

EN LA REALIDAD LABERÍNTICA, SALIDA CREATIVA

Ricardo Ilutovich; Laura Giunta; Lorena Prestía; Ana Rosa Dekmak; Eduardo Holzcan; María Fernanda González; Lucía Mac Donald; Cintia Harguinteguy
rilutov@intramed.net

Unidad Docente: Encargado de enseñanza: Dr. Ricardo Ilutovich

La relación médico, paciente y su familia a lo largo del ciclo vital es un tema tan enorme que nos invita a abordar puntos cruciales, sensibles, incluso pasionales para toda práctica clínica.

Tomamos de Foucault, su "*Clínica de la Mirada*", que superpotenciada por la tecnología, ocupa mayor espacio, hipertrofiando los componentes somáticos y minimizando la "*Clínica de la Escucha*" que abriría la dimensión subjetiva biopsicosocial, descontextuando la parcialidad cuerpo y perdiendo la mirada totalizadora sobre el ser humano que sufre, con el auspicio de la industria tecnológica y farmacéutica.

El médico posee un saber científico y permitiendo al paciente hacer circular los sentidos, operará al decir de Balint como "primer medicina".

Esto se da en medio de una sociedad cambiante que intentaremos captar desde nuestra vivencia en la misma, con la colaboración de los pensadores que van deconstruyendo el posmodernismo.

Estas fuerzas empujan también una crisis de paradigmas que plantean conflictos entre: medicina, psicoanálisis, psiquiatría, neurociencias y cognitivismo, que apuntamos a resolver creativamente.

En este campo vectorial la familia es una de las estructuras más polidiversamente influidas. Cambiando el lazo familiar cambia sistémicamente la relación del sujeto con la estructura de la enfermedad. Incluso de un ciclo vital como la vejez, que presenta complicaciones para todos los involucrados incluso el médico y siempre requiere una repuesta empática de la sociedad.

Palabras clave: Relación-Médico-Paciente; Familia; Psicoanálisis; Vejez

EN LA REALIDAD LABERÍNTICA, SALIDA CREATIVA

LA FILOSOFÍA NO ES SINO LA PROPIA ÉPOCA APREHENDIDA EN EL PENSAMIENTO

HEGEL: Filosofía del Derecho

INTRODUCCIÓN

La relación médico-paciente y su familia a lo largo del ciclo vital es un tema tan enorme que nos invita a abordar puntos cruciales, sensibles, incluso pasionales para toda práctica clínica.

Temas que hablan de la integración de la salud mental del sujeto y su familia con la medicina y todas a su vez transformadas por el espíritu de su época.

LA MEDICINA

La atención al débil y al sufriente se origina con el hombre, como no sólo lo atestiguan los restos fósiles, sino además la esencia del vínculo temprano.

La relación cuidador, chaman, médico- paciente y sus paradigmas fueron sufriendo transformaciones a lo largo de los años acorde a los descubrimientos y el avance general de la ciencia.

Hoy, tomando las categorías de Foucault, notamos que su “*Clínica de la Mirada*”, (enseñada sobre la contemplación de un ser cadavérico), ha sido “ene potenciada” por la tecnología, que provee avances muy valiosos por cierto, en un entorno donde impera la supremacía de la imagen. Este plus en la forma de mirar del profesional, lo seduce rápidamente hacia la parcialidad enferma de un soma que ocupa mayor espacio, hipertrofiando los componentes biomédicos y minimizando la “*Clínica de la Escucha*”. Esto es, prestar especial atención al relato del paciente y pesquisar en esa puesta en palabras del acontecer subjetivo de quien padece, el saber de quien sufre, su estado anímico, sus angustias, ansiedades y fantasías que lo habitan, fortaleciéndose la confianza y la relación, restableciéndose la dimensión subjetiva biopsicosocial sobre la descontextuada parcialidad cuerpo y recuperando la mirada totalizadora sobre el ser humano.

MEDICINA Y PSICOANÁLISIS

Siendo el psicoanálisis una teoría que abrió su camino en la ciencia, a partir del saber escuchar, se pudo vislumbrar la complementariedad factible de esos dos campos.

Numerosas experiencias demostraron que la articulación era posible¹, aunque no estaba libre de conflictos, que se plantearon, profunda y extensamente en la década del 60 y el 70 con soluciones originales que se plasmaron en múltiples formas, entre ellas el excelente funcionamiento, de los servicios de Psicopatología en los Hospitales Generales Lanús, Castéx, Álvarez, etc. Y el auge en esa época de la Psiquiatría Dinámica, correlato del órgano-dinamismo, elaborado pacientemente por H. Ey, tenaz interlocutor de Lacan.

Han pasado algunas décadas: *“de cuando pensábamos en esa interrelación entre lo orgánico, el psicoanálisis y la clínica psiquiátrica. . . en ese lapso se desagregó completamente ese modo de pensar. . .y han aparecido otras propuestas que luchan por imponerse. Atravesamos un período en el que en sentido kuhniano... la especialidad (psiquiatría) se encuentra en una crisis de paradigmas. Seguimos operando en la realidad, pero con un paradigma en crisis”*²

Las concepciones articulantes y disyuntivas requieren una excelente dosis de medicina dialéctica

Por ejemplo: es muy común escuchar desde el psicoanálisis: *“La Medicina, la Psiquiatría y el Cognitivismo, buscan suprimir el síntoma. Siendo el Psicoanálisis el único que otorga un sentido al mismo”*

Esa visión de la medicina, deja al médico con su aspecto más diminuto, producto de la influencia del avance meteórico de algunos núcleos duros de la ciencia, que actúan como contrapartes.

Para el psicoanálisis esta afirmación se presenta clara, desde el origen mismo de dicha disciplina, pues se llegaba a atisbar que los síntomas neuróticos tenían un sentido y a partir de allí toda la obra psicoanalítica, sus conceptos fundamentales abogan en este cauce, frente a una sociedad y una medicina cada vez más positivista.

Concuerta dicha afirmación, con la medicina actual tan influenciada por la industria tecnológica y farmacéutica, que sí busca manifiestamente, en muchos casos, suprimir el síntoma. Incluso su nombre se usa también, desde tiempos remotos como sinónimo de poción y medicamento.

Pero la Farmacología y otros procedimientos terapéuticos como la Cirugía no son toda la Medicina, y aunque ésta haya ingresado en su era posmoderna se lamenta todavía cuando el curso de un tratamiento sólo puede ser sintomático.

Decimos que la medicación sólo es parte de la terapéutica y ésta es precedida por el diagnóstico, que debería implicar siempre una lectura situacional y una concepción etiopatogénica. A las cuales se arriban a través de la denominada, no casualmente, **Semiología Médica**.

La **Semiología** o **Semiótica** proveniente de la Lingüística, tiene según nuestra visión algunas confluencias con la Semiología Médica, las cuales hasta ahora han sido insuficientemente estudiadas, puesto que son disciplinas de campos diferentes.

Repasemos rápidamente: aquella, como sabemos, fue propuesta por Saussure como “la ciencia que estudia la vida de los signos en el seno de la vida social”.

Desde que Saussure fundara la lingüística delimitando claramente su objeto: la lengua, deslindado su unidad: el fonema, especificando sus rasgos diferenciales, etc., evolucionó y se difundió de una manera que aportó rápidamente a otras ramas de la ciencia, tales como la antropología y luego al psicoanálisis, y sin embargo no a la medicina³.

El término provendría del griego “*semeion*” refiriéndose a la señal o signo, algo que es indicio o representa otra cosa u otro signo.

Sin embargo el nombre pertenece al Dr. Johon Locke (médico entre muchas otras incumbencias) quien en su “*Ensayo sobre el Entendimiento Humano*” de 1690 remarca la función del signo, entre la idea y la cosa: “las ideas son los signos de las cosas y las palabras son los signos de las ideas”. Sabemos que fue amigo de nuestro conocido T. Sydenham (1624- 1689), (médico inglés, a quien admiró por su excelente práctica médica, que partía de los síntomas y no de las teorías, con un estrecho contacto con el paciente) acompañándolo todos los días en su visita.

La **Semiología Clínica** como sabemos, es el conjunto de conocimientos utilizados para establecer un diagnóstico de salud o de enfermedad (y sus relativizaciones canguilhianas) y trazar el curso de la evolución de un proceso patológico a través de los síntomas, signos y otros datos.

Entraña el cómo buscarlos en cierto orden: a través de la entrevista (cerrada o/y abierta), del examen físico del paciente y los exámenes complementarios. Es entonces el arte y ciencia del diagnóstico. Son Otto, Leopoldo, el Dr. M. y el mismísimo Freud frente a las fauces de “Irma”. Estos signos en el sentido significante se asocian o encadenan en síndromes. Síndromes que no se refieren sólo a la enfermedad de la que dicen que no existe en sí, sino encarnada en enfermos.

La Semiología, núcleo fundamental de la medicina, permite entender a ese cuerpo que habla a través de sus síntomas, reuniendo sus hallazgos en síndromes que interpretamos (de dónde vienen, y cuáles son sus destinos probables).

Hay por supuesto diferencias sustanciales entre la Semiología Lingüística y las No Lingüísticas, entre las que podríamos ubicar la Semiología Clínica y que pasan por la arbitrariedad en la relación entre Significante /Significado en la primera, lo cual no podría pasar con el signo médico que es siempre índice de uno o varios cuadros determinados, para nada arbitrarios.

Se podrá aducir que con ella, reconocemos sólo los signos biológicos; sin embargo la materia Semiología, tiene un capítulo de Psicosemiología y mucho más con la incorporación de la medicina biopsicosocial practicada e ignorada mucho antes que Engel la formulara en 1977.

De un texto clásico de consulta, *“Exploración Clínica Práctica”* de Noguer y Balcells, citamos: *“...La consulta. . . se trata de un episodio de la biografía médica del paciente. Pero suele ampliarse a los remotos antecedentes, incluso a [su] estirpe... y abarca todos los aspectos humanos de la existencia y no sólo la enfermedad concreta, actual de aquella persona”*.

Es importante rescatar esta vertiente ya que la respuesta del médico va a determinar en gran medida la evolución de la enfermedad. El diagnóstico no es un concepto abstracto, nosográfico. Planteamos un diagnóstico global. Para Balint,

hacer un diagnóstico [es] un encuentro entre dos personas, con las consiguientes connotaciones emocionales para ambas. Las del paciente, y las que éste despierta en él, valorándolas como un elemento útil para el diagnóstico y no dejándose llevar por ellas, ingenuamente, en su actuación profesional.

Al respecto mencionamos la mesa redonda de 1966 sobre *“Psicoanálisis y Medicina”*, convocada por J. Aubry, con la participación de G. Raimbault y médicos de diversas especialidades, que plantearon opiniones e inquietudes a Lacan en una tensa pero sustanciosa reunión.

Lacan advierte sobre el rapidísimo decaimiento del prestigio y de la autoridad que se está produciendo en la función y el lugar del médico.

El advenimiento de la ciencia devenida industrial generó un impacto en el rol médico instándolo a desviarse hacia un prescriptor de dichos productos.

Pregunta: ¿Dónde está el límite en que el médico debe actuar y que debe responder a algo que se llama la demanda?

Demanda también desde el paciente que clama y reclama por su salud y es en *el modo de respuesta a estas demandas donde está la posibilidad de supervivencia de la posición propiamente médica.*

Y la demanda del paciente, ¿es siempre demanda de curación o viene a veces a demandarnos que lo autentifiquemos como enfermo?

¿El médico debe satisfacer dichas demandas o debe investigarlas?

Haciéndolo, consideraremos al sujeto de la enfermedad. Cuestiones que *no han sido seriamente interrogadas.*

Pensamos que la forma de responder el médico a las demandas del paciente puede contribuir a determinar la forma última y el curso de la enfermedad.

El lugar de la palabra puede habilitar otro sentido a la enfermedad en relación a la biografía y a lo propio del vínculo entre los actores intervinientes.

El “saber hacer del médico” tiene un obstáculo: su propia subjetividad. Hay historia, hay pasado, hay modos de responder internalizados, fantasmáticas en torno al proceso de salud-enfermedad y la familia.

LA FAMILIA

El sentimiento de invalidez inicial en el individuo y en la especie requiere de un otro para la subsistencia, esta relación se da, en tanto el otro pueda leer sus necesidades, y se repite en la relación con el médico porque allí también se juega una escena de indefensión.

La familia es una de las estructuras más polidiversamente in-fluidas (no sólo baumanianamente) y estas influencias han generado efectos, efectos que nos conciernen ya que si cambia el lazo familiar cambia la relación de los sujetos con todas las estructuras de la enfermedad y su restablecimiento.⁴

Esto se denota frecuentemente cuando hablamos del anciano enfermo, que corre el riesgo de ser marginado y de que se lo prive de ejercer su voluntad y sus derechos. Existiendo innumerables prejuicios, aun en el campo de la gerontología, que ya nos alertaban Strejilevich, Salvarezza y otros en nuestro medio, y mucho más, teniendo en cuenta el crecimiento que se prevé de la población de este rango etario.

La relación médico- paciente, piedra angular de la práctica médica, puede sufrir otro deterioro cuando se trata de adultos mayores. Desviando, por ejemplo la comunicación e información del paciente hacia la familia.

Quizás la vejez del otro espeja en el profesional la propia idea de finitud, de final, de deterioro y muerte, gestando ansiedades y agresiones a nivel inconsciente que cobran diversas manifestaciones en la práctica médica y en la familia.

Pensamos que las temáticas de este apretado escrito aportarán algo de ovillo tanto para el médico como al paciente, rescatando su función y permitiendo al Teseo de la de la subjetividad emerger de su encerrona. "Médico, paciente y familia", somos actores y artífices de esta relación, implicados en esa trama vincular, ocupando según la ocasión uno y otro rol.

BIBLIOGRAFÍA

(3) NHI "Relación Médico Paciente: Derechos del Adulto Mayor" de Melba Barrantes Monge, Eduardo Rodríguez y Alexis Lama. Acta Biothe Enero 2009 I;15(2). 216-221.doi 10.4067/S1726X2009000200013.

(2) Boitte P. "El Envejecimiento: Oportunidad para una medicina en busca de sus finalidades". Acta Bioethica 2001;7(1):9-25.

Cossio Pedro y Col. "Medicina-Semiología-Clínica – Tratamiento". Ed. Medicina.1970.

Ducrot, O y Todorov, T. *Diccionario enciclopédico de las ciencias del lenguaje*. Ed. Siglo XXI. 1978.

"Relación de Colaboración: Médico-paciente-familia" de Garza Elizondo T, Ramírez-Aranda, J. M., Gutiérrez Herrera R.F. Artículo Editorial Medigraphic Artemisa.

HEGEL, F. "Filosofía del Derecho" Ed. Claridad, Bs. As – Argentina.

Loocke, Johon "Ensayo sobre el Entendimiento Humano". Ed. Orbis. 1983.

Noguer-Balcells. "Exploración clínica práctica". Ed. Elsevier Masson. 17° edición. 2011.

Saussure, Ferdinand. "Curso de Lingüística General". Ed. Losada. 1945.

(1) Zúñiga C, Vega E. Rodríguez Mañas L., et al, Propuesta de contenidos mínimos de los programas docentes de pregrado en Medicina Geriátrica en America Latina. Revista Panamericana de Salud Pública 2005, 17(5-6):429-437.

NOTAS

¹ Nuestra materia es prueba de ello.

² Profesor J. C. Stagnaro. "Jacques Lacan y los matemáticos, los lógicos y los científicos". Obra Colectiva. Editorial Escuela Freudiana de Buenos Aires. 2009.

³ Es evidente que grandes obstáculos se oponen a la admisión de una idea semejante, aquella por ejemplo de enseñar a los estudiantes de medicina, lo que quiere decir un significante y un significado, mientras que todo el mundo habla de lingüística, salvo los estudiantes de medicina por la simple razón de que no se les enseña. Lacan PSICOANÁLISIS Y MEDICINA: 1966 (que más adelante retomaremos).

⁴ Basta con ver el tipo de composición actual de enfermos en una sala de terapia intensiva. Hace tres décadas estaba ocupada por un 70% de pacientes mayores de 70 años y hoy existen un 50% de pacientes menores de 30 años, incremento causado por los accidentes de tránsito, la violencia ciudadana y otras toxicomanías. O en la continencia familiar frente a cualquier tratamiento, y no siempre en menos sino a veces con consentimiento.