

DE LA OBJETIVACIÓN A LA SUBJETIVACIÓN:

EL MÉDICO, EL PACIENTE Y SU FAMILIA

Laura Tolsá (lautolsa@hotmail.com), **Débora Falugi**, **Ana María Laisa**,

Cristina Tacchetti, **Ana Marful**

UDH Hospital Nacional Prof. A. Posadas

ABSTRACT:

La importancia de la **familia** en el proceso de salud es una necesidad a ser contemplada. La **Inclusión** implica escucha, contención y valoración de cada rol, promoviendo la **subjetivación** y el compromiso en el proceso de salud.

El trabajo con el entorno del paciente es posibilitador del cambio tendiente hacia una mejor calidad de vida. La trasmisión del “saber-hacer” es en acto: lógica **interdisciplinar** con circulación del poder y relativización de roles. Beneficios en el hacer clínico frente a la disponibilidad del trabajo en redes y con la comunidad.

PALABRAS CLAVE: familia – Inclusión – subjetivación – interdisciplina

DE LA OBJETIVACIÓN A LA SUBJETIVACIÓN: EL MÉDICO, EL PACIENTE Y SU FAMILIA

La concepción de salud según la OMS tiene una definición concreta: “*es el estado completo de bienestar físico y social que tiene una persona*” (OMS, 1948). Esta definición es el resultado de una evolución conceptual, ya que surgió en reemplazo de una noción que se tuvo durante mucho tiempo, que presumía que la salud era, simplemente, la ausencia de enfermedades biológicas.

Pensamos la salud como un proceso multideterminado, es por esto que no podemos desconocer el lugar que ocupa el entorno del paciente/usuario del servicio de salud. En este sentido, incluir a la familia en el proceso de salud es una necesidad a ser contemplada. El paciente no es sin su contexto más próximo, y creemos que el diagnóstico y el pronóstico tampoco.

Si bien hoy existe acuerdo en considerar la importancia del contexto social cuando hablamos de salud, aún queda un largo camino por recorrer. Será preciso cuestionar modalidades de relación médico–paciente basadas en el paternalismo, y trascender estructuras de poder y saber establecidas, para que la participación y el empoderamiento que plantea el nuevo paradigma transformen las prácticas.

Respecto a las intervenciones con ciertas problemáticas de salud complejas, el trabajo con las familias es en relación a múltiples factores importantes para la evolución del paciente. La línea de trabajo de tinte interdisciplinario¹ debe pensarse estratégicamente en relación al entorno. Desde ahí, se plantea un acompañamiento familiar de contención y aprendizaje para la misma que nos permita lograr en el paciente un mejor posicionamiento subjetivo.

Nos planteamos los siguientes interrogantes como guía de nuestro trabajo ¿Desde dónde se incluye a la familia? ¿De qué manera? ¿Cómo preservar la privacidad del consultante? ¿Qué rol para cada uno de los agentes de salud intervinientes? ¿Qué sucede frente a problemas éticos? ¿De qué manera transmitir el hacer clínico a los alumnos de las cursadas?

Para algunos autores *“Siempre cuando aparece un síntoma, como podría ser la enuresis en un niño o la descompensación de una enfermedad crónica, éste puede ser tomado como un indicador de una disfunción familiar y hay que ver al paciente no como el problemático, sino como el portador de las problemáticas familiares”* (Horwitz N, 1990)

Desde la mirada que proporciona el trabajo en Salud Mental, en especial con padecimientos graves, es fundamental la inclusión de la familia. Rescatar de su discurso el saber familiar, la historia biográfica que permita localizar y repensar las modalidades vinculares instaladas.

Consideramos que el dispositivo de atención debe incluir la asistencia de la familia del paciente, pudiendo sostener el trabajo con la misma, periódicamente. Consideramos fundamental mantener un feedback que garantice la contención y la posibilidad del paciente de poder hacer su proceso de tratamiento con la libertad que se necesita para ir mejorando su calidad de vida. También para contener el malestar del contexto familiar cuando empiezan a emerger los primeros cambios del paciente desestabilizando la dinámica familiar ya instalada.

Es necesario intentar comprender la línea de pensamiento que subyace en cada familia y mantiene modelos conductuales de convivencia que podrían perjudicar la salud mental del paciente. Teniendo en cuenta esto, y sin intentar derribarlos, se intenta gradualmente cuestionar dichos constructos con años de existencia. Habilitando desde las intervenciones los lugares singulares que permitan el vínculo y destraben conflictos encapsulados y repetidos.

A medida que avanza el tratamiento se producen cambios en el paciente y se genera la necesidad de cambios en la dinámica familiar. De ahí la importancia del acompañamiento y en el mejor de los casos, del aprendizaje de la familia a convivir con los cambios del paciente para poder priorizar su bienestar y calidad de vida. La familia, en la mayoría de los casos, es quien nos abre la puerta al interior del mundo convivencial del paciente, y es también quien muestra las mayores resistencias cuando los cambios comienzan a notarse. La dinámica familiar es arrasadora cuando la ley no opera, e impera el goce. La resistencia al cambio los lleva a abandonar el tratamiento del paciente. Por este

motivo es tan importante generar un vínculo contenedor con la familia, a través de la escucha.

Frente a los conflictos donde la familia se torna querellante lograr diferenciar posicionamientos subjetivos habilita el diálogo basado en el respeto, descentralizando el cuestionamiento directo al lugar médico. La relativización de la función produce pacificación, al no ser ni encarnar el profesional la única verdad promueve su surgimiento. Los acuerdos, normas y leyes funcionan en tanto terceridad que garantiza los derechos y limita, comprometiendo a cada uno en su cumplimiento

Nos parece indicado que los agentes de salud que abordan la problemática, trabajen en forma interdisciplinaria con especialistas que puedan asistir a las familias y aborden las problemáticas que se presentan en las diferentes áreas (por ejemplo: servicio social, interconsultas, acompañante terapéutico, etcétera). Pensar a la salud y al paciente desde la complejidad, nos obliga a pensar un sistema de salud para dar las respuestas necesarias.

En el dispositivo de Hospital de Día, con la incorporación de espacios grupales donde el arte opera como terceridad y organiza los espacios, se privilegia la interrelación subjetiva. El paciente es convocado e informado en tanto sujeto activo de su tratamiento. Un trabajo en red del mismo, la familia y el equipo asistencial interdisciplinario es fundamental para una adecuada valoración de la situación y la adopción de las decisiones más beneficiosas para el paciente. Las decisiones en la clínica de enfermedades mentales graves, requieren una valoración individual y particular del caso por caso.

La subjetivación en estos pacientes es en relación a la posición de objeto que tienen dentro de la dinámica familiar. Cita de la madre de un paciente: *“Así (alucinado) no me sirve para nada en casa”*.

En los talleres no sólo forman parte del trabajo, sino que son autores de sus propias creaciones. Es así que las muestras anuales de las producciones realizadas en el proceso artístico-clínico, los familiares, como público, se sorprenden y repiensen el concepto que tienen de ese miembro de la familia,

pudiendo revalorizar el trabajo desde la risa, el aplauso, el abono de la entrada, etcétera. Cita de una madre: *“lo hiciste actor”*.

De la interdisciplina y la formación:

Pensamos la transmisión docente desde la transmisión de un hacer y no sólo la acumulación de información. “Transmitir un hacer” significa crear 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. En este punto, entendemos a la interdisciplina como una lógica común de trabajo y no como una mera superposición de saberes²

La complejidad que presenta el trabajo en salud en la actualidad nos enfrenta a la incompletud de los saberes para abordar al paciente. Es parte de nuestra transmisión la lógica del “No todo” por lo que se posibilita el encuentro con otros que aportan las diferentes disciplinas. Resultando un entretejido que permite lograr la atención integral del paciente. Y que transforma el “no puedo” en “puedo con otros”. La *“educación para la incertidumbre”*, tal como lo plantea Tenti Fanfani, implica *“desarrollar capacidades más fundamentales, orientadas a manejarse en contextos complejos y en situaciones imprevistas”*

En Hospital de Día se invita a los alumnos a ser activos en la observación que denominamos “observación participante”. Esto es posible por las características del encuadre donde se desarrollan actividades clínicas, enlazadas al arte y de manera grupal. Así, por ejemplo, las Técnicas corporales en los talleres grupales con los pacientes permite el encuentro desde la valoración del otro con la relativización de roles. El objetivo de subjetivación que atraviesa nuestro quehacer clínico en los talleres y entrevistas se transmite en acto también para con los alumnos, en donde pueden ser escuchados y alojados en su formación. Otra modalidad realizada ha sido incorporar Rol playing en los grupos donde los alumnos exponen diferentes situaciones vividas que los han angustiados o cuestionados en el encuentro con la clínica.

“La relación médico-paciente constituye un conjunto complejo de pautas, actitudes y comportamientos que se producen durante los encuentros clínicos (...) Como consecuencia de los cambios que se han producido con respecto a los derechos de los pacientes y a los límites y el acceso al saber médico, el modelo ha ido evolucionando desde el vetusto modelo paternalista. El conocimiento especializado se está democratizando, y empieza a reconocerse que los pacientes pueden valorar de manera fiable sus experiencias en salud y en la asistencia sanitaria (...) En este modelo los dos (médico y paciente) deben implicarse en el proceso de decisión; compartiendo información, explicitando sus preferencias sobre el tratamiento y que, una vez tomada, la decisión será compartida por ambos. Pero en la asistencia no sólo interviene el médico; hemos de tener en cuenta al resto del personal sanitario (enfermeros, fisioterapeutas, auxiliares, trabajadores sociales, etc.). La relación ha dejado de ser de dos, pues en ella también intervienen las llamadas terceras partes: familia, amigos, relaciones laborales, administración del hospital, trabajadores sociales, psicólogos, incluso la propia sociedad, personificada por el juez en caso de conflicto.” (Carmona, Noriega, 2009)

Las representaciones sociales de los profesionales y trabajadores del hospital respecto a los pacientes tienen su incidencia, ya que no será igual si se asocia la enfermedad mental a la locura, la peligrosidad y la violencia que a los derechos humanos, abriendo lugar a la palabra y la acción participativa. Los *“Procesos intencionales de cambio”* se posibilitan *“mediante mecanismos participativos tendientes al desarrollo de recursos de la población”*. Es fundamental considerar el *“valor de sus propias acciones para ser activo en la modificación de las condiciones que los marginan y excluyen”* (Chinkes, Lapalma, Nisceboin, 1995)

Concluyendo, consideramos fundamental promover desde la formación de los profesionales de salud un posicionamiento ético que habilite la lógica interdisciplinaria. El cambio buscado es en función a la necesidad de mejorar la calidad de atención de los pacientes, pero también apunta a modificar a los que formamos parte del sistema de salud, *cuidando a quienes cuidan*, dado que nos vuelve productivos, inclusivos y creativos.

NOTAS:

¹ Según Rolando García el abordaje interdisciplinario de problemas complejos implica un movimiento en el cual, las disciplinas deben proponerse la construcción de una conceptualización común al problema, y la construcción de estrategias de intervención conjuntas en el abordaje clínico-teórico.

² 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”. Retomando las palabras de Stolkiner, “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”.

BIBLIOGRAFÍA:

-
- Carmona, J y Del Río Noriega, F (Coord) Gestión clínica en Salud Mental. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Estudios / 43PDF, España 2009
 - Espinosa de Restrepo, H., Incremento de la capacidad comunitaria y del empoderamiento de las comunidades para promover la salud. Publicado en la Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2001; 19(1): 41-56
 - Fudin, Mónica 2004 “Familia y Psicosis. El trabajo analítico con las familias de los pacientes” Trabajo presentado en el Primer Congreso Psicoanálisis, Lazo Social y Adversidad.
 - Herrera Santí, P. M., La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. Revista Cubana de Medicina General Integral. versión On-line ISSN 1561-3038. Rev. Cubana Med Gen Integr v.13 n.6 Ciudad de La Habana nov.-dic. 1997
 - Idarmis González Benítez. Reflexiones acerca de la salud familiar. Revista Cubana de Medicina General Integral. versión On-line ISSN 1561-3038. Rev. Cubana Med. Gen Integr v.16 n.5 Ciudad de La Habana sept.-oct. 2000
 - Stolkiner, A.: (1999) “*La Interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas*”. Artículo Publicado en El Campo Psi (<http://www.campopsi.com.ar/lecturas/stolkiner.htm>)
 - Stolkiner, 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.
 -
-