**TALLER 6- COORDINADORES: Lic. Laura Giunta - Dr. Ricardo Ilutovich**

Se nuclearon en el TALLER VI alrededor de una veintena de personas que compartieron animadamente sus elaboraciones y otras ideas que fueron surgiendo, de las cuales mencionaremos:

La ciencia no piensa al ser: lejos de ser una crítica, es una verificación de la estructura interna que la misma detenta. Los profesionales de la salud debiéramos estar advertidos y responder por aquello que la ciencia intenta objetivar, des subjetivando. Y mucho más los docentes, se agregó, que se suponen factores de cambio.

Se preguntaron: ¿cómo propiciar que el alumno se conecte con sí mismo para que luego se pueda involucrar como profesional?

¿Como trasmitimos al alumno que estamos involucrados en la clínica como equi-pos de salud y por otra parte mantenemos una distancia operativa?

Se propuso como salida creativa comenzar desde la teoría y re-plantear una articulación, no libre de conflictos, entre la de la Medicina y el Psicoanálisis, donde ambas semiologías lingüística y médica podrían estar articuladas habilitando otro sentido a la enfermedad. Esto colaboraría en re direccionar el declive que ha padecido el lugar del médico y demás profesionales de la salud, desde hace décadas.

El paciente acude a consulta con múltiples atravesamientos, y con la especificidad de su historicidad (propia y epocal), en la cual sin dudas, la familia ha dejado su impronta, no solo identificante. Se connota una tríada siempre presente en toda consulta: medico – paciente- familia, aún cuando el padeciente acuda físicamente solo.

Se recurre a la antropología, para remitir al contexto situacional e ilustrar como medicina y familias están fuertemente implicadas en su contexto cultural entre quienes se deviene enfermo, portando síntomas que remiten a una compleja conflictiva familiar, quizás intergeneracional.

Las culturas determinan sus propios malestares y sus formas de aliviarlos.

La irrupción de un enfermo de cierta gravedad en la familia incide sobre su dinámica y esta repercutirá para bien o para mal en el destino de la enfermedad más allá de ocupar el lugar de las relaciones afectivas más próximas del paciente.

Se despliegan un conjunto de variables para la tríada antedicha con sus características particulares e idiosincráticas y un conjunto de herramientas para hacer frente al espectro problemático.

Se diferencian varios roles, como el de los potenciales cuidadores y el cuidado de los mismos, que también incluye al médico, que al decir de Balint interaccionará emocionalmente con ellos, aclarando que, si no se deja llevar por estas podrá instrumentarlas semiológicamente.

Intentar operar diariamente en una distancia óptima que no impida implicarse en la problemática del paciente, pero que tampoco lo devore. Que la disociación instrumental no se convierta en escisión y lo prive de reconocer, ante sus ojos, a un ser humano que sufre. Así, sostenemos que las reuniones de equipos clínicos, sus supervisiones inter y transdisciplinarias ofrecen, por efecto del entrecruzamiento de los distintos discursos que provienen de las distintas formaciones, una red de contención y una responsabilidad grupal compartida, que además de ser enriquecedora, podrían proporcionar medidas preventivas al equipo de salud. Sumado a ello, se debiera propender a la implicancia de toda red social solidaria, religiosa o laica, obras sociales, sistemas de salud y obviamente exigirle al Estado y sus instituciones el rol que en categoría de tal debiera detentar, tanto para soporte y contención del paciente, como para el cuidador y los agentes de salud.

Se propuso pensar en ampliar el aforismo, aceptando enfermedades y no solo enfermos.

Se destaco, como frase final para llevar al plenario, que: ”*el paciente y a veces otros integrantes, son una pantalla proyectiva para la conflictiva familiar y para el equipo tratante depositando en aquellos sus cuestiones no resueltas”.*

El grupo manifestó las ganas de reunirse a seguir pensando.