

MÉDICO, PACIENTE Y FAMILIA. RELACIONES SALUDABLES

Ariel Goisin - arielgoisin@gmail.com

Cátedra: Salud Mental, Sede 00 Cátedra 04. Facultad de Medicina UBA

(Encargado de enseñanza Dr. Juan Carlos Liszczyński)

Abstract:

El presente trabajo intenta reflejar la importancia que otorgamos al concepto de familia como sistema del que el paciente forma parte en la formación de nuestros estudiantes. Consideramos fundamental que el profesional pueda pensar a un paciente determinado por múltiples atravesamientos y en tal condición debemos favorecer la reflexión sobre la influencia que recibe del sistema familiar. La comprensión de la familia del paciente, sus características, las relaciones entre sus integrantes y el posicionamiento del primero en esta estructura en sus diferentes momentos del ciclo vital aportan un plus muy enriquecedor para el abordaje del médico.

Se expondrá de qué forma se transmite el concepto, los lineamientos teóricos que lo respaldan y la reflexión sobre la importancia del aprendizaje de estos saberes en la tarea del médico. Asimismo, se citarán ejemplos trabajados con los alumnos donde se busca la articulación de la teoría con la práctica médica y evidenciar los beneficios que otorga el dominio de estos conocimientos en el proceso de salud.

Palabras Clave: Familia, Sistema, Ciclo vital, Interdisciplina

MÉDICO, PACIENTE Y FAMILIA. RELACIONES SALUDABLES

El ejercicio de la práctica médica debe colocar su foco en el ser humano. En reiteradas oportunidades los interesantes avances tecnológicos alcanzados para diferentes campos de la Salud distraen que no deben sino volverse herramientas al servicio de mejorar la calidad de vida de un individuo. La Medicina es Ciencia Humana que se vale de otros campos científicos para su praxis. En la medida que el profesional comprenda de manera más acabada todos los determinantes que construyen salud o enfermedad en un sujeto estará en mejores condiciones para brindarle al paciente el mejor escenario para su desarrollo. Si comprende que existen variables sobre las que operar que exceden su campo, el registro de su injerencia hará posible el pedido de interconsulta para la interdisciplina.

Entendemos que la formación de futuros médicos nos exige transmitir la complejidad de los múltiples atravesamientos que un sujeto experimenta. La Organización Mundial de la Salud explica que «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.»¹ Si partimos de la definición de la OMS de la Salud aparecen las áreas de la conducta propuestas por Bleger (Bleger, 2007)² en sus desarrollos teóricos: área 1 de la mente, 2 de la conducta y 3 del mundo externo. Un individuo es soma y aparato psíquico en unidad en constante diálogo con el medio. Podríamos reflexionar sobre el ideal de la definición de Salud en tanto es descripta como el completo estado de bienestar en las tres áreas. Sabemos quienes trabajamos en Salud que su concepto debe ser comprendido en sentido dinámico y este estado de completud presentarse como un horizonte que guíe y no que aplaste. Son permanentes las pujas entre diferentes campos del saber y es condición sine qua non poder favorecer la construcción de un conocimiento integrado. La misma no es tarea sencilla sino que demanda poner en contacto bordes que no siempre encajan con exactitud. Se necesita apertura de todas las disciplinas para que este diálogo sea posible. Transmitimos a nuestros estudiantes que un individuo debe ser entendido como un sistema abierto y como elemento que compone sistemas más complejos en la medida que se desarrolla. El seno familiar primario es el primer sistema al que un individuo pertenece. Aporta una matriz de identidad y cumple

funciones nutricias y normativas. Proponemos en nuestros intercambios reflexionar sobre el concepto de sistema. Conjunto de elementos interrelacionados que configuran una organización determinada a la que determinan y por la que son determinados. Modificaciones en los elementos del sistema provocarán movimientos en sus elementos circundantes y por ende en la organización de la estructura en su conjunto. Entender a un elemento del sistema no es posible sin analizar la dinámica del/los sistema/s de los que forma parte. El sistema familiar está compuesto por diferentes subsistemas caracterizados por el tipo de relaciones que presentan entre sus componentes como entre ellos. Los subsistemas conyugal, parental, fraternal y filial actúan como laboratorios sociales donde ensayar el manejo de relaciones de simetría y asimetría.

Tomamos los postulados de Minuchin (Minuchin, 1979³) para presentar diferentes modelos familiares de acuerdo al tipo de límites entre sus componentes. Los límites favorecen la diferenciación entre los elementos del sistema familiar y pueden clasificarse en claros, difusos y rígidos. Los límites claros permiten la coexistencia de la autonomía de sus miembros sin que pierdan la autonomía que la matriz del sistema ofrece. La incorporación de una matriz sólida favorecerá la construcción de un sistema propio para todos sus elementos en el futuro. Límites difusos contribuyen a la formación de sujetos que no pueden pensarse fuera de la estructura y dan lugar a familias aglutinadas. Límites muy rígidos son característicos de familias desligadas y determinan la carencia del sostén propio de una matriz internalizada.

Quienes trabajan en el campo de la psicoterapia pueden elegir o no el marco teórico sistémico como su línea de abordaje. Lo que no pueden ignorar, elijan el marco teórico que sea, es esta concepción de sujeto.

El médico que recibe a un paciente debe poder analizar diferentes planos del mismo en la construcción del diagnóstico. Debe leer al paciente como parte de una estructura mayor, la familia y entender la fuerte influencia que la misma ejerce sobre la patología de uno de sus elementos. Aquel tan sabio lugar común en el campo de la Salud Mental que sentencia que el paciente es el emergente de un grupo familiar alterado. En reiteradas oportunidades un paciente aparece como equilibrador de tensiones de los miembros de la familia que descargan sobre el primero sus propios conflictos irresueltos.

Cada vez que presentamos teoría a nuestros estudiantes explicamos que la misma debe ser recibida como un modelo para abordar la realidad. Como escuché de algún docente en alguna oportunidad durante mi formación de grado “nada más práctico que una buena teoría”. En esta línea invitamos a que piensen en posibles situaciones clínicas en que cada concepto discutido podría ser aplicado. Considero interesante compartir algunos ejemplos del trabajo conjunto entre estudiantes y docentes. Fueron pensados desde situaciones clínicas concretas o como posibles hipótesis sobre aquellas que podrían tener lugar.

Trabajo de guardia. La pediatra recibe a una madre preocupada por lo que define por dificultad severa de su hija para respirar. Luego de evaluar exhaustivamente a la niña y definir que no presenta complicación alguna pide la interconsulta con el equipo de Salud Mental. Con atinada lectura de situación infiere a una madre de severas tendencias hipocondríacas que carga a su hija con preocupaciones sobre su salud. El equipo de Salud Mental entrevista a la niña y a la madre, observa la dinámica vincular que entre ellas se plantea. Cuando la niña interactúa con un profesional que la calma se relaja y confiesa que a veces su madre se asusta mucho porque tiene miedo de que algo le ocurra. Se conversa con la madre en privado a quien se le muestra comprensión sobre sus temores, se le explica el impacto sobre su hija de esta situación y se la orienta para que realice alguna consulta terapéutica. Si la pediatra no hubiera realizado la interconsulta y no hubiera leído esta situación se habría perdido una interesante oportunidad de trabajar sobre un aspecto complicado que afecta la salud psicofísica de esta madre y su hija.

Un neurólogo recibe en su consultorio a un hombre de 80 años acompañado por su hijo. Cuando entrevista a su paciente encuentra que su hijo responde a todo lo que el profesional le pregunta. El profesional pide amablemente al hijo que se retire y entrevista al hombre. Encuentra cierto deterioro de funciones cognitivas esperable para su edad aunque nada de gravedad. El médico indaga sobre diferentes áreas vitales del paciente y registra a un hombre solo a quien su hijo infantiliza cotidianamente. El paciente reconoce la severa molestia que le provoca un hijo invasivo y la lesión de autoestima que le genera el sentirse que es “bueno para nada”. El médico entiende la situación de este hombre, los duelos que su etapa vital le demandan transitar y la importancia de

recuperar su dignidad. Muestra empatía con este paciente quien se siente contenido y comprendido, genera un vínculo de confianza determinante para su evolución. Invita a su hijo que ingrese al consultorio y abre un diálogo en el que transmite la importancia de no cosificar a su padre. Pueden pensar entre todos diferentes actividades que el paciente puede realizar que favorecerán la conservación de sus funciones superiores. Recuperar la sensación de “potencia” con las limitaciones etáreas lógicas evitará una situación de autoabandono y el deterioro concomitante. El conocimiento sobre estas cuestiones aparentemente ajenas a su campo permite al profesional un campo de trabajo mucho más rico con implicancias clínicas evidentes.

La traumatóloga recibe a un paciente adolescente de 13 años con la segunda fractura en menos de 5 meses. Luego de revisarlo y enyesar pide a los padres se retiren del consultorio para conversar con el joven. Con dificultad intenta establecer confianza para indagar sobre este “accidente”. El paciente se muestra desafiante y agresivo en sus contestaciones. En una de ellas comenta “Por qué te calentás tanto por mí si en realidad a mis viejos no les importo una mierda?”. Percibe a una familia desligada y a un joven en sus primeros años de adolescencia desafiando límites. Se pregunta sobre este segundo incidente con el skate debido a que en muchos años de práctica el paciente no había sufrido lesiones. Pide al joven conversar con sus padres y los encuentra muy desconectados de su hijo. Reconocen estar absorbidos por cuestiones laborales e ignorar qué hacer con este adolescente “incontrolable”. Orienta a estos padres sobre algunas cuestiones de esta etapa evolutiva y sobre la posibilidad de que estos accidentes tengan cierto contacto con factores emocionales de su hijo en esta etapa difícil. Los padres reconocen el sentido de sus palabras, el desborde transformado en resignación y aceptan realizar una consulta terapéutica.

El endocrinólogo diagnostica diabetes a una joven de 17 años. Su sobrepeso importante no ayuda como tampoco los hábitos alimenticios de sus padres quienes presentan obesidad mórbida. El seguimiento de la paciente ayuda a comprender al profesional las características de una familia muy endogámica. El descenso de peso para esta paciente se vincula también a identificaciones familiares, la diferenciación de un modelo familiar patológico y el alcance de una progresiva exogamia. El médico reconoce en el hermanastro de esta

paciente a un referente salutógeno importante. Lo cita junto a su hermana a una entrevista donde los invita a formar entre todos un equipo de trabajo. Educa a la paciente en presencia de su hermano sobre la patología y destaca la importancia de la modificación de hábitos alimenticios como de realizar actividad deportiva. Alienta a la paciente a integrarse a una rutina de caminata junto a su hermano y lo convierte en un aliado que favorecerá la evolución clínica.

Conclusiones

Los ejemplos trabajados son sólo algunos de los que podrían surgir para pensarse en cualquier especialidad médica y permiten visualizar con claridad la riqueza que aporta el análisis del paciente en su etapa vital inserto en un marco familiar particular. La comprensión del sistema familiar y su dinámica incorporan una llave más para poder abordar a la patología y ayudar al proceso de salud. El profesional que lo logre podrá posicionar las piezas en el mejor lugar del tablero para transformar variables que compliquen la evolución de los pacientes. Es vital poder invitar a nuestros alumnos al ejercicio de pensar la praxis desde sus inicios en la formación, jerarquizar saberes y favorecer la comprensión de que la multiplicidad de variables de análisis mejora sustancialmente el proceso de cura. Los mejores conocimientos técnicos en una especialidad aplicados con las mejores intenciones, pueden hacer agua cuando se olvidan algunos planos de análisis. Cada vez que escuchamos en clase a nuestros estudiantes reflexionar sobre situaciones de su práctica futura no dudamos de que la incorporación de estos desarrollos los convertirá en profesionales más enriquecidos para pensar sus pacientes.

Bibliografía consultada

- Berestein, I. y otros: "Clínica familiar psicoanalítica. Estructura y acontecimiento". (2000) - CAP. 1: La Familia: Nudo Problemático Del Psicoanálisis. Ricardo Gaspari- Cap.3: Problemáticas De La Representación /Presentación. Silvia Gomel- , Cap.7; Itinerario De Un Vínculo. Transferencia Y Transformación. María Cristina Rojas. Ed. Paidós. Bs. As.
- Bleger, J. "Psicología de la Conducta", (2007) Edit. Paidós

- Madanes -"Terapia Familiar Estratégica" - Edit. Amorrortu.
- Minuchin -"Familias y Terapia Familiar" (1979) Edit. Gedisa
- Ríos -"Orientación y Terapia Familiar" - Edit. Instituto de Ciencias del Hombre.
- Rodolfo Fahrer y Alfredo Ortiz Frágola, "Manual de Salud Mental" (2002), Ed. La Prensa Médica Argentina.

Notas y referencias

¹ <http://www.who.int/suggestions/faq/es/> Extraído el 21 de septiembre del 2014

² Bleger, J. "Psicología de la Conducta", (2007) Edit. Paidós

³ Minuchin -"Familias y terapia familiar" (1979) Edit. Gedisa