



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

Nº 2 – Primavera 1995

"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