

LA FORMACIÓN MÉDICA, LA PROBLEMÁTICA DE VIOLENCIA ACTUAL Y LA POSIBILIDAD DE TRABAJO INTERDISCIPLINARIO

Laura Tolsá; Ana María Laisa; Débora Falugi; Laura Hernández Rico; María
Cristina Tacchetti - lautolsa@hotmail.com

Unidad Académica: Hospital Nacional “Prof. A. Posadas”.

ABSTRACT

Complejidad de la problemática: definición, características, importancia en salud, epidemiología: magnitud y severidad del daño. Naturalización de interacciones ligadas a la violencia y sus representaciones sociales. Dificultad en generar acciones preventivas. Importancia en la formación médica. Concientización del rol, prácticas y relación médico paciente. Cuestionamiento ético en relación a la medicalización, los mecanismos de reproducción del poder y del malestar institucionalizado. Conformación de equipos de trabajo interdisciplinarios: obstáculos y posibilidades de transformación.

Palabras Claves: Violencia- Prevención – Interdisciplina- Formación

Tal como lo señala el *Informe mundial sobre la salud y la violencia* que redactó la OMS en el 2002: “La violencia es un fenómeno sumamente difuso y complejo cuya definición no puede tener exactitud científica, ya que es una cuestión de apreciación. La noción de lo que son comportamientos aceptables e inaceptables, o de lo que constituye un daño, está influida por la cultura y sometida a una continua revisión a medida que los valores y las normas sociales evolucionan”. María José Díaz-Aguado plantea que “la violencia incluye componentes de diversa naturaleza en torno a los cuales se debe orientar la intervención:1) Componente cognitivo. En el fenómeno de la violencia subyacen deficiencias cognitivas que impiden comprender los problemas sociales y que conducen a conceptualizar la realidad de forma absolutista y dicotómica (en términos de blanco y negro), graves dificultades para inferir adecuadamente cuáles son las causas que originan los

problemas, la tendencia a extraer conclusiones excesivamente generales a partir de informaciones parciales y sesgadas, problemas en el procesamiento de la información y en la toma de decisiones...2) El componente afectivo. El riesgo de violencia aumenta cuando ésta se asocia a valores o personas con las que el sujeto se identifica. Una de sus principales causas suele ser el sentimiento de haber recibido un trato injusto, lo que provoca una intensa hostilidad hacia los demás así como la tendencia a asociar la violencia con el poder y a considerarla como una forma legítima de respuesta al daño que se cree haber sufrido.3) El componente conductual. La violencia suele producirse por la ausencia de habilidades para resolver los conflictos sociales sin recurrir a ella; y se refuerza a través de experiencias en las que el individuo la utiliza para responder a alguna de las funciones psicológicas mencionadas anteriormente.”(1)

Para introducir esta problemática en relación al ámbito de salud, más allá de la necesidad de dar respuesta a la problemática epidemiológica, compartiremos una viñeta clínica: Paciente de 32 años de edad en tratamiento psicofarmacológico que se encontraba en observación por guardia de Salud Mental a raíz de un cuadro de descompensación psicótica, E.P.M con episodio de heteroagresividad, sin conciencia de enfermedad ni de situación. En ese estado se trepa de una pared de durlock teniendo con sus manos los cables de la instalación de luz de dicha guardia. Al evaluar el riesgo de vida existente y ante la imposibilidad de conmovier su acción verbalmente, el equipo de salud procede a realizar maniobras de emergencia con contención física sin que el mismo modificara su accionar. Finalmente un familiar se acerca y lo muerde, provocando su caída ante el dolor y de ese modo suelta la precaria instalación eléctrica.

Luego de tranquilizar al paciente, se acerca nuevamente el familiar increpando al personal de salud, mediante insultos y reclamando por la atención recibida. Esto último genera malestar en los profesionales al punto de responder inadecuadamente. Esta situación puso en riesgo no sólo a la persona en crisis, sino también al personal allí presente que intentaba intervenir en esa urgencia.

A través de este ejemplo podremos pensar algunos aspectos relevantes. Según “Los estudios científicos realizados sobre la violencia confirman plenamente la conocida hipótesis según la cual la violencia genera violencia. En otras palabras, que convivir con la violencia aumenta el riesgo de ejercerla o de convertirse en su víctima, especialmente cuando la exposición cotidiana a la violencia se produce en etapas de la vida de especial vulnerabilidad como la infancia o la adolescencia “(2)

En este caso la vulnerabilidad aparece del lado del padecimiento psíquico, pero no sólo del consultante, sino también de los profesionales intervinientes que trabajan en condiciones de desprotección. Prevenir situaciones de riesgo en la guardia implicaría un trabajo integral que contemple las condiciones de infraestructura, la coordinación de las prácticas con un fin común que consolidaría el trabajo de equipo interdisciplinario (3) y multisectorial. Evitar desplazar sobre el trabajo componentes agresivos propios requiere salir de la inercia psíquica (4), empoderándose en el hacer con otros.

En esta época que se caracteriza por la caída de los Ideales, la pérdida de la autoridad, la desvalorización del rol (5), la medicalización, la lógica del mercado (6), pone en cuestión el discurso médico tradicional que sostiene un saber absoluto, lineal, donde el médico se encuentra llamado a dar una respuesta rápida y efectiva sobre los cuerpos (7).

Entonces, ¿cómo interviene hoy este lugar de prócer (8) en las prácticas? Preguntarnos esto significa conmover representaciones que sostienen el ser médico: ¿cómo influye el temor a la condena? y ¿de qué modo se entiende la responsabilidad? ¿Es suficiente el bagaje de conocimientos con que el profesional de la salud sale de la universidad para dar respuesta ante la complejidad de la época?

Si la reproducción de la violencia no necesariamente es deliberada, puede aparecer como una reacción defensiva frente al malestar, desde la negación del otro como persona, bajo el modo de acciones naturalizadas o en la sutileza de la cotidianidad, pero con circunstancias como la burocratización de las prácticas, la escasez de recursos y la ausencia de campañas preventivas que contribuyen a

crear un clima que alienta la violencia. Cuando se habla de “desidia” ¿no se refiere justamente a este hecho?

“Los efectos de la violencia también son colectivos, sociales y culturales. La violencia reduce la interacción social; altera el comportamiento de la población, que cae en la angustia y en el desamparo; menoscaba la solidaridad humana; lleva a que la percepción de inseguridad se integre a otros ámbitos (como el económico y el ecológico); impone la homogeneización como resultado de la exclusión (incluso física) del otro. La violencia puede afectar adversamente a los valores que unifican e identifican a los grupos sociales...” (9)

¿Cómo pensamos los educadores, en especial aquellos que estamos en el área salud mental, nuestro rol? ¿Creemos pertinente problematizar al alumnado con estas cuestiones? ¿Estamos implicados y con herramientas para ofrecer?

Más allá de adaptar la currícula que incluya elementos para pensar y actuar en contextos complejos y situaciones imprevistas, es importante no desestimar el rol docente como transformador, ya que a través de la enseñanza es posible conmover paradigmas arcaicos, transformar las prácticas ritualizadas, fomentar el pensamiento crítico, generar la aceptación de las diferencias y valorizar la diversidad de miradas frente a las problemáticas y permitir la creación de nuevas estrategias más eficaces.

Deconstruir el lugar de autoridad, no desconocer la relación asimétrica (alumno-docente, médico-enfermo), brindar presencia y escucha, desde el compromiso con la función que se ejerce, se trasladada en el vínculo con el otro, produciendo interacciones basadas en el respeto y el reconocimiento. Orientar, y acompañar al alumnado es donar un saber hacer. Ésta es la concepción de “poder experto” donde “en el docente profesional que crea conocimiento para enseñar, no sólo el saber sobre una materia o contenido, sino la posibilidad de interpretar lo que el alumno puede y debe conocer de ese contenido y las mejores maneras de ponerlo a su disposición para que pueda aprender de manera significativa.”(10)

Generar las condiciones de respeto por las diferencias, ofreciendo capacitación para problematizar la propia disciplina y animarse a pensar con otros a través de dispositivos en donde los alumnos realicen el pasaje por la experiencia, desde un posicionamiento que les permita preguntarse por el hacer, y más aún soportar el no saber, relanzando la pregunta hacia otras áreas de investigación.

El Modelo Ecológico que se propone en el Informe de la OMS para orientar el análisis de los factores que generan, posibilitan y propician el comportamiento violento; favorece el abordaje más integral. Así cada nivel de abordaje- individuo, relaciones, Comunidad y Sociedad- se encuentra interrelacionado con los demás niveles.

Para concluir recordamos las palabras de Kofi Annan, Secretario General de las Naciones Unidas y Premio Nobel de la Paz en 2001:

“La violencia cercena anualmente la vida de millones de personas en todo el mundo y daña la de muchos millones más. No conoce fronteras geográficas, raciales, de edad ni de ingresos. Golpea a niños, jóvenes, mujeres y ancianos. Llega a los hogares, las escuelas y los lugares de trabajo. Los hombres y las mujeres de todas partes tienen el derecho de vivir su vida y criar a sus hijos sin miedo a la violencia. Tenemos que ayudarles a gozar de ese derecho, dejando bien claro que la violencia puede prevenirse, y aunando esfuerzos para determinar sus causas subyacentes y hacerles frente.”

NOTAS:

1-María José Díaz-Aguado *Programas de educación para la tolerancia y prevención de la violencia entre los jóvenes*. Tomo I (1996) INJUVE

2-Cita del texto “Ser docente en el Siglo XXI” op. Cit.

3- Para Alicia Stolkiner: “(...) es sabido que la simple yuxtaposición de disciplinas o su encuentro casual no es interdisciplina. La construcción conceptual común del problema que implica un abordaje interdisciplinario supone un marco de representaciones común entre disciplinas y una cuidadosa delimitación de los distintos niveles de análisis del mismo y su interacción” (...) “el simple planteo de la interdisciplina implica un cuestionamiento a los criterios de causalidad, básicamente a los de causalidad lineal; y atenta contra la posibilidad de fragmentación de los fenómenos a abordar”.

4- Freud S. “Malestar en la cultura” en Obras completas. Ed. Amorrortu

5- La desvalorización del rol se traduce en el no reconocimiento de las herramientas específicas de cada especialidad.

6- Relación médico-paciente atravesado por la lógica del mercado donde la Salud se transforma en una mercancía y el paciente por lo tanto es un cliente. Prima la producción en término cuantitativo más que cualitativo.

7- Alude a la falsa dicotomía organismo- cuerpo propia del discurso Positivista.

8- Subjetividad heroica es un concepto trabajado por E de la Aldea: "La subjetividad heroica es entonces un modo específico de situarse ante un problema. La subjetividad heroica es una forma que adopta esa máquina de pensar y hacer que es la subjetividad, es una forma de pensar y de pensarse cuando la comunidad "no es lo que debería ser". "La subjetividad heroica funciona como un recurso sobre el que se sostiene el TSM para apagar el incendio"

9- Alberto Concha-Eastman y Etienne Krug, 2012

10- No nos interesa que se diga "sabe mucho pero no sabe enseñar", como reconocimiento de autoridad basada en la distancia del alumno, sino, más bien, "te explica hasta que se entienda y no le importa parar y repetir", como reconocimiento de la permanente disposición para desarrollar estrategias que permitan aprender".

BIBLIOGRAFÍA:

- Elena de la Aldea *La subjetividad heroica. Un obstáculo en las prácticas comunitarias de la salud*. http://www.lacasona.org.ar/media/uploads/la_subjetividad_heroica_escrito_por_elena_de_la_aldea.pdf
 - *Los problemas de la convivencia escolar: Un enfoque práctico*. Madrid 2001
 - María José Díaz-Aguado *.Programas de educación para la tolerancia y prevención de la violencia entre los jóvenes*. Tomo I (1996) INJUVE
 - Mary Sánchez, Graciela De Vita, Myriam Southwell, Mirta Salafia, Deolidia Martínez, Jorge Kohen, Daniel Tineo, Liliana Capone, Pablo Pineau, Inés Dussel y Gabriela Diker. *Ser docente en el Siglo XX*
http://servicios2.abc.gov.ar/lainstitucion/revistacomponents/revista/archivos/portal-educativo/numero02/archivosparaimprimir/ser_docente_en_el_siglo_21.pdf
 - Stolkner, A.: (1999) "*La Interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas*". Artículo Publicado en El Campo Psi (<http://www.campopsi.com.ar/lecturas/stolkner.htm>)
 - Stolkner, A.: "*De interdisciplinas e indisciplinas*", en (1987) Elichiry, N. El niño y la escuela – reflexiones sobre lo obvio, Ed. Nueva Visión, Buenos Aires.
 - Tenti Fanfani, Bibliografía Cátedra Introducción al mundo contemporáneo. UNTREF 2008.
 - OMS Informe mundial sobre la violencia y la salud.2002
 - OMS .Violencia interpersonal y alcohol – 2006
 - Alberto Concha-Eastman1 y Etienne Krug. Informe mundial sobre la salud y la violencia de la OMS: una herramienta de trabajo. Organización Panamericana de la Salud. Programa de Publicaciones (DBI/E) Washington, DC 2012
-