armando Bauleo es psiquiatra y psicoanalista. Director del Istituto di Psicologia Sociale Analitica. Venecia. Italia.

Pero aún antes de instalarnos en la estructura grupal deberíamos indicar que aquel pasaje o tránsito (de agrupación a grupo) está envuelto e infiltrado por un sentimiento que definimos como ansiedad confusional.

Dicha ansiedad estaría en parte provocada por la confrontación entre aquellas ideas preconcebidas y la probable reestructuración de ellas.

La posterior pertenencia al grupo, la necesidad de un contrato entre ellos, obliga a un reajuste y reorganización del mundo fantasmal.

Explicitamos que cuando se habla de la estructura grupal se está definiendo un instante, un recorte, un acontecimiento, de un proceso grupal.

Invirtiendo la fórmula tenemos que los participantes se sumergen en un proceso de grupo cuya finalidad sería la tarea estipulada, por lo tanto cuando señalamos *la estructura* de grupo estamos realizando un recorte momentáneo en este proceso, sería un fotograma dentro de un film.

No por ello la estructura grupal es simple. Su complejidad deriva de la existencia de un manifiesto y un latente. Como en el sueño existe un discurso manifiesto (verbal o de imágenes) que sería aquel que se formó con los elementos que la censura dejó pasar del universo de ideas inconscientes.

En el grupo lo expresivo, sean palabras, gestos o acciones, establece el plano manifiesto.

Lo indecible, los sentimientos escondidos, los deseos ocultos, las fantasías incomunicadas, las ilusiones no compartidas, las historias secretas, constituyen ese tejido que hace al espesor de cada momento grupal.

El balbuceo, las indecisiones, las contrariedades, la ambigüedad o la ambivalencia, los actos fallidos, el titubeo, los lapsus son signos de esa franja no dibujada entre manifiesto y latente.

Pero instalarse una estructura grupal significa que se ha establecido una línea, una envoltura, un continente (contenedor). Frontera imaginaria que posibilita una serie de pasajes de sustantivización, cambio de personajes, inscripción diferente de los actores.

Se pasa del singular al plural (del Yo al Nosotros) y se ubica un dentro y un fuera (Nosotros y Ellos). Aquí encontramos un punto de anclaje para que se constituya la identidad. El proceso grupal se desenvuelve a través de diferenciaciones y de ubicaciones.

Se instalan puntos transitorios de contacto y de alejamiento entre fantasías y principio de realidad.

A su vez, dentro del continente aparece un ejercicio de la libre asociación, de palabras, de imágenes, de ensoñaciones, de utopías, de cargas libidinales, de impulsos emocionales.

Por momentos cada uno juega el rol necesario para el desarrollo del argumento, cuyo autor es una subjetividad producida por el conjunto.

Es así que se instala un colectivo productor que crea, de acuerdo a los diversos tiempos, novelas que intentan solucionar conflictos. O en algunas circunstancias, ellas son la misma solución. En otras, el síntoma, y en otras, la resistencia al cambio.

La subjetividad se devela, crece, envuelve tiempos y espacios. Su presencia ocupa dimensiones no mensurables pero no por ello menos verdaderas. Su existencia marca la cultura interna de cada grupo, en tanto las historias individuales se resignifican. La otra historia (la social) proporciona los elementos que hacen que el proceso grupal sea permanentemente una confrontación entre grupo interno y mundo exterior.

Sintetizando, se establece una tarea que posibilita la organización de una estructura grupal constituida por una red de intercambios entre los sujetos participantes. Se construye un código que en un doble nivel (de palabras y acciones) garantiza el funcionamiento de la red.

La dinámica del grupo resulta del entrecruce que se ocasiona entre el hablar y el accionar (y gesticular), por lo tanto no sólo se escucha sino también se mira. La mirada, a veces directa y otras veces de *rabillo*, proporciona líneas que serán recorridas por la proyección o por la introyección que tratan de ubicar los fantasmas. El *entreojo* mostrará diversas versiones de los conflictos que surgen en el suceder grupal y, en ocasiones, acompañará la palabra o el silencio que rodean el entredicho.

Los conflictos son multifacéticos en su aparición y su posible interpretación.

El esquema de referencia, que surge de la combinatoria entre la observación y la enunciación, producido por los miembros del grupo y que, a su vez, diferencia a un grupo de otro grupo, no sólo es el eje de la comunicación, sino también el del aprendizaje. Aprendizaje de relaciones, de funciones, de emociones y sobre todo del *comentar*, es decir de como relatar aquello que nos ha sucedido.

Pero si estamos tratando el comportamiento grupal debemos señalar un elemento central para sus vicisitudes. El emergente sería ese elemento que surgido en un *contacto brusco* entre manifiesto y latente atrae nuestra atención para que investiguemos el significado de esa situación.

Dicho de otra manera, una palabra o un gesto o una acción o un diálogo acalorado entre dos participantes, o un *sobresalto* ocasionado por el cierre intempestivo de una puerta, obligan al terapeuta a buscar el sentido de lo que acontece en ese momento.

Esta búsqueda del sentido finalizará en una interpretación. Esos elementos que provocaron que se iniciase la investigación y se llegara a la interpretación, los denominamos Emergentes.

Es un *algo* que emerge, que se muestra y esconde, una doble faz, un claro-oscuro, que demanda una intervención, un Esquema de Referencia que acoja y desligue un nudo latente que imposibilita el fluir del proceso grupal.

Ahora podemos entrar en la problemática familiar. Lo haremos a partir de la noción de emergente.

Dejando la línea genética histórica y la función edípica en la construcción del grupo familiar, me centraré sobre la cuestión de la intervención y hacia ella se dirige en este momento mi discurso.

"Todo andaba bien, como en cualquier familia, pero el otro día, sin que nada lo hiciese suponer, a partir de una discusión estúpida fue que se puso furioso, empezó a gritar, golpeó a alguno de los presentes, rompió lo que encontraba por el camino, se encerró en su habitación y no sale desde anteayer."

Crisis, conflicto familiar (tratan de ceñirlo a lo individual), irrupción psicótica, *descompensación*, asombro-negación.

Pichón-Rivière sugería, y la práctica confirmó, que la observación debería dirigirse hacia la organización de ese emergente en el grupo familiar.

¿Por qué y para qué fue *ese sujeto* y no otro el portavoz del conflicto familiar?

Ciertas ideas-claves nos permiten introducirnos en la situación.

La idea de depositación establece que en toda situación grupal existe un juego de intercambios, los cuales son posible gracias a un desplazamiento de ciertos elementos en movimiento.

Existiría entre depositante y depositario un vínculo a través del cual transita lo depositado. El momento crucial o de surgimiento de una crisis sería aquel en el cual en el depositario se ha acumulado lo depositado en demasía (conflictos, ansiedades, ambiciones, requerimientos, exigencias), sin que éste pueda desprenderse de este material ni elaborarlo.

Las alucinaciones y los delirios, como ciertos actos compulsivos, muestran claramente la acumulación de los elementos, como una condensación *espesa* de difícil asimilación para la cual se busca espacios o tiempos diversos para ubicarla. El depositario en la urgencia trata de desembarazarse rápidamente de ese bagaje que lo atosiga. No se trataría ahí de reprimirlo ni de oprimirlo, sino de acompañarlo en la descarga. Pero durante siglos se lo silenció. El manicomio o los psicofármacos sólo fueron utilizados para eso. Los pacientes *tranquilos* son aquellos que se habituaron a sus *cargas*.

De este modo el emergente señala la *descompensación del equilibrio familiar*, pero la historia de ese emergente es un largo camino que deberemos recorrer a la inversa de su organización, para entender en *algo el* entrecruce de los factores causales.

Es interesante señalar como el movimiento de configuración del emergente (del paciente) va acompañado por un segundo movimiento que es el de su exclusión de la estructura familiar. La fantasía sería que con ese segundo movimiento se expulsa,

mezclados, el depositario y lo depositado. La expulsión se transforma en un rito de purificación. En el campo imaginario se trata de empezar de nuevo, de hacer nacer nuevamente el grupo familiar. En innumerables ocasiones la culpabilidad que origina esta fantasía impide escuchar al terapeuta como tal ya que este es sentido como un juez que intenta encontrar el culpable.

La cuestión es la manera de investigar cómo funcionó la red del intercambio, en cuáles puntos falló el sistema vincular. Nuestra preocupación está centrada en los disturbios de los vínculos, nos interesa el origen y el desarrollo de las relaciones; pero jamás pensamos en la superpotencia individual que puede crear enfermedades, a pesar de las *omnipotencias* que ciertos miembros del grupo familiar se atribuyen. Es decir, que el sistema de depositante-depositario-lo depositado nos proporciona una vía de comprensión de la situación.

Pero a su vez ese sistema conlleva el eje de *rol adjudicado-rol asumido*.

Al interior de la dinámica grupal se establece un *rapport* entre grupo externo y grupo interno. Es decir, el grupo actual provoca, en cada integrante, al grupo interno (que lo acompaña). Grupo interno sería una figura compuesta, inconsciente, organizada por tratos identificatorios, relaciones objetales, restos fantásticos, trozos de la novela familiar, que es resultado de nuestro pasado grupal y familiar.

En cada proceso grupal adjudicamos o asumimos roles de acuerdo a las necesidades y a las ocasiones que van surgiendo. Algunos desean buscar un destinatario, otros esperan alguna respuesta, cada participante se ubica y reubica en una dimensión fantástica de vaivenes que se alternan, de personajes que evocan otros personajes, de actores que escenifican *otras* escenas.

En el grupo familiar lo habitual, la *costumbre*, la cotidianeidad largamente compartida, la impresión de estar siempre juntos, produce el espejismo de que todos se conocen. Es dentro o por detrás de ese espejismo que se establecen los malentendidos, los secretos, la falta de información, los destinatarios equivocados, la desubicación de los mensajes, los *falsos* investimentos.

El desasosiego entre los *familiares* es mayúsculo cuando entienden que por pertenecer a un mismo grupo no por ello todos poseen un mismo grupo interno, por lo tanto cada acontecimiento puede tener diferentes significados para cada uno de ellos y diverso compromiso. A pesar del *techo compartido*, las historias individuales difieren.

Una última indicación. En innumerables oportunidades me han indicado que una diferencia entre un grupo y la familia es que esta última no tiene tarea. Es importante señalar que la familia tiene muchos problemas porque justamente posee innumerables tareas, a veces difíciles de diversificar y priorizar.

Para finalizar. Antes establecimos una diferencia entre noción y experiencia de grupo. Esta última no sólo apunta a lo vivido por los integrantes, sino también a la recomposición relacional que sucede a cada uno, a la reestructuración del grupo interno

individual y al clima (o *esprit*) que el grupo en su conjunto produjo, ello unido a los efectos de aprendizaje o terapéuticos que de los procesos grupales resultan. De eso restará una imagen que se irá decolorando con el tiempo pero que deja trazas en nuestra vida.

La noción de grupo apunta a la conceptualización de esa experiencia, al momento de reflexión y de entendimiento y, como corolario, posibilita las hipótesis o interpretaciones que pueden suscitar los diversos momentos de la dinámica grupal.

Si continuamos nos encontramos con otras vicisitudes. Si hasta ahora hablamos sobre lo que sucede en la estructura grupal, ahora deberíamos indicar qué sucede con la intervención en un proceso grupal. Es decir, la organización que se estipula a través de un contrato para poder intervenir.

A partir de ese contrato se establece una *situación grupal*, es decir una estructura triangular en la cual nos instalamos para observar dicha situación. Dicha estructura se configurará a través de tres funciones. Una teoría de la técnica señalaría los interjuegos en la situación grupal.

Las funciones serían:

- a) la de una estructura grupal,
- b) la tarea de dicha estructura,
- c) la coordinación.

Es decir, cada uno de estos tres polos tendría que ser tenido en consideración en toda operación que se realiza en una situación grupal.

La no presencia manifiesta de cualquiera de ellos obliga a investigar como punto de urgencia esa ausencia. Es así que la no presencia no es correlato de inexistencia para nuestro esquema referencial. Las ausencias son inicios de búsqueda.

La función coordinación se centra sobre el vínculo del grupo con su tarea. Expresado de otro modo, diremos que es imposible interpretar un conflicto grupal si no se parte del elemento que hoy los reúne. Siempre, la labor terapéutica se ejercen circunstancias vinculares.

En relación a la psicoterapia familiar desearía sólo añadir la importancia de señalar e interpretar la distancia que es necesaria mantener entre biología y función. También en la familia, como en todo grupo, la dinámica depende de la rotación de la *leadership*. Es decir, frente a los conflictos que surgen se trataría que se ocupe de ellos a quien es capaz de hacerlo. A su vez sería otro camino para impedir la formación de estereotipos.

Un ejemplo sobre la cuestión: Estando en ciudad de México, en el Hospital Pediátrico Universitario me solicitaron que realizase una entrevista, que los del equipo observarían detrás del *espejo*.

Se trataba de una situación familiar singular. Un cura deseaba adoptar una niña y como acompañante para esa adopción utilizaría su propia madre, la cual se transformaría también en madre adoptiva.

La situación había creado, como es de suponer una confusión y desorientación en la niña, la cual no hacía otra cosa que reflejar la situación en la cual se sumía ese grupo con *pretensiones* de familia.

Como podemos observar, las circunstancias clínicas no siempre tienen las características que esperamos.



# El grupo como espacio privilegiado del pensamiento

Liliana Checa <sup>(24)</sup>

*“Lo único importante es que quienes aprenden, aprendan pensando” HEIDEGGER*

***En este artículo se expone, desde una perspectiva de filosofía social, cómo el pensamiento puede emerger de un encuadre grupal en el que se van elaborando diferentes tipos de obstáculos, tanto afectivos como conceptuales.***

En un artículo titulado *¿Qué quiere decir pensar?*, Heidegger se pregunta cuál es el elemento del pensamiento y por esto entiende el medio, el ámbito en el que éste se mueve, se desliza, respira. No es el elemento, por consiguiente, algo accesorio o una simple situación intercambiable por otra, sino el espacio y la condición de posibilidad del pensar, puesto que cuando habla de elemento lo compara con el agua para el que sabe nadar.

Desde este marco y desde mi experiencia como coordinadora de grupos cuya tarea es el aprendizaje de la filosofía quiero exponer algunas reflexiones sobre las cuales gira mi quehacer, dado que trabajar de esta manera se apoya en una determinada concepción de la filosofía y asimismo en la convicción de que el trabajo en grupo nos remite al *elemento* del pensar, es decir, vehiculiza un acceso efectivo a los laberintos del pensamiento. Tanto la apoyatura filosófica como la consideración valorativa del trabajo en grupo, no son polos aislados o aspectos que puedan yuxtaponerse, sino que se implican mutuamente en una particular manera de concebir el pensar y de aproximarse a su zigzagueante deambular.

## Filosofía y grupo

Siempre me ha resultado singular el hecho de que Sócrates no escribiera, que su forma de hacer filosofía y su pensar fuesen el diálogo, la increpación y el cuestionamiento continuo de sí mismo y de los demás.

Platón, cuando institucionaliza la investigación racional en la Academia, considera que “la filosofía sólo es posible en la búsqueda colectiva, en el diálogo continuo de un alma consigo misma y con otras almas”.

El conocimiento, el pensar, no puede desenvolverse en el mundo cerrado de la individualidad, es obra de “personas que viven juntas y discuten con benevolencia” (Carta VII ). Supone la solidaridad del individuo con los otros, el abandono de creerse en posesión de la verdad.

---

<sup>24</sup> Liliana Checa es profesora de filosofía.

El filosofar o el pensar para Platón no es algo que encierre al individuo consigo mismo o lo coloque sólo ante un libro de texto, situaciones ambas que hacen que el pensamiento encalle. Esta convicción es tan intensa que la traslada a su estilo literario: el diálogo, donde encontramos aún vivo el calor de las discusiones grupales.

El diálogo platónico es también una crítica al lenguaje escrito y a la forma en que, a través de éste, se pretende acceder a la filosofía. De diferentes maneras, Platón nos dice que la escritura mata el pensamiento: la relación escrito-lector o mejor, texto-lector es una relación llena de equívocos, malos entendidos, complicidades infundadas. El escrito está inerte ante las preguntas del lector, tampoco puede defenderse de posibles críticas, esgrimir argumentos más persuasivos ante un lector escéptico o aguijonear a uno ingenuo. Ante el silencio del texto, el pensamiento se aletarga.

También es una relación desigual la de profesor-alumno; aquí hay un lugar predeterminado socialmente de ignorancia y otro de conocimiento; a uno le corresponde hablar, al otro escuchar; a uno hacer preguntas y a otro responderlas; pero el pensamiento que está vivo y se esfuerza por manifestarse, no conoce estas jerarquías, se arriesga a situaciones nuevas buscando los pro y los contra de un análisis, de una teoría, de un discurso; pregunta cuándo tiene los elementos para configurar una respuesta, relaciona temas heterogéneos y se desliza a nuevos territorios y si vuelve por caminos anteriores, es desde una nueva perspectiva.

Si uno se cuestiona o se interroga cuál es el elemento que hace posible el pensar y lo vehiculiza, no cabe ya otra afirmación es el grupo el elemento del pensamiento.

El conocimiento, la investigación intelectual, la fuerza del pensar no puede lograr su plenitud si está encerrado en cada uno de nosotros; en la individualidad, su resonancia se ahoga. Para que se expanda y resuene con múltiples matices necesita la discusión grupal, confrontarse con los otros, exponerse a otras miradas y otras voces, sumergirse en un ámbito nuevo que haga evidentes los prejuicios, temores y ansiedades que uno arrastra.

Cabe preguntarse ahora qué es lo que se desencadena en el grupo para que éste sea el ámbito, el elemento donde el pensar puede deslizarse y *nadar*.

## Filosofía y ECRO

El ECRO (esquema conceptual referencial operativo) es uno de los conceptos claves dentro del cuerpo teórico de grupo operativo. Es el "conjunto de experiencias, conocimientos y afectos con los que un individuo piensa y actúa" (Bleger), tiene elementos conscientes e inconscientes, es un modo particular de pensarnos y sentirnos a nosotros mismos, a nuestro entorno y a los demás y actuar en consecuencia, encontramos en él tanto aspectos teóricos como prácticos. Cada uno de nosotros, a lo largo de los años y a través de innumerables fuentes, lo ha ido conformando, es nuestra filosofía y si siempre que se aprende en grupo el propio ECRO se ve cuestionado, esto se acrecienta cuando la tarea es la filosofía, puesto que,

en la medida en que se replantean conceptos como realidad, lenguaje, subjetividad, mundo, conocimiento, etc. se ven expuestos a la crítica los elementos más íntimos del ECRO.

Cuando se estudia filosofía, por las características singulares de este conocimiento o esta búsqueda de conocimiento, el propio esquema referencial queda expuesto a una revisión continua, de otra forma es imposible acercarse al núcleo de las diferentes maneras de entender la realidad; muchas veces la dificultad para comprender un tema o una situación se debe al hecho de no poder flexibilizar el propio esquema referencial y esa rigidez hace que al intentar acercarnos a lo diferente terminemos desconociéndolo como tal y asimilándolo a nuestros prejuicios e ideas previas.

De esta manera, aprender filosofía engrupo es una experiencia en la que uno se compromete ampliamente y permite, asimismo, una mayor accesibilidad al discurso filosófico, que supone siempre, por las características que a este le son propias (necesidad de fundamentación, capacidad de rebatir las diferentes objeciones que se le hacen), la necesidad "no sólo de intercambiar palabras sino también roles; implica (el discurso filosófico) que yo no sea simplemente yo mismo con mis razones y mis pasiones, sino también el otro con las suyas, e implica del mismo modo que el otro sea a la vez yo, es decir que el otro sea el otro de sí mismo" (Lyotard).

La teoría de grupo operativo ha investigado lo que ocurre cuando el ECRO de los integrantes de un grupo se ve amenazado o expuesto en cuestión: ante lo nuevo, lo desconocido, no se sabe cómo abordarlo y con la ilusión de querer protegerse ante los fantaseados demonios que están escondidos ahí, se recurre a conductas defensivas o estereotipias, con las que se intenta, inconscientemente, estar alejado del caos.

Tratar de conocer el pensamiento de cerca, replantearse los propios pasos del razonar y analizar los pilares sobre los que se apoya, se ha considerado siempre, desde la Grecia clásica, como algo arriesgado, como una aventura en la que acechan numerosos peligros. De todos es conocida la relación que en más de una oportunidad se ha establecido entre filosofía y locura.

Acercarse a la filosofía, conocerla, produce a la vez fascinación y temor, son los dos polos de una misma situación afectiva: seduce, maravilla, pero por lo mismo es imprescindible protegerse de los peligros de la pasión que nace.

Las actitudes defensivas de quienes aprenden filosofía, si bien son similares a la de los integrantes de grupos con una tarea diferente de ésta, en el caso que nos ocupa presentan estas particularidades: aparece pronto una autosuficiencia notoria que se manifiesta por cierto desprecio a los grandes pensadores una negación ostensible de las dificultades que se tiene para leer y comprender los textos filosóficos; esta autosuficiencia va acompañada de una *conciencia de élite*: se cree que por el hecho de aprender filosofía se está en un nivel superior de pensamiento o de reflexión. Si en filosofía el ritmo más seguro es el lento, se crea por contrapartida una *ansiedad excesiva*: se supone que se conoce a un pensador por el hecho de haber leído unas pocas páginas y nace también una gran voracidad por saber de otros. Hay una gran *identificación* con los distintos filósofos y en la medida en

que se adopta sus formas de pensar se cree que se está filosofando o reflexionando de una manera creativa, cuando en realidad se está en la pre-tarea; en esto incide la imagen 'social de la filosofía y en especial la historia de la misma que, como instancia de poder, ha forjado determinados moldes de pensamiento que prescriben cómo se debe pensar y obstaculiza el surgimiento de nuevas formas de hacerlo (Deleuze).

Esto último, y el hecho de que la filosofía sea una disciplina abstracta que dificulta la situación de ciertos conceptos en el plano del *aquí y ahora*, prolonga la etapa de la pre-tarea.

Ahora bien, ¿por qué este tipo de defensas y no otras? Cabe sostener que el trasfondo cultural, ideológico, sobre el cual el grupo se organiza, da las pautas u ofrece la trama para que sobre él se tejan determinadas actitudes defensivas. Si analizamos las anteriores vemos que con ellas se simula, que son conductas que pretenden hacer creer a los demás, a sí mismos, que se posee algo de lo que en realidad se carece. Baudrillard hace una crítica muy aguda a nuestra época, a su ideología, a partir del concepto de *simulacro* (aparecer teniendo algo de lo que ciertamente se carece), que esconde un gran vacío. El simulacro es así la actitud que guía nuestra conducta, la política, la historia, la publicidad y todas las expresiones sociales.

En los grupos de filosofía, cuando los integrantes sienten amenazado su ECRO, aparecen defensas de simulación (en el sentido de Baudrillard): se hace como si se conociera con seguridad una línea de pensamiento, se habla de temas que se dominan más (no los que la tarea manifiesta indica), se evita hacer preguntas básicas, se reproducen de manera casi mimética determinadas formas de pensar intentando de esta manera, bordear el vacío que, como un abismo, se entreabre en el camino de la filosofía.

## El encuadre como violencia

La palabra filosofía está formada por otras dos: *filos* y *sofía*. Es amor a la sabiduría, deseo de conocer; a su vez, la "palabra deseo viene de la palabra latina *desiderare*, cuyo primer significado es comprobar y lamentar que las constelaciones, los *sidera* no den señal, que los dioses no indiquen nada en los astros" (Lyotard). Ante el silencio de los dioses, el hombre, desamparado, vaga intentando conocer, y emerge entonces como consuelo el discurso filosófico.

El pensamiento surge cuando se pierde la unidad, cuando la explicación que anudaba los diferentes elementos de nuestro mundo ya no tiene sentido. El pensamiento es la respuesta a una muerte, a un abandono, a una significación previa; no es una tendencia natural o una inclinación congénita a la sabiduría, imagen social de la filosofía que nos ha llegado desde la Grecia clásica. Todos sabemos que a la gran mayoría le desagrade pensar. Deleuze lo dice mejor: "Que pensar sea el ejercicio natural de una facultad y que dicha facultad tenga una buena naturaleza y una buena voluntad, es algo que no puede entenderse en los hechos. Todo el mundo sabe muy bien que de hecho los hombres

raramente piensan y cuando lo hacen es más bien por efecto de algún choque y no por un impulso placentero. Pensar es un acontecimiento extraordinario para el propio pensamiento. Y jamás alcanzará esta potencia si algunas fuerzas no ejercen sobre él una violencia. Debe ejercerse sobre él un poder de *obligarme a pensar*".

Si nos volvemos a plantear la pregunta del inicio ¿cuál es el *elemento* del pensar?, ahora podemos hacerlo desde la perspectiva del encuadre, o sea como un juego de fuerzas que conforman un espacio privilegiado para el pensamiento.

Todo encuadre imprime cierta violencia a la cual uno se tiene que ajustar si quiere lograr la meta prevista, y sabemos que la aceptación de esas reglas de juego se hace de manera ambivalente.

Es interesante analizar qué tipo de violencia se marca desde el encuadre de grupo operativo para saber cuál es el pivote que potencia el pensar.

Este encuadre coloca a los integrantes en una situación de aparente desvalimiento, significa un corte, un desarraigo respecto de las formas tradicionales de aprendizaje que deja a quienes lo aceptan, en cierta forma, librados a su propia suerte.

"La filosofía no se enseña", dijo Kant y con razón; sí se puede enseñar la historia de la misma pero si por filosofía entendemos una forma de pensar novedosa y creativa, ¿qué pedagogía mágica podrá dar las pautas para impartirla? Aunque como todo arte está imposibilitado de transmitirse, sí pueden darse las condiciones o el marco para que pueda manifestarse.

Esa distancia casi silenciosa de la coordinación es un excelente acicate para ello, sus intervenciones aparentemente desconcertantes, en la medida en que quiebran el sentido de lo esperado por los integrantes, los resitúa en un plano diferente de comprensión y reflexión. El pensamiento que no se haya perdido no busca salida, no va tras la luz (por algo la filosofía ha sido representada siempre por medio de la lechuza, el ave que abre sus ojos en la oscuridad de la noche). Se comienza a pensar o filosofar cuando se resquebraja la seguridad cotidiana, cuando la forma acrítica de vivir entra en el remolino de la duda y del cuestionamiento.

En el encuadre de grupo operativo hallamos esa *violencia* que nos obliga a pensar, es la condición de posibilidad de este acontecimiento, su espacio, su elemento, donde podrá aventurarse por territorios inexplorados.

## **Afecto y pensamiento**

Suponer que la filosofía halla en el encuadre de grupo operativo su ámbito óptimo de aprendizaje expresa una determinada concepción del pensamiento y en consecuencia del pensar.

Dicha concepción deja de lado aquellas posturas que consideran que el pensamiento es el producto de una *facultad superior* que precisa de un método idóneo para estar en buen camino o que lo asimilan a la manifestación de la conciencia que controla todas las pasiones que puedan acecharla.

En la teoría nietzscheana hallamos una formulación del sujeto y del pensamiento absolutamente novedosa respecto de las filosofías anteriores y que nos amplía el campo de comprensión de cómo se aprende a pensar.

Nietzsche sostiene en *La gaya ciencia*: "Sólo ahora comenzamos a entrever la verdad, es decir que la mayor parte de nuestra actividad intelectual se realiza de una manera inconsciente y sin que nos demos cuenta" (aquí el término *inconsciente* no debe entenderse a la manera freudiana, sino desde la perspectiva de las *fuerzas de la vida*). Más adelante, en la misma obra: "Nuestros pensamientos son las sombras de nuestros sentimientos: son siempre más oscuros, más simples que éstos".

En Nietzsche la fuerza positiva del pensamiento, aquello que lo nutre y lo potencia, es la vida, y el pensamiento, si realmente es tal, no tiene otra misión que afirmar la vida, con lo cual pensar es entonces la actividad que descubre y crea nuevas posibilidades de vida.

El pensamiento que permanece a nivel de conciencia, que no se sumerge en las fuerzas oscuras de los afectos o de las pasiones, es un pensamiento inocuo y por anodino, abstracto, que no penetra en la médula del sujeto porque nació muerto. Es propio del *ideal ascético* que tanto critica Nietzsche por el daño que ocasiona a la vida.

También en Pichón-Rivière encontramos esta postura: la enfermedad aparece cuando se disocia el pensar del sentir.

Si volvemos al grupo podemos preguntarnos: ¿qué es lo que se desencadena en él, como red de afectos entrecruzados o nudos de fuerza de diferente intensidad para que el pensar se encuentre en su elemento?

Para reflexionar es necesaria cierta ansiedad; la apatía, el aburrimiento no son la atmósfera propicia como tampoco el desasosiego extremo o la ansiedad desmedida. El pensamiento y la filosofía han surgido de cierta confusión, de cierta ambivalencia. Cuando todo es claro y obvio, es imposible pensar, pero cuando nuestro entorno deja de ser familiar, cuando nos muestra zonas en sombras, luces que se difuminan y cuando los contornos y las palabras dejan de ser precisos, entonces ahí es posible hacerlo.

Al implementar el aprendizaje de la filosofía en grupo, este dispositivo nos ofrece no sólo un clima de ansiedad necesario, sino también el consecuente pasaje a la tristeza que se logra luego de la resistencia al cambio. O sea, si por una parte es necesario cierto nivel de ansiedad, también es condición necesaria la tristeza.

La euforia no permite pensar, tampoco la melancolía, pero si la tristeza que es ese clima especial que nos ayuda a tomar conciencia de los esfuerzos equivocados que hicimos y de los nuevos movimientos que tenemos que hacer en busca de un sentido nuevo. Deleuze lo expresa en una hermosa frase: "La filosofía sirve para entristecer. Una filosofía que no

entristece o no contraría a nadie no es una filosofía (...) sirve para hacer del pensamiento algo agresivo, activo y afirmativo"; estas ideas coinciden con las de Pichón Rivière cuando sostiene que "el momento de la tarea coincide con el abordaje y elaboración de ansiedades y la emergencia de una posición depresiva básica, en la que el objeto de conocimiento se hace penetrable por la ruptura de una pauta disociativa y estereotipada que ha funcionado como factor de estancamiento en el aprendizaje de la realidad y de deterioro en la red de comunicación".

Todo esto hace que en el encuadre de grupo operativo encontremos las coordenadas que permiten desplazar el pensamiento y su reverso, el afecto, hacia diferentes puntos de fuga y, por ello mismo, el *elemento* que permite que el pensar pueda *nadar* en él.

## Reflexiones sobre un caso que no se fue de vacaciones

*María del Carmen Carrión María* <sup>(25)</sup>

He vuelto hace unos días de mis vacaciones. Y es importante matizar lo de *hace unos días* y el porqué escribo esto ahora y no el primer día, a pesar de que lo tenía en la cabeza. Y el caso es que preferí tomarle la medida a mi sillón, pensar qué iba a hacer con mi culo, si aplastarlo o removerlo, y he decidido esto último pero de forma moderada para no cagarme encima lo cual, como comprenderá, es harto desagradable.

Y aunque a usted le parezca fácil esta tarea de sentar el culo en un sillón, ya que se realiza con frecuencia y de las formas más diversas, a mí me ha llevado unos días decidir la postura. No quería que fuera tal cual cayera de forma inconsciente.

A lo que vamos. En este remover de culo o, no sé si decir, de mierda, iba implícito el escribir esta líneas que espero admita para su publicación <sup>(26)</sup> y que se refieren al caso de Margarita -así la llamaremos en adelante-.

Margarita es un personaje muy conocido aquí y también en ciertos lares de allá -cimas y llanuras del ISSORMC <sup>(27)</sup>, distrito de Protección de Menores-.

No le contaré toda la historia porque es larga y dolorosa, y corro el riesgo de cagarme encima, cosa que, ya he dejado claro, intento evitar.

Margarita es una chica que ahora tiene veintiún años muy mal cumplidos, que anda ya varios años como loca, y no por sus repetidos ingresos en el Hospital Psiquiátrico, ni por sus repetidas llamadas de atención, diagnosticadas por los expertos como "trastornos de conducta desadaptativos e intentos de autolisis".

No. Digo que anda como loca buscando referentes de normalización: una familia, límites, afecto..., y que maldice su mala suerte por venir a nacer en una familia como la suya. Una familia con una madre que cometió el gran e imperdonable error de casarse con su padre, actualmente un borrachín de pueblo sin más problemas, pero que en su juventud había gozado de una gran mala leche que empleaba en maltratar, más psicológica que físicamente, a su familia; muchos insultos y muchas noches frías de invierno con poca ropa, abrazada a su madre y en espera de que su padre, atrincherado en la casa, "durmiéndola", decidiera abrir la puerta.

Y para colmo de males, cuando la vejez, prematura por el alcohol, y el cansancio comenzaban a desarmar a su padre, su madre, que venía de una "familia bien" y disponía

---

<sup>25</sup> *María del Carmen Carrión María es trabajadora social del Centro de Salud de Cieza. Murcia.*

<sup>26</sup> Este trabajo llegó a la redacción de área 3 en octubre de 1994. (Nota de la Redacción).

<sup>27</sup> Instituto de Servicios Sociales de la Región de Murcia.

del modelo suficiente para recuperar más o menos una familia, va y se muere. "¿Puedes creértelo?". Margarita tenía entonces 15 años.

De ahí hasta ahora ha dado muchos tumbos con algún bote en Oblatas. Y entre tumbo y tumbo gritaba, como podía y sabía, María del Carmen cuáles eran sus necesidades, de institución en institución, pero estas, ya sabemos, andan sordas abstraídas en sus asuntos, que no se sabe bien cuáles son puesto que los que aparecen como explícitos no parecen ser los que las ocupan.

Y así hasta que queda embarazada. ¡Qué maravilla!, ¡un niño!, ¡un hijo! Ahora no tendría que buscar una madre. ¡Ella sería la madre! Recabaría datos, observaciones, aprendería ..... y sabría cómo hacerlo bien.

Sabía qué quería para su hijo, pero sobre todo sabía que es lo que no quería; y esto , a pesar de la alegría, le atormentaba.

Recuerdo el día en que, hablando de este tema, me preguntó: "¿Crees que seré capaz de cuidarlo bien?". Le contesté el más neutro "No lo sé" que encontré a mano.

Y entonces fue cuando se decidió a preguntarme lo que no se había atrevido a preguntarle a nadie: "Y si creo que no puedo, (tú me ayudarás a buscar una familia buena que cuide bien de él?".

Y no sé si fue su fantasía la que dijo, o la mía la que oyó "...y ¿acaso de mí también?"

Fue así como nuestra alianza, no sé si terapéutica o no, quedó sellada.

Lo malo fue que nadie preguntó, ni a ella, ni a mí, ni a nadie que conociera su situación y nuestra relación, cuando se tomó la decisión de retirar al menor y dejarlo bajo la tutela del ISSORM por encontrar incapacitada a la madre para atenderlo. Y mucho menos se preguntó cuando se decidió dar el niño en acogida con propuesta de adopción en familia ajena. Trámite que, por cierto, resultó eficazmente rápido para lo que la Institución nos tiene acostumbrados; pero, en fin, habrá que quejarse de cualquier cosa, pero nunca de la rapidez en las soluciones que en ocasiones tanto se necesita.

Así que asómbrese. ¿A quién cree que preguntaron? Es muy fácil: a los expertos, psiquiatras de la Ciudad Sanitaria que la trataron tras su descompensación en el parto motivada en gran parte por el miedo a que le quitaran a su hijo, rumores que ya le habían llegado.

Inciso. ¿Ha sentido usted alguna vez el pánico real a perderlo todo en este mundo?... Me alegro. Así no habrá tenido que sufrir más que lo justo, como yo.

Sin embargo, curioso, oye, no preguntaron a los expertos que en su zona la estaban tratando. No me refiero a mí, Dios me libre, sino al equipo de Salud Mental y en particular al psiquiatra cuyo veredicto apuntaba que Margarita estaba capacitada para atender a su hijo.

Así se lo hice saber a la Institución en un intento de seguir el juego de expertos, que en este caso nos era favorable, y de ese modo darnos tiempo a retomar las riendas de la cuestión que aquella nos había arrebatado. Y efectivamente pidieron el informe de la USM, eso sí, no sin antes advertirnos que la decisión ya estaba tomada, lo cual no cambiaba mucho las cosas, como ya nos temíamos y como, en efecto, ocurrió.

¿Y de todo esto, qué?

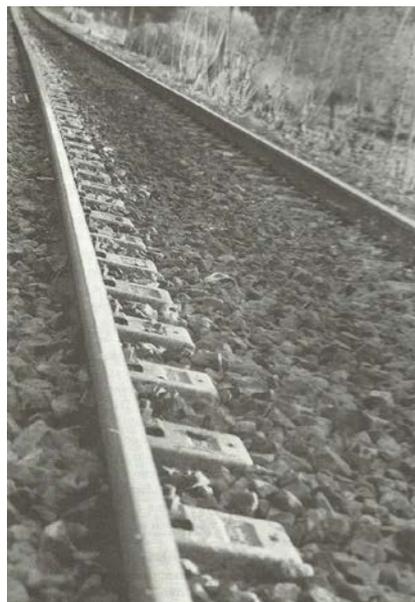
Pues ya se puede imaginar: frustración, rabia, depresión, ira, llanto, cabreo, arrebatos... Tendría que consultar el diccionario para seguir. Sin embargo, lo más trascendente de todo es el aprendizaje que pudo hacer Margarita: Nunca confiar en las Instituciones, en el Centro de Salud, la USM... Dicen que están para ayudarte: ¡Mentira!. No seas ingenua. ¿Ves como a los gitanos no les quitan a sus hijos? ¿Ves como Mengana sigue con los suyos? No debiste hablar con la "asistenta". Esas lo lían todo. ¿Ayudarte...? Pero que tonta eres. Tu problema es que eres tan pobre que ni tienes quién te proteja contra la Institución.

Al final de toda esta historia, ¿Ves?, lo extraño es que Margarita todavía viene a contarme sus miserias, sus angustias, sus insomnios. .. y sus sueños. Incluso acude al Centro de Salud de vez en cuando a tener sus ataques, de desmayos o convulsiones, según lo cansada que ande, y así focalizar por un momento la atención de unos cuantos sanitarios a los que decirles cuando supone que más atentos están: "Me han quitado a mi hijo".

## Postdata

No sabe que éstos, en su ignorancia, aplauden a las instituciones. "Te engañas si me quieres confundir. Esta canción desesperada no tiene orgullo, ni moral; se trata sólo de poder dormir sin discutir con la almohada dónde está el bien, dónde está el mal".

(Joaquín Sabina, *Esta boca es mía*)



## La cuestión del voluntariado en Cataluña

*Colectivo Crítico para la Salud Mental  
Grupo de Barcelona*

La intervención de personal voluntario en diversos servicios e instituciones comienza a tener unas características preocupantes que deberíamos analizar. La preocupación y por lo tanto el análisis parten de la situación actual de las escuelas de adultos: la Generalitat ha potenciado, a lo largo del curso 93-94, una campaña de alfabetización, basada en el trabajo del voluntariado y con un presupuesto de 300 millones de pesetas, dirigido preferentemente a las personas coordinadoras y gestoras de dicha campaña, a la vez que quedan sin cubrir necesidades básicas en las propias escuelas de adultos (suplencias, sobrecarga de funciones, sobrecarga de alumnado, recorte de presupuestos para su funcionamiento cotidiano...) hasta tal punto que incluso se prevé cubrir las suplencias con personal voluntario.

Se constata a partir de aquí, por una parte, la perversión de las funciones propias del voluntariado: el apoyo desde la sociedad civil y no profesionalizada de unas determinadas tareas de ayuda social para aumentar la calidad de los servicios y su conexión con el medio comunitario, se convierte en la utilización de una fuerza de trabajo gratuita que ocupa puestos de trabajo de primera necesidad, tanto para la institución como para las personas usuarias. Por otra parte, ello significa una invasión de la administración y un control burocratizado sobre la vida cotidiana de los centros en la utilización de recursos de autoorganización directamente conectados con las iniciativas solidarias de la población.

Asimismo, las organizaciones que aglutinan movimientos del voluntariado se encuentran en estos momentos con la contradicción de ser requeridas para unas funciones que no responden a los objetivos para los cuales fueron creadas. Así, reciben demandas para cubrir puestos de trabajo y no para ofrecer a sus miembros espacios de dedicación complementaria coherente con sus principios de solidaridad; es decir, su responsabilización sobre una acción voluntaria pasa a ser una exigencia de responsabilización hacia el mantenimiento y funcionamiento de determinados servicios institucionales, ocupando además puestos de trabajo que ponen en cuestión la más elemental solidaridad en el ámbito laboral. Lo más grave es que la misma administración pública, a partir de una política de subvenciones condicionadas, presiona a las citadas organizaciones del voluntariado para que cumplan ese objetivo desviado.

En el caso de las Escuelas de Adultos, el problema se ve reforzado por el hecho de que en Cataluña, este servicio ha dejado de pertenecer al "Departament d'Ensenyament" para pasar al de "Benestar Social" que es precisamente una instancia que promueve al máximo este tipo de políticas de ahorro, correlativas a la disminución de recursos y de presupuestos. Este cambio de departamento administrativo ya significa en sí mismo la reducción de la Educación de Adultos a funciones meramente asistenciales, cuando los

planteamientos iniciales de dichas escuelas iban en el sentido de llenar de contenido educativo y socializador las tareas de asistencia a las necesidades especiales. Por ello, la mayoría de escuelas de adultos que se negaban ya a ese traspaso administrativo se resisten ahora a la intervención del voluntariado como una imposición asistencialista desde arriba que pervierte sus objetivos.

Las escuelas de adultos se están convirtiendo así en un servicio de acogida obligatoria, no sólo de la falta de escolarización y del fracaso escolar sino también de un mucho más amplio fracaso social y de la falta de recursos educativos y asistenciales en otros sectores (reciben alumnado derivado de los C.A.P. de Salud Mental, del PIRMI que no es pagado si no se demuestra la asistencia a la escuela, de la ONCE, de residencias asistidas...). La falta de recursos para asumir todas estas necesidades es absoluta, no sólo no hay profesorado especializado sino que las mismas ratios son cada vez más altas. La precariedad de esta situación nos remite a los inicios de la creación de las escuelas de adultos que fueron potenciadas, precisamente, por una acción voluntaria encaminada a la denuncia de una falta de servicios que era necesario cubrir profesionalmente. Lo que no se puede hacer es aprovechar este hecho para justificar una involución del sector y hacer de él una instancia de contención de problemas sociales en base a un voluntariado permanente.

El problema queda, pues, planteado *en el carácter que está tomando la institucionalización de los movimientos del voluntariado* ¿Cuáles son los factores que intervienen en un proceso de institucionalización que hacen que queden desvirtuados los principios a partir de los cuales la acción del voluntariado era y puede ser vivida como una aportación positiva? Habría que analizar el cómo y el porqué todo proceso de institucionalización puede convertirse en una trampa.

Cuando en los años 60-70, en conexión con los movimientos de transformación institucional, volvió a tomar fuerza la acción del voluntariado, su actuación fue recibida con unos objetivos y condiciones de colaboración inequívocos: su acción comenzaba a partir de que las plantillas laborales estaban cubiertas, ayudaban a romper los límites de una rutina profesional, aportaban iniciativas y contribuían a replantear la intervención en los campos de la exclusión, suponían la entrada del "fuera" en el "dentro" y la conexión de los espacios cerrados con el entorno comunitario, su compromiso era fruto de una responsabilización personal pactada directamente con los servicios y a partir de los deseos y necesidades de unos y otros... *La concepción del voluntariado implicaba, pues, un sistema coordinado por auto organización desde la base y no una utilización desde arriba.* El proceso de institucionalización de este movimiento ha supuesto un desplazamiento progresivo de estos principios: deja de ser un movimiento autoorganizado para pasar a ser coordinado por instancias administrativas o paralelas a la administración, los compromisos se producen en función de las necesidades de la administración más que en función de las experiencias reales de funcionamiento de los servicios, para acabar siendo una mera utilización de fuerza de trabajo gratuita que cubra las deficiencias de un sector, en lugar de producir un aumento de la calidad de vida de sus usuarios/as y trabajadores/as.

La fuerza de aquel voluntariado estaba en función de las prácticas de sector y de acción comunitaria, recogiendo el espíritu solidario que la sociedad civil manifestaba y puede manifestar con los problemas que le son cercanos y relacionados con su entorno vital y con la creación de recursos asociativos. El *voluntariado podía ser definido como la autoorganización de la solidaridad vecinal*.

La actual situación del voluntariado lo está convirtiendo en una "leva administrativa" destinada a unas finalidades alejadas de su sentido inicial porque no se da el proceso previo de la conexión con el entorno más cercano y con las necesidades y deseos concretos de la población. Pensamos que esta *perversión* responde a dos estrategias administrativas: Gestionar esta fuerza de la sociedad civil en favor de las necesidades coyunturales políticas económicas y sociales; controlar la fuerza de los espacios privados de la solidaridad, que pueden convertirse en instancias críticas porque actuar solidariamente da un saber social (sobre la diversidad, las injusticias, las carencias, las manipulaciones de los poderes públicos...) que puede llegar a ser subversivo, sobre todo entre las personas jóvenes.

Por otro lado, la actual política sobre el voluntariado provoca entre los y las jóvenes una falsa expectativa -sobre todo entre quienes tienen profesiones afines- porque tácitamente y con el reclamo de *hacer curriculum* se les promete una próxima inserción laboral, siempre pospuesta.

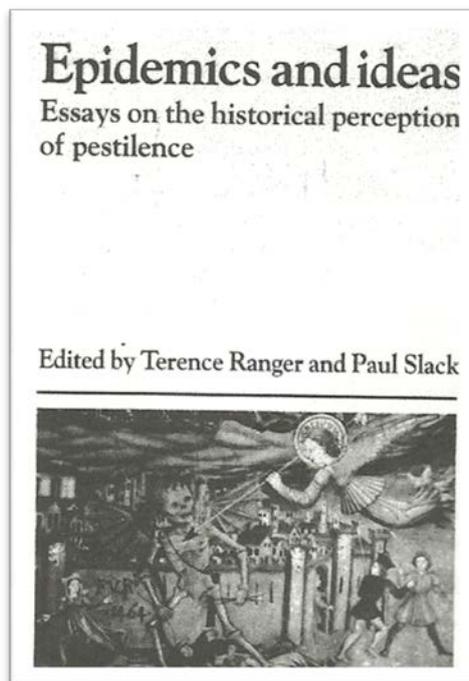
Por último, se condena la capacidad de autoorganización de la población y de su sentido solidario haciéndole creer que sus iniciativas son inadecuadas si no las canaliza a través de la administración. Por este camino, se elimina la solidaridad directa y se provoca el distanciamiento hacia las personas sujetos de necesidad que siempre serán vistas como malversadoras de los recursos ofrecidos ("se lo gastarán en vino y no en alimentar a sus hijos") erigiéndose, en cambio, la administración en única garante de una "buena" distribución de los recursos "solidarios" del voluntariado, cosa más que dudosa... en los tiempos que corremos.

Todo esto afecta también a las personas profesionales que tienen el encargo de coordinar al voluntariado a quienes, si no están de acuerdo con esta política, se les indica "la puerta de la calle" que conduce al paro... De esta manera, aparecen toda clase de enfrentamientos entre profesionales de la administración, voluntariado y servicios, en lugar de la colaboración solidaria que se supone estaba en el origen de su coordinación. La escisión y la distancia entre la motivación de las personas voluntarias, que las lleva a ofrecer sus servicios en respuesta a las demandas que pueden vivir en su entorno más próximo, y el "destino" manipulado o canalizado por la administración, los medios de comunicación y/o las recomendaciones técnicas, despersonalizan a los sujetos y sus ofertas solidarias (Ya no soy *Juan* o *María* que quiero hacer tal cosa porque veo las necesidades de las gentes de mi entorno sino que soy *un voluntario al que mandan hacer* tal cosa). *Se deja* de ser la persona que desea ofrecer unos servicios y se pasa a ser una pieza que funciona dentro de un engranaje. Por eso nos pareció muy oportuna la respuesta de una clienta (ex-clienta) a la carnicera que le recriminó el que comprara pañuelos de papel a un parado porque se lo iba a

gastar en droga; la respuesta fue: ¿Acaso le pregunto yo a usted qué hace con los dineros que le doy cuando le compro la carne?

Aunque en esta reflexión han surgido bastantes elementos de análisis y unas ciertas conclusiones respecto de la cuestión del voluntariado, creemos que es necesario seguir desarrollando una serie de aspectos de entre los apuntados, con el fin de determinar unas líneas alternativas que pudieran recoger los aspectos positivos de la solidaridad en favor de la reconstrucción de la sociedad civil y de sus iniciativas.

Comentario de  
*Ana Ferrer Dufol* <sup>(28)</sup>



Las epidemias son formas colectivas de enfermar en un periodo delimitado de tiempo y con un gran aumento de la frecuencia de aparición de la enfermedad en el momento en cuestión. Una de sus principales características es el hecho de tratarse de un suceso inesperado, muy alarmante y generador de actitudes de conmoción social.

Sus consecuencias, desde un punto de vista objetivo, son la pérdida de vidas humanas y en general una disminución del número de población disponible para realizar las funciones laborales habituales, asociada a la mortalidad, morbilidad y desplazamiento masivos, lo que, junto a los gastos generados directamente por la enfermedad, supone un grave quebranto de la organización económica y social. En el campo subjetivo se produce una desmoralización individual y colectiva que conduce a una drástica relativización de los valores aceptados llegando a una auténtica anomia.

En el terreno científico, las epidemias conducen al cuestionamiento y demostración del fracaso total o parcial de alguno de los paradigmas aceptados sobre la forma de producción, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, lo que puede dar lugar a la aparición de nuevos paradigmas y, en muchas ocasiones, de explicaciones mágicas.

El libro que presentamos, a través del análisis de distintas epidemias en todo el mundo desde la antigüedad hasta nuestros días, revisa la forma en que las diferentes sociedades se enfrentan, reaccionan e interpretan estas crisis.

---

<sup>28</sup> Ana Ferrer Dufol es toxicóloga. Jefa del servicio de Toxicología del Hospital Clínico Universitario. Zaragoza.

Las epidemias, independientemente de su causa, son sucesos comunes en todos los continentes y culturas y abren importantes interrogantes en la historia de las ideas ya que ponen a prueba y fuerzan la revisión de asunciones y actitudes religiosas, sociales, políticas y médicas.

El libro, a través de sus diferentes capítulos, pone de manifiesto que el choque provocado por la epidemia despierta reacciones similares en contextos históricos y geográficos muy diferentes. Pero, por otra parte, al igual que otros retos sociales, cada epidemia produce una serie de cuestiones que no son arbitrarias, sino que reflejan en cada caso ansiedades preexistentes. Como uno de los autores señala, las epidemias levantan "agendas preexisterites" de cuestiones generadoras de ansiedad y debate. Así se comprueba que las sociedades minadas por conflictos previos sufren un mayor impacto.

Algunas variables propias de la enfermedad que condicionan la respuesta a las epidemias son su novedad, su violencia, el tipo de síntomas y su incidencia geográfica y social. Desde el exterior de la enfermedad los tres elementos esenciales a considerar para comprender la evolución de las ideas sobre las epidemias son los componentes popular, gubernamental y médico de esa respuesta.

Una interesante característica de las epidemias es que con frecuencia han comenzado atacando a grupos particulares de población, minusvalorados socialmente, por lo que la respuesta se ha retrasado hasta la percepción de la existencia de un peligro real para el conjunto de la sociedad.

Otro foco importante de análisis es la importancia de la percepción, es decir de la forma en que la epidemia ha sido interpretada o *construida* en el pasado. Como indica el editor, las epidemias pueden ser estudiadas como constructos intelectuales que, tras ser formulados, tienen una historia y vitalidad propias. Un hecho demostrado es que la forma en que se describen las epidemias más recientes está condicionada por la forma en que se han descrito las pasadas. Puede detectarse la influencia de la excelente descripción de Tucídides sobre la gran plaga de Atenas en el 430 a. de C. en descripciones de situaciones similares en la Edad Media y Moderna. Parece pues que la emergencia del significativo epidemia evoca una serie de expectativas que obedecen a patrones preestablecidos de pensamiento, de forma análoga al influjo de los patrones preestablecidos de percepción en la evolución de las artes plásticas. Así pues la relación entre epidemias e ideas no es de una sola dirección.

Desde la Grecia clásica hasta el Reino Unido de la década de los 80, la introducción y los once capítulos monográficos que integran esta compilación, pasan revista a algunas de las más importantes epidemias infecciosas de la historia de la humanidad y su interacción con las estructuras sociales e ideas de su tiempo. Interacción que en algunos casos ha sido tan dramática como para dar lugar casi a la desaparición de la sociedad sobre la que recae, tal como se describe en el capítulo que refiere la despoblación de Hawái al final del siglo XVIII y principios del XIX.

Las sociedades humanas tienden a responder a la angustia colectiva desencadenada por circunstancias que les apartan violentamente de su equilibrio tratando de

desplazarla en forma de agresividad hacia el exterior, en la búsqueda de un culpable, físico o metafísico.

En el caso de las epidemias, los sucesivos culpables han sido los dragones y demonios medievales, los herejes, los enemigos nacionales o de clase, los pecadores o los sujetos de conducta desviada respecto a la norma social al uso. Según que el enemigo sea interno o externo, que la epidemia sea un castigo a las culpas propias o ajenas o que se haya interpretado como una prueba divina en el camino de la salvación, la actitud social frente a ella habrá sido activa o fatalista y, por tanto, más o menos eficaz.

Otra respuesta, frecuente en el mundo colonial, ha sido la imposición de medidas con un fundamento racional desde el punto de vista de la potencia colonizadora pero que ha creado graves conflictos en la sociedad que se trataba de *limpiar*, dando lugar a daños iguales o mayores que los que se pretendía evitar, como se demuestra en el capítulo 9 en que se estudian los efectos de la política colonial inglesa sobre las epidemias en la India entre los años 1896-1914. Muchas de las características mencionadas en diferentes epidemias: la aparición inicial en poblaciones marginales, la utilización de conceptos morales y la búsqueda de culpables, se han vuelto a poner de manifiesto en la epidemia de SIDA demostrando esa continuidad de determinados patrones ya mencionada.

Los distintos autores de los once capítulos dedicados a la descripción y análisis de diferentes epidemias a lo largo de 2.500 años de la historia de la humanidad, utilizan aproximaciones muy variadas sirviéndose de útiles antropológicos, historiográficos, psicológicos y sociológicos. Gracias a ello, una de las principales conclusiones que se extraen de la lectura de este excelente libro es que el fenómeno de la epidemia no es, como el predominio del paradigma médico había hecho pensar, patrimonio exclusivo de una explicación unívoca de tipo biológico-patogénica. Sólo la interpretación de las diversas causas que incluyen el género de vida, los hábitos sociales, la organización de la asistencia y la investigación médica imperante, así como la comprensión de los fundamentos organizativos de la sociedad en la que recaen, permitirá comprender la epidemia como el complejo fenómeno social que es, haciendo posible su abordaje desde una perspectiva unificadora e integrada.

Comentario de  
*Ana Távora Rivero* (29)



Fernando Taragano, psiquiatra y psicoanalista, lleva treinta y cinco años dedicado a la enseñanza de la Psiquiatría Psicoanalítica. En 1959 contribuye a fundar la Primera Escuela de Psiquiatría Dinámica que dirige Enrique Pichón Rivière. Y en 1965 crea la Escuela de Psiquiatría Psicoanalítica Gestáltica, donde sigue trabajando como docente.

En su libro *Identificación psicológica del paciente. Metodología de investigación*, nos introduce en:

1. El pensamiento psicoanalítico gestaltico y sus leyes.
2. El estudio de la personalidad desde esa referencia.
3. El diagnóstico de la personalidad.

Antes de iniciarnos en esa tarea, la de estudiar al hombre desde una visión lo más global, integral, biopsicosocial posible, Taragano nos invita a que tengamos una actitud como investigadores del ser humano, que:

- sea abierta y buscadora de enriquecerse con distintas disciplinas (filosofía, sociología, antropología, arte etc. );
- ayude a no caer en el error de creer en la existencia de verdades absolutas;
- permita darle la vuelta al objeto de estudio para poder verlo desde lugares diferentes;
- no nos deje ser mediocres y conformarnos con respuestas fáciles, superficiales y rápidas;
- no nos haga rechazar los conceptos nuevos.

---

<sup>29</sup> *Ana Távora Rivero es psiquiatra. Equipo de Salud Mental del Distrito de Santa Fe. Granada.*

Desde esa actitud el autor plantea "como objetivo inmediato enseñar una Metodología que posibilite llevar a cabo el proceso de identificación de la personalidad del paciente que se investiga y, como objetivo mediato y más profundo, contribuir a que el profesional actual aprenda a desarrollar un tipo de pensamiento gestáltico que mantenga en forma activa la constante evolución de su pensamiento y de su personalidad".

Taragano parte de una referencia determinada, la que proviene de la gestalt, y desde ahí nos da instrumentos, que sobre todo pueden ayudarnos a sentarnos delante de nuestros pacientes de otra manera, para entenderlos / comprenderlos mejor, para ayudarlos más. Nos da pistas para dirigir nuestras preguntas, para ordenar nuestros datos, y para que en nuestras intervenciones estén presente los aspectos biopsicosociales.

He aquí algunas de las ideas centrales que el autor plantea en este libro:

- Lo que el paciente nos trae como organización de su personalidad, ya sea sana, neurótica, psicótica etc., es la mejor que el sujeto puede configurar en ese momento. Nos trae lo mejor de sí mismo (Ley de la buena forma).
- La organización actual de su personalidad no se debe interpretar como el resultante del predominio de un determinado aspecto de su historia. por ejemplo, el haber tenido una madre castradora. un padre ausente etc. (Ley de carácter de miembro).
- Todo hecho o variable, ya sea psicológico, corporal, familiar o social, tiene una doble cualidad. La fija, o aspecto anecdótico de un hecho, el síntoma. La variable que es la significación que el sujeto le otorga al hecho (Ley de la doble cualidad).
- Toda manifestación psicológica es expresión de una conducta relacional. Todo aspecto psicológico debe por tanto comprenderse en términos de conducta relacional, ya sea defensiva o evolutiva.
- La personalidad configura una compleja estructuración psicológica temporo-espacial que se organiza en cada instante en el presente-existencial y situacional-dramático que resulta de la concepción fenomenológica que el sujeto tiene de sí mismo y del mundo que lo rodea, y que emerge de un amplio campo gestáltico bio-psicosocio-universal, el cual funciona como fondo.
- El mayor conocimiento de la personalidad se logra cuando se integran todas las informaciones (psicológicas, corporales, familiares y sociales).
- Todo lo que sucede al hombre desde su gestación hasta el presente se incluye en la Policausalidad genética. Las variables físicas, psíquicas, familiares, sociales y universales que actúan sobre el individuo se hallan en una permanente interacción que influye sobre la organización estructural de la personalidad.
- La personalidad configura una unidad que funciona como el principal instrumento relacional de que dispone el hombre para conectarse con el mundo exterior. La integran cuatro instrumentos parciales: el afecto, el pensamiento, el cuerpo y los roles.

- La personalidad resulta de la organización psicológica que el individuo tiene de sí mismo y del mundo exterior y configura una unidad estructural, la Gestalt Personalidad. Es una estructuración evolutiva que resulta del constante proceso de organización de las representaciones psicológicas de cada uno de los tres campos fenomenológicos que configuran su persona: la representación psicológica de la psiquis, del cuerpo y del mundo externo.
- Todo síntoma es la expresión de una conducta relacional. Las complicaciones relacionales que generan los síntomas constituyen la verdadera motivación oculta del síntoma, y no son el efecto del síntoma a pesar de aparentar serlo.
- Los síntomas delatan la lucha que el hombre entabla para defender su existencia. Y se organizan en una compleja estrategia relacional que el individuo desarrolla en el mundo que lo rodea, de acuerdo a como él lo concibe.
- La enfermedad pone en evidencia la reacción disarmónica de la personalidad en un esfuerzo por eliminar los factores patógenos que agreden y obstaculizan su existencia, así como su dificultad para obtener los factores de salud que precisa para satisfacer en forma adecuada la resolución de sus necesidades básicas de protección, afecto y enriquecimiento personal.
- El terapeuta debe hacer un análisis simultáneo de los síntomas de salud y de los síntomas patológicos para tener una captación adecuada del todo estructural de la personalidad. Debe investigar los factores que generan los síntomas de salud y los factores que los .
- Es fundamental que ningún entrevistador reduzca su investigación solamente a la del cuadro clínico nosográfico que presenta su paciente durante la entrevista. La investigación de las diferentes manifestaciones de la personalidad no debe ser, un simple ordenamiento de la clasificación sintomática sino que debe interpretar el conjunto de síntomas o conductas de acuerdo con una estrategia relacional defensiva que el sujeto utiliza para proteger su existencia.

Al finalizar la lectura del libro de Taragano podemos resumir destacando dos aportaciones que considero centrales en el texto. Que es una guía *comprometida* para nuestras indagaciones con los pacientes, y que la imagen que nos da del enfermo es la de una persona en lucha por intentar resolver sus dificultades existenciales.

---

# Hemeroteca

## ***Antropológica***

Revista de etnopsicología y etnopsiquiatría. Edita Instituto de Antropología de Barcelona. IIª Época. nº 7-12, 1993. 3 Vol. Actos I Congreso de Historia de la Antropología española. IIª Época. nº 15-16, 1994. *Cultura y empresa* (especial).

## ***Entorno Profesional***

Publicación independiente de actualidad en trabajo social. nº 1. Febrero 19195. Una década de atención primaria en servicios sociales.

## ***Apuntes de Psicología***

Revista del Colegio Oficial de Psicólogos de Andalucía Occidental. nº 41-42, 1994. Monográfico de Psicología jurídica.

## ***Revista Española de Drogodependencias***

Asociación Drogalcohol. Vol. XIX. nº 3, 1994.

## ***Revista del CIFA***

Centro d'Investigació, Formació i Assessorament. nº 15. Septiembre, 1994. Tema central: La gestión de los servicios personales. "La importancia del factor humano en los servicios del bienestar". José Leal Rubio.

## ***Psique y Sociedad***

Revista del Departamento de Psicología de la Universidad Centroamericana. Managua. Nicaragua. Vol I. nº 1, 1994. "La Psicología Social Crítica: Discursos y Práctica después de la Modernidad". Tomás Ibáñez. "Urgencias Psiquiátricas, un reto para el equipo de Salud Mental". Manuel Fernández.

## ***Index de Enfermería***

Año III. nº 8-9, Primavera-verano 1994. El anciano en casa. Los cuidados y los cuidadores.

## ***Prima. Per una Promozione del Benessere Sociale***

SER. T U.S.L. 40. Rimini. Italia. nº 34, 1993. "El emergente clínico". Armando Bauleo. "El horizonte de la formación". Leonardo Montecchi.

## ***Quaderni di Prima***

nº 2. Suplemento. Un proyecto de promoción del bienestar social con los adolescentes.

---

***Anuario do Laboratório de Subjetividade e Política***

Departamento de Psicologia de la Universidad Federal Fluminense. Río de Janeiro. Brasil. Año II. Vol II, 1993. "Políticas da (In)Diferença: Individualismo e Esfera Pública na Sociedade Contemporânea". Margareth Rago. "Intervenção dos Direitos Humanos: Por uma Prática Desnaturalizadora na Teoria, na Ética, na Política". Equipe Clínico Grupal Tortura Nunca Mais.

***Estris d'Educaió en el Lleure i Animació Sociocultural***

Escola de l'esplai. Fundació Pere Tarrés. nº 75. Enero / Febrero de 1995.