

ENCRUCIJADAS DISCURSIVAS: LA BÚSQUEDA DEL BIENESTAR. CONSUMO Y CONSUMIDOS.

Laura Tolsá, Claudia Badel, Débora Falugi, María Cristina Tacchetti, Paula Borettini

lautolsa@hotmail.com

Unidad Académica: Hospital Nacional Prof. Alejandro Posadas. Facultad de Medicina, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental

Resumen

El uso de fármacos en general en una sociedad consumista. Evitación del malestar y negación de las diferencias. Medicalización. Naturalización de conductas adictivas y violentas. Representaciones sociales de bienestar. El rol de la medicina y Ley 26657/10. Lugar del agente de salud para responder a una demanda imposible. Importancia de la formación y prevención. Concientización del rol, prácticas y relación médico paciente.

Palabras claves: medicalización- violencia - prevención – formación

Introducción:

La conducta adictiva parte de la ilusión de anular el malestar. Al decir de Bauman, la lógica del consumo sostiene que todo es a elección, salvo la compulsión a elegir (comprar), persiguiendo el placer como fin de la vida.

Como medio de hallar satisfacción todas las adicciones son autodestructivas: destruyen la posibilidad de estar satisfecho alguna vez. Pero dicha satisfacción es de corta duración. La incertidumbre, el duelo y la pérdida son negados, mientras la inmediatez promueve el consumo de respuestas más rápidas y eficaces. Los problemas reducidos a su dimensión individual biológica ofrecen respuesta específica preferentemente medicamentosa

En la entrevista a Allen Frances, quien fue director del DSM IV, señala que en estos momentos hay ya más muertes por abuso de medicamentos que por consumo de drogas. Si bien los fármacos son necesarios y muy útiles en trastornos mentales severos pueden provocar discapacidad, y no ayudan en los problemas cotidianos. Por el contrario, el exceso de medicación causa más daños que beneficios ya que el riesgo es convertir los problemas cotidianos en trastornos mentales. No existe el tratamiento mágico contra el malestar.

Este hacer para no sentir el malestar (de pacientes y agentes de salud) que lleva a la medicalización indiscriminada produce la naturalización de las conductas adictivas y la violencia que genera el arrasamiento subjetivo.

Por su parte Richard J Roberts, Premio nobel de Medicina, hace una denuncia alarmante acerca del gran trabajo de las farmacéuticas dentro del sistema Capitalista. Proliferando con sus políticas y accionar la medicalización en sí misma, priorizan los beneficios económicos para la salud y detienen el progreso científico en la curación de las enfermedades - porque la curación no es tan rentable como la cronicidad-. La investigación sobre la salud humana no puede depender únicamente de su rentabilidad. Expresa: *“Lo que es bueno para los dividendos de las empresas; no siempre es bueno para la persona”*.

Discursos y Prácticas. Medicalización de la vida:

En tanto discurso en la vida colectiva, que genera los campos de sentido y prácticas, la Medicina históricamente asume el *“derecho de fiscalización sobre los diferentes que no tienen derecho a la palabra: los locos, los criminales, los niños, la plebe campesina y urbana, los salvajes y otros primitivos”*. Define *“Hegemonía discursiva” como el “conjunto complejo de las diversas normas e imposiciones que operan contra lo aleatorio, lo centrífugo y lo marginal, indican los temas aceptables e, indisociablemente, las maneras tolerables de tratarlos e instituyen la jerarquía de las legitimidades”*¹. (Stolkiner, A)

Siguiendo esta línea cabe señalar la lógica biopolíticaⁱⁱ en tanto estrategia de poder que forma un saber, produce discursos y organiza relaciones, hallándose naturalizada en los actores involucrados en los procesos de salud. *“Son los tiempos de medicalización de los comportamientos, de las conductas, de los discursos, de los deseos; son los tiempos de disputa con el derecho sobre cómo se ejerce el control y vigilancia en el orden institucional. Sostienen brechas de inequidad entre el “boom” genético, el mercado genético solo para algunos y la colectivización de la “muerte en vida”, desubjetivación, para muchos”* (Frankel). Acción positiva de suprimir o disminuir factores de riesgo a través de la prevención y de impulsar el desarrollo de factores positivos con la promoción de salud.

“La expansión de la medicina abarcando problemas que antes no tenían entidad médica, es lo que se denomina medicalización» (En Hoy, 13-VI-2008. Gestión Clínica op cit). La medicalización de la vida es el proceso por el que problemas no médicos se tratan como problemas médicos en términos de enfermedad o trastorno. Medicalizar la condición humana supone aplicar una etiqueta diagnóstica a sentimientos o comportamientos desagradables o no deseables que no son claramente anormales pero que se sitúan en un área nebulosa difícil de distinguir de toda una gama de experiencias que a menudo van ineludiblemente unidas al hecho de ser personas. La prevención en tanto “reducir riesgos”ⁱⁱⁱ ampliar los límites corporales y reducir cualquier forma de malestar. En este proceso además, la internalización de la necesidad de autocontrol y vigilancia por parte de los individuos mismos (biomedicalización) pasa a formar parte de las “elecciones” vitales de los individuos más allá de la indicación médica. Lo cual redundará en un deterioro de la importancia, imagen y función médica.

“En realidad el capitalismo no ha entregado los productos a la gente sino más bien ha entregado la gente a los productos; es decir que el carácter y la sensibilidad de las personas han sido re TRABAJADOS y remodelados de tal manera de acomodarlos aproximadamente a los productos, experiencias y sensaciones cuya venta es lo único que da forma y significados a nuestras vidas”. (Baumann)

De acuerdo a Freud (Malestar en la Cultura) los humanos quieren alcanzar la felicidad y mantenerla: *“Esta aspiración tiene dos costados, una meta positiva y una negativa: por una parte quieren la ausencia de dolor u de displacer; por la otra vivenciar intensos sentimientos de placer”*. Así, la felicidad humana es subjetiva y está regida por la cultura: *“el resorte de las actividades humanas es alcanzar dos metas confluyentes, la utilidad y la ganancia del placer”*. He aquí que el hombre tiene que reprimir sus impulsos individuales para que la satisfacción sea de todos los seres humanos, que conforman una comunidad. Al mismo tiempo es en la cultura donde se regulan, definen y reproducen los modos de producción de subjetividad. Las condiciones de existencia de una sociedad modelan los cuerpos según los criterios que hacen a la posibilidad de construcción de sujetos capaces de ser integrados a su cultura de pertenencia.

El rol de la medicina y Ley de Salud Mental 26657/10.

La implementación de la Ley de SM continúa siendo polémica, no sólo por las diferencias en cuanto al criterio y grado dispar de acuerdo profesional, sino también frente a la carencia de recursos que sostengan la labor clínica. Si bien sabemos que la estigmatización de las personas^{iv}, su aislamiento, el desconocimiento promueven la despersonalización, y el “envilecimiento”^v en las instituciones, y fuera de ellas profundizando el estado de vulnerabilidad^{vi}, también que las instituciones encarnan la lógica social y reproducen los mecanismos de inclusión – exclusión y los procesos de subjetivación-desubjetivación. Estos procesos de gran tensión atraviesan las prácticas en salud y la relación médico paciente, en este sentido se baña de nuevas significaciones y efectos subjetivos.

Es sumamente necesario pensar hoy el lugar del agente de salud, concientizando su rol, las prácticas y los modos de interacción posibles en tanto se encuentra demandado a responder ante lo imposible. Ulloa explica la actitud de estos profesionales en tanto *“el especialista que se somete y queda aprisionado en la situación enferma, lo que caracteriza a la perturbación de la circulación tanto dentro como en el afuera de la organización, adoptando conductas defensivas....se defenderá de esta identificación en la que*

se siente aprisionado, mediante conductas terapéuticas con contenido punitivo que le permitirán mantener la diferencia con los enfermos. También tratará de no comunicarse directamente con sus pacientes, sino sólo a través de medicamentos, con lo cual institucionalizará una modalidad que incluso, puede pretender fundamentar técnicamente.”

Entonces si la medicalización de la vida se evidencia en lo invisibilizado de las prácticas cotidianas. De qué modo la renegación de la subjetividad actúa un saber no sabido y promueve la servidumbre voluntaria al poder que actúa y persuade en cada contexto^{vii}.

Importancia de la formación

Según Allen Frances los seres humanos somos criaturas muy resilientes: *“Hemos sobrevivido millones de años gracias a esta capacidad para afrontar la adversidad y sobreponernos a ella. Si vivimos inmersos en una cultura que echa mano de las pastillas ante cualquier problema, se reducirá nuestra capacidad de afrontar el estrés y también la seguridad en nosotros mismos. Si este comportamiento se generaliza, la sociedad entera se debilitará frente a la adversidad”*.

Fortalecer las redes, la participación activa e implicada en la problemática y el pensamiento crítico con una mirada que incluye al sujeto en la comunidad, abre el juego a otro posicionamiento ético^{viii} de cualquier agente de salud.

Para Merhy una de *“las implicaciones más serias del actual Modelo Médico Hegemónico [. . .] es disminuir mucho esta dimensión (cuidadora) [. . .] del trabajo en salud, en particular del propio médico. Hay autores que pregonan hace mucho, la noción de que la baja incorporación del saber clínico en el acto médico, viene comprometiendo seriamente la eficacia de esta intervención, y parodiándolos, podemos decir que la “muerte” de la acción cuidadora de los varios profesionales de salud, ha construido modelos de atención irresponsables frente a la vida de los ciudadanos”*.

Retomando las palabras de Allen Frances: *“Es muy fácil hacer un diagnóstico erróneo, pero muy difícil revertir los daños que ello conlleva. Tanto en lo social como por los efectos adversos que puede tener el tratamiento. Afortunadamente, está creciendo una corriente crítica con estas prácticas. El próximo paso es concientizar a la gente de que demasiada medicina es mala para la salud. Que en vez de ir al médico en busca de la píldora mágica para cualquier cosa, tengamos una actitud más precavida. Que lo normal sea que el paciente interroge al médico cada vez que le receta algo. Preguntar por qué se lo prescribe, qué beneficios aporta, qué efectos adversos tendrá, si hay otras alternativas. Si el paciente muestra una actitud resistente, es más probable que los fármacos que le receten estén justificados.”*

Conclusión:

Consideramos que una verdadera transformación de las prácticas clínicas requiere ser pensada teniendo en cuenta la complejidad de las problemáticas, la transversalidad en todo acto clínico y el compromiso de acuerdo a los posicionamientos éticos de los involucrados en el proceso. Parafraseando a Frankel decimos que estas prácticas de libertad instalan el estatus de individuo, afirman el derecho a la diferencia, resisten al sometimiento y a la “muerte en vida”.

Y no olvidemos que el acto médico implica “Curar a veces, aliviar con frecuencia, consolar siempre” (Charles Achard)

NOTAS:

ⁱ Experiencia relatada por Stolkiner donde la palabra “Quebranto” es traducido por los alumnos como “Depresión” siendo que sus significados difieren profundamente. Señala la imbricación entre el lenguaje “científico” y el “común”, de modo que los términos de uno terminan circulando en el otro o metafóricamente en los discursos de otras ramas científicas y formando parte de prácticas sociales diversas

ⁱⁱ “La biopolítica es entonces la coordinación estratégica de estas relaciones de poder dirigidas a que los vivientes produzcan más fuerza. La biopolítica es una relación estratégica y no un poder de decir la ley o de fundar la soberanía. “Coordinar y dar una finalidad” son, según las palabras de Foucault, las funciones de la biopolítica que, en el momento mismo en el que obra de este modo, reconoce que ella no es la causa del poder: Coordina y da finalidad a una potencia que, en propiedad, no le pertenece, que viene de “afuera.” El biopoder nace siempre de otra cosa que de él”. “La lógica biopolítica incluye el concepto eugenésico por

cuanto la soberanía y protección institucional del poder se sostiene en el control colectivo: eliminación, sobrevivencia de descartables, pobres y excluidos. La realidad de estos tiempos es la paradoja de la negación de la propia vida a la cual se pretende proteger; es una vida cada vez más cruel y opresiva”. Frankel, op cit

ⁱⁱⁱ el concepto epidemiológico de riesgo (por lo cual se basa el diagnóstico del caso singular en la probabilidad estadística poblacional), para finalizar en un proceso que ha sido denominado “disease mongering” o “creación de enfermedades”.

^{iv} Cohen, Szymanowski & Neiling (2007) realizaron un estudio desde la Universidad de Buenos Aires que tuvo como propósito conocer las representaciones sociales de los alumnos cursantes en relación a: Salud, Enfermedad, Salud Pública, Salud Mental, Psicólogo y Hospital. Son escasas las referencias a problemáticas sociales que influyen en la Salud, como son: pobreza, [FPI-002-Protocolo de presentación de Proyecto de Investigación. SECyT- UNLaM. Versión 2.1 24/8/2015] 14

Moll (2013) estudió las representaciones de la salud mental en trabajadores de dos instituciones especializadas en la ciudad de Lima (Perú). La autora tomó en consideración que las representaciones sociales acerca de la salud mental incidirán inevitablemente en las prácticas relacionadas al proceso salud-enfermedad-atención.

^v Goffman denomina " envilecimiento " al proceso de adaptación en tales instituciones, una expresión apropiada que incluye el proceso de despersonalización

^{vi} Los llamados enfermos mentales se encuentran en su mayoría en la zona de vulnerabilidad tal como lo plantea Robert Castel (1999): “La zona de vulnerabilidad es un espacio social de inestabilidad entre la integración y la exclusión y ocupa una posición estratégica ya que es la vulnerabilidad la que alimenta a la marginalidad. Los procesos de vulnerabilización despliegan estrategias biopolíticas; esta noción, desarrollada por M. Foucault (1978), procesos de destitución subjetiva

^{vii} “Transformar la salud hacia un punto de vista activo reemplaza el punto de vista de la medicina de la enfermedad donde el paciente es pasivo en la relación asimétrica con el terapeuta. Se modeliza a los sujetos para que se adapten a una realidad social – El Homo Economicus – a los efectos de expandir la vida y buscar la maximización económica. De este modo se comprende la relación entre la agenda de salud – que fracasa en su intento por lograr equidad al tiempo que es factor causal de empobrecimiento – y este nuevo modelo de la medicina...” Frankel, D. op cit

^{viii} Ética concierne, en griego, a la búsqueda de una buena "manera de ser" o a la sabiduría de la acción. “El médico es médico únicamente si él trata la situación bajo la regla de lo posible maximal: tratar a esta persona que se lo demanda hasta el fin, con todo lo que él sabe, con todos los medios que él sabe que existen y sin considerar ninguna otra cosa... Las "comisiones de ética" y otras divagaciones sin fin sobre los "gastos de salud" y la "responsabilidad gestonaria", siendo radicalmente exteriores a la única situación propiamente médica, en realidad no pueden sino impedir que se le sea fiel. Ya que serle fiel querría decir: tratar el posible de esta situación hasta el fin... La medicina "gestionaria", "responsable" y "ética" sé reduzca a la abyección de decidir qué enfermos el "sistema de salud francés" puede 'curar, y cuáles deben ser reenviados, ya que el presupuesto y la opinión lo exigen, a morir en suburbios de Kinshasa” (Badiou,1994) la ética, una política no representativa, que se presenta directamente, que no busca el poder, sino que permite marcar un límite al poder del Estado y que no está ligada a la ley jurídica ni a intereses de un grupo o sector, sino que es subjetiva y singular. Alain Badiou insiste en proponer una ética basada en la idea de ‘sostener un punto’, ese punto - en la vida, en el pensamiento, en la creación y la acción - en el que toda la complejidad del mundo se reúne en una dualidad simple: o esto o aquello. Así se resume la fidelidad de cada sujeto al acontecimiento: comprometerse y sostener ese punto. No sostenerlo es traicionar la verdad. La ética de una verdad se resuelve en estas palabras: “Haz todo lo que puedas para que persevere lo que ha excedido tu perseverancia. Persevera en la interrupción. Atrapa en tu ser lo que te ha atrapado y roto” (Badiou, 1994) fidelidad al acontecimiento. (Badiou, 2006)

BIBLIOGRAFIA

- Bauman, Z. Modernidad líquida. cap 2. FCE 1 ed. México 2003
 - Brindisi- Budassi-Cosin-Cerri y otros. Al fin Amanece. Historias sobre adicciones. Ed intraMed. 2015
-

-
- Ley N° 26.657. Ley Nacional de Salud Mental. Decreto reglamentario 603/2013. Boletín Oficial, Buenos Aires, Argentina, 3 de diciembre de 2010, en <http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>
 - Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Programa de Salud Mental, Justicia y Derechos Humanos. Instrumentos internacionales de derechos humanos y salud mental. Serie: "Difusión de derechos básicos de personas usuarias de servicios de salud mental y abordaje de las adicciones". Documento N ° 1. Año 2010.
 - Morin, E. Introducción al pensamiento complejo. 1990
 - Almeida-Filho, N. Complejidad y Transdisciplinariedad en el Campo de la Salud Colectiva: Evaluación de Conceptos y Aplicaciones. Artículo Salud Colectiva. Buenos Aires, 2006
 - Programa de SM, Justicia y DDHH. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Instrumentos internacionales de Derechos Humanos y Salud Mental. Serie: "Difusión de derechos básicos de personas usuarias de servicios de salud mental y abordaje de las adicciones". Documento 1. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. Argentina, 2010
 - Freud, S. El malestar en la Cultura (1930) Obras Completas. Amorrortu ed.
 - Allen Frances "Convertimos problemas cotidianos en trastornos mentales" ENTREVISTA
 - Stolkner A. " Medicalización de la vida, sufrimiento subjetivo y prácticas en salud mental "
 - Bleichman, S. El desmantelamiento de la subjetividad. Estallido del yo. Topia ed. Colección Psicoanálisis, Sociedad, Cultura. 1 ed. Buenos Aires, 2009
 - Ulloa, F. Psicología de las instituciones. Una aproximación psicoanalítica. <http://bibliopsi.org/docs/materias/obligatorias/CFP/institucional/schejter/UNIDAD%206/Unidad%206%20Ulloa%20-%20Psicologia%20de%20las%20instituciones.pdf>
 - Muiña, D. Procesos de subjetivación y desubjetivación en los dispositivos institucionales. Instituciones en Salud Mental que trabajan con personas con problemáticas severas. Trabajo final de la Carrera de Especialización en Política y Gestión de la SM. UBA 2010
 - Crasnich, N. Colectivos Temporarios: Política, gestión, acontecimiento. Trabajo final de la Carrera de Especialización en Política y Gestión de la SM. UBA 2011
 - Carmona- Del Río (comp). Gestión clínica en Salud Mental. Asoc Española de Neuropsiquiatría. Estudios 43. Madrid 2009
 - Mehry E "Salud: cartografía del trabajo vivo". Lugar Editorial. Buenos Aires. 2006
 - Castel, Robert. (1991) La dinámica de los procesos de marginalización: de la vulnerabilidad a la exclusión. En Selección de textos EL ESPACIO INSTITUCIONAL. Lugar Ed. Bs As Recuperado el día 30 de marzo de 2013 de C:\Users\laura\Desktop\Aspectos sociales y participación comunitaria en salud\la dinámica de los procesos de exclusion_Cast.htm
 - Fränkel, D Una mirada institucional de las prácticas de gestión y atención de la salud.
 - Menéndez, E. El Modelo Médico y la salud de los trabajadores. Salud Colectiva. La Plata 2005
 - <http://despiertavivimosenunamentira.com/premio-nobel-medicina/>
-