ACTUALIZACION

¿POR QUE UNA PSICOLOGIA MEDICA?

Ps. Mercedes Navarro
Ps. Pilar Silveira

RESUMEN

Los conceptos, por momentos intangibles de salud y enfermedad, han tenido y tendrán una significación especial según la época, el momento histórico, las connotaciones sociales y culturales de cada sociedad, más allá de los innumerables avances, que desde el campo científico han modificado para siempre el "estar enfermo".

La propuesta apunta a una reflexión que nos permita una comprensión de la evolución del intrincado vínculo de ambos términos (salud y enfermedad), en la práctica médica, con lo que ello implica para todos los que se erigen en protagonistas, ya sea como paciente, como familiar, como profesional de la salud. Son muchos los elementos a jerarquizar, pero quizás la comprensión de "lo psicológico" y todos los aspectos que se movilizan en la situación de enfermedad, es lo que ha gestado la importancia de la presencia del psicólogo médico en los equipos multidisciplinarios de atención. La comprensión también, que el intrincado no se agota en un abordaje psicológico clásico, ha permitido acceder, a una postura que intenta integrar los aspectos biomédicos con los aspectos psicosociales.

El campo de trabajo se perfila actualmente como multifocal y pluripersonal, en tanto el paciente sólo puede ser cabalmente comprendido y abordado si se lo percibe inserto en una situación que es única.

En esta concepción, aquel vínculo médico-paciente, donde el profesional era depositario absoluto de la responsabilidad de la "cura", ha dado paso a una situación en donde el paciente a través de una conducta activa, se transforma en parte esencial del proceso. Pero, en este punto, cabe destacar que sólo un vínculo de confianza con el profesional tratante, facilitará la adecuada adherencia al tratamiento y conductas de salud por parte del "enfermo".

La dimensión familiar, presente desde lo real y desde lo imaginario en ambos protagonistas de la situación, ha de ser tenida en cuenta en toda su importancia a la hora de plantearse la situación actual de enfermedad y las posibilidades de evolución de la misma.

Por último y no por ello menos relevante, el marco institucional en el que se da, varía de un sistema de salud a otro, al menos en nuestros países en desarrollo. Desde esta mirada, el multiempleo, la falta de tiempo, de recursos económicos y/o técnicos, donde la relación médico-paciente- familia está enmarcada, inciden, necesariamente, en la dinámica afectiva del paciente, su familia, el personal de salud y por ende, en el proceso de "cura".

Todas estas variables, el cómo potenciar aquellas que promueven la adherencia del paciente al tratamiento y neutralizar y/o destrabar aquellos factores que "sabotean" el buen desarrollo del mismo, es el campo sobre el cual actúa la PSICOLOGÍA MÉDICA. El desarrollo constante de esta nueva especialidad ha permitido además del logro de su objetivo fundamental que es el beneficio para el paciente, haciendo más eficaz y tolerable las instancias de tratamiento; el enriquecimiento del conocimiento psicológico y del quehacer médico, así como el logro de una mayor comprensión de los factores de riesgo que debe enfrentar el profesional de la salud, promoviendo así conductas de prevención en el mismo.

RESUMEN

Los conceptos, por momentos intangibles de salud y enfermedad, han tenido y tendrán una significación especial según la época, el momento histórico, las connotaciones sociales y culturales de cada sociedad, más allá de los innumerables avances, que

desde el campo científico han modificado para siempre el "estar enfermo".

La propuesta apunta a una reflexión que nos permita una comprensión de la evolución del intrincado vínculo de ambos términos (salud y enfermedad), en la práctica médica, con lo que ello implica para todos los que se erigen en protagonistas, ya sea como paciente, como familiar, como profesional de la salud. Son muchos los elementos a jerarquizar, pero quizás la comprensión de "lo psicológico" y todos los aspectos que se movilizan en la situación de enfermedad, es lo que ha gestado la importancia de la presencia del psicólogo médico en los equipos multidisciplinarios de atención. La comprensión también, que el intrincado no se agota en un abordaje psicológico clásico, ha permitido acceder, a una postura que intenta integrar los aspectos biomédicos con los aspectos psicosociales.

El campo de trabajo se perfila actualmente como multifocal y pluripersonal, en tanto el paciente sólo puede ser cabalmente comprendido y abordado si se lo percibe inserto en una situación que es única.

En esta concepción, aquel vínculo médico-paciente, donde el profesional era depositario absoluto de la responsabilidad de la "cura", ha dado paso a una situación en donde el paciente a través de una conducta activa, se transforma en parte esencial del proceso. Pero, en este punto, cabe destacar que sólo un vínculo de confianza con el profesional tratante, facilitará la adecuada adherencia al tratamiento y conductas de salud por parte del "enfermo".

La dimensión familiar, presente desde lo real y desde lo imaginario en ambos protagonistas de la situación, ha de ser tenida en cuenta en toda su importancia a la hora de plantearse la situación actual de enfermedad y las posibilidades de evolución de la misma.

Por último y no por ello menos relevante, el marco institucional en el que se da, varía de un sistema de salud a otro, al menos en nuestros países en desarrollo. Desde esta mirada, el multiempleo, la falta de tiempo, de recursos económicos y/o técnicos, donde la relación médico-paciente- familia está enmarcada, inciden, necesariamente, en la dinámica afectiva del paciente, su familia, el personal de salud y por ende, en el proceso de "cura".

Todas estas variables, el cómo potenciar aquellas que promueven la adherencia del paciente al tratamiento y neutralizar y/o destrabar aquellos factores que "sabotean" el buen desarrollo del mismo, es el campo sobre el cual actúa la PSICOLOGÍA MÉDICA. El desarrollo constante de esta nueva especialidad ha permitido además del logro de su objetivo fundamental que es el beneficio para el paciente, haciendo más eficaz y tolerable las instancias de tratamiento; el enriquecimiento del conocimiento psicológico y del quehacer médico, así como el logro de una mayor comprensión de los factores de riesgo que debe enfrentar el profesional de la salud, promoviendo así conductas de prevención en el mismo.

SALUD Y ENFERMEDAD

Según la O.M.S. la "salud es un estado de bienestar completo, físico, psíquico y social y no solamente la ausencia de enfermedad o invalidez".

Según San Martín y Pastor (1) , "la salud no puede definirse hoy como un estado de bienestar absoluto, completo y estático, por cuanto ella representa una situación relativa, variable , dinámica, producto de todos los factores de la vida social sobre la población y el individuo, cuando estos factores son favorables a la ecología individual." De acuerdo a ello la definimos como "un proceso social en su origen, que tiene repercusiones ecológicas en el ambiente de vida de la comunidad y que finalmente produce en el individuo, según las circunstancias (favorables o negativas), el estado ecológico de salud o el desequilibrio ecológico que llamamos enfermedad.

En este concepto hay varios aspectos a considerar:

- El estado de salud no puede ser absoluto porque es inseparable del ambiente ecológico y social de la comunidad que es esencialmente variable. Aunque se enfatice la importancia de las características individuales y familiares, es real que el componente cultural ejerce tanta influencia

como éstas, pues la cultura es "la familia de la familia".(2)

- No existe un límite neto entre la salud y la enfermedad, sino grados y expresiones diversos, mezclados.
- En el concepto de salud hay tres componentes a considerar:

a) componente subjetivo (bienestar)
b) componente objetivo (capacidad para la función)
c) componente psico-ecológico-social (adaptación biológica, mental y social del individuo).

La persona "enferma", con "el componente psico-ecológico-social " afectado, va a consultar en primera instancia al médico.

Para poder comprender en toda su magnitud este primer encuentro, debemos tener en cuenta, más allá de los aspectos técnicos, el componente afectivo que desde ambas personalidades se va a empezar a poner en juego.

El estudio de la relación médico-paciente, es un aporte relativamente reciente del campo de la psicología al pensamiento médico actual.

Tal como lo señalan Bernardi y Viñar (3), se pueden señalar tres grandes etapas en la relación entre la Psicología y la Medicina Clínica:

1. La primera caracterizada por el lento reconocimiento médico de los desórdenes en el campo de la conducta ("las enfermedades funcionales de los nervios"); hacia fines del siglo XIX y comienzos del XX.
2. A partir de la segunda década se inicia la búsqueda de un origen psíquico en ciertos trastornos orgánicos, tales como el asma, la colitis ulcerosa, etc. Cobrando auge la denominación de "enfermedad psicosomática", cuya conceptualización continúa hoy oscura.
3. A partir de la década del 50 el énfasis se desplaza hacia la relación médico-paciente, a los mutuos significados y determinaciones entre la enfermedad, el enfermo y el equipo médico.

En Uruguay, podemos decir que es a partir del 1969 que la integración del conocimiento médico y el psicológico toma el carácter de un esfuerzo coordinado, apoyado en bases doctrinarias explícitas. En dicho plan se busca una medicina integral, bio-psicosocial, restituida al campo de las ciencias antropológicas, acorde a los conceptos de salud y enfermedad que hemos planteado al inicio.

La comprensión de "lo psicológico" en estas situaciones y cómo contenerlo desde el vínculo médico-paciente, es campo de la Psicología Médica.

CAMPO DE LA PSICOLOGÍA MÉDICA

¿Qué es lo que el campo de la salud mental puede aportar al médico?

La respuesta a esta pregunta surge de la propia experiencia de trabajo en los equipos asistenciales multidisciplinarios, así como la necesidad de la interconsulta para la comprensión de una situación clínica.

La progresiva incorporación del psicólogo en los equipos multidisciplinarios de salud, promovió y detectó la necesidad de dos miradas simultáneas: la del conocimiento psicológico y la del quehacer médico.

Si la preocupación inicial fue la de lograr una perspectiva psicológica de los problemas médicos, más tarde, se tendrá como objetivo final, la búsqueda de formas de integración de los aspectos biomédicos y psicosociales.

Así como el médico debía integrar nuevos conocimientos y procedimientos, se daría también un movimiento en el interior de la psicología. A diferencia de los enfoques psiquiátricos y psicoterapéuticos clásicos, el tipo de abordaje en psicología médica requiere de una mirada situacional, que tome en cuenta los diferentes niveles involucrados en la determinación del problema.

Es así entonces que la intervención del psicólogo medico, orienta su mirada a la asistencia de tres aspectos fundamentales:

- La repercusión psíquica de la enfermedad somática (identificación de las reacciones

normales y/o patológicas sobre las cuales intervenir psicológicamente)

- Las características de la relación médico-paciente (favoreciendo la comunicación equipo-familia-paciente y el manejo de la información entre ellos, como elemento fundamental para el logro de una adecuada adherencia al tratamiento indicado y del bienestar psíquico del paciente)
- La incidencia de los factores psicosociales en el proceso de salud-enfermedad (potenciando aquellos vínculos y estructuras sociales que funcionen como elementos de apoyo, estableciendo una red de sostén para el paciente y su familia).

La estrategia de abordaje se caracteriza entonces por ser:

- Multifocal: actuando sobre los diferentes aspectos involucrados en la situación de consulta, que la hacen única e irrepetible.
- Pluripersonal: potenciando los diferentes roles de cada una de las personas que intervienen en la situación, en un marco de convergencia de esfuerzos.

APORTES DE LA PSICOLOGIA MÉDICA A LA RELACION MEDICO-PACIENTE

¿Cómo comienza la relación médico-paciente?

Pensemos en alguien que comienza a percibir sensaciones de dolor, de molestias, que le proporciona el conocimiento de que “algo no anda bien”, descubre que “está enfermo”, pero aún no se ha transformado en paciente; lo será cuando asocie su padecimiento a la imagen de aquel que se constituye en agente de alivio o cura, aparece la figura del médico.

Comienza una relación que aún es virtual y en la que incidirán las experiencias pasadas, sus primeros recuerdos en relación con la medicina, su postura personal acorde a la sociedad en la que vive. Depositará en esa representación interna del médico sus deseos de ser curado y le adjudicará un halo mágico o un poder científico.

Médico y paciente configuran así, un proceso de retroalimentación que se ha ido modificando desde el contexto socio-cultural.

Los fundamentos científicos de la medicina moderna sentaron sus bases en la segunda mitad del siglo pasado en la cual se desarrolla su metodología científica y un lenguaje similar al de las ciencias físico- naturales. Las alteraciones de las estructuras orgánicas y sus funciones se expresan en síntomas, que se organizan en síndromes, los cuales a su vez, se adscriben a determinadas noxas etiológicas.

Esto se interpreta como algo que amenaza al paciente desde afuera, comprometiendo el equilibrio que supone el estado de salud. Desde esta mirada la medicina se basa en el supuesto de una etiología causal, lineal o determinista, en el que los estados de salud y enfermedad están netamente diferenciados.

La tarea del médico consistía entonces, en tratar de curar la enfermedad a través de agentes externos que restablecieran aquel órgano y/o función dañada.

La persona del paciente, sus vínculos familiares y su contexto social no eran tomados en cuenta en la estrategia terapéutica diseñada para “la cura”. Menos aún, ubicado el médico en un lugar de observador aséptico, podía pensar en incluirse él mismo en ese vínculo y percibirse como una variable afectiva de real incidencia en la misma.

El desarrollo de las ciencias biológicas y el proceso tecnológico, enriquecieron la medicina, aumentaron sus conocimientos y las especialidades se multiplicaron.

Este proceso de especialización modificó el ejercicio profesional en dos aspectos: maximizó las posibiliddes de abordaje de la enfermedad desde un punto de vista técnico, pero minimizó las posibilidades del establecimiento de un vínculo en el que médico y paciente, más allá de sus roles, puedan percibirse como “personas”.
Estas posturas condicionan, de alguna manera, el establecimiento del vínculo médico-paciente. Cuando el médico trata al paciente con una mirada situacional, en la que se incluyen los distintos

aspectos aquí tratados, es posible que el "enfermo", pueda hacerse cargo de su padecimiento, pasando de la actitud pasiva que "espera la cura", a una actitud "activa", a través de la cual se transforma, en agente esencial de la misma .

Asociamos a estos conceptos los vertidos por David Mechanic (4) acerca de la "auto" o "hetero" definición con respecto a la enfermedad, en los cuales el paciente es capaz de percibir e identificar sus síntomas y buscar apoyo o depende de que sea otra persona la que lo declare "enfermo", y se haga cargo de su situación.

Todas estas concepciones, posturas y vivencias son puestas en juego en ese primer encuentro de consulta, situación interpersonal única e irrepetible, que puede revestir características muy diferentes y que exigirán del médico una actitud flexible.

En el acto de "dar la mano" al paciente comienza el diálogo.

El paciente entregará su cuerpo a la manipulación del médico, confiará intimidades, demandará respuestas y explicaciones.

El paciente, vulnerabilizado por su situación de enfermedad, es sensible a lo pequeño, registra todo gesto del médico, los silencios pueden ser preámbulos de una nueva expresión de preocupación y es importante que sean tolerados por el profesional.

En oportunidades, deposita en su médico la fantasía omnipotente de que puede solucionarlo todo y solicita de éste consejo acerca de problemas que exceden su función.

Hay pacientes que solicitan con exigencia desmedida la respuesta de atención médica de manera inmediata, que no pueden esperar.

Otros que utilizan la enfermedad como formas de intensificar sus actitudes de sumisión reclamando consuelo y apoyo inmediato.

Puede darse la exacerbación de algunos de los mecanismos de defensa o estilo de afrontamiento que el paciente usualmente utiliza, ya que la situación de ansiedad que genera el "estar enfermo" las agudiza.

El enfermo transfiere en el médico su ansiedad y el médico reacciona contra-transferencialmente según su propia situación de vida, en la que se incluyen también, sus aspectos psicológicos.

La toma de conciencia por parte del médico de sus reacciones frente al enfermo le permite mantener cierta distancia óptima que contribuye a una mayor comprensión de la situación.

La actitud del médico debería traslucir que "tiene todo el tiempo del mundo" para el paciente, para escucharlo y examinarlo, promoviendo así la confianza necesaria de su parte, pero, ¿es esto posible en las actuales estructuras de atención médica?

Las palabras del médico son un documento para el paciente, por ello, el médico debe considerar constantemente:

⇒ si sus palabras son útiles para el enfermo.
⇒ si son absolutamente ciertas.
⇒ y si es necesario pronunciarlas (5)

Tradicionalmente el médico se ha guiado por su intuición para establecer la atmósfera necesaria donde se desarrollará la relación interpersonal imprescindible para una adecuada atención médica.

La demanda creciente, la escasez del tiempo de consulta, el multiempleo, atentan contra la relación médico-paciente, generando sentimientos de frustración en ambos, la predisposición al estrés asistencial en el médico, la no adherencia al tratamiento o el sabotaje del mismo por parte del paciente y un estado de disconformidad que incide negativamente en la relación y el tratamiento.

En este estado de cosas, la respuesta "intuitiva" del profesional, puede ser insuficiente, de ahí la conveniencia de instrumentarlo con recursos que aporta la psicología de la comunicación, para optimizar el manejo de las distintas situaciones clínicas .

El concepto de asertividad cobra acá relevancia, en tanto nos ayuda a poder comunicarnos y afirmar nuestra posición, sin ser presa de emociones que nos

quitan la posibilidad de pensar y actuar con claridad y eficacia.

Debemos tener en cuenta que este vínculo se inserta en el marco de una determina organización de salud, que se constituirá en otra variable esencial a tener en cuenta.

RELACION MÉDICO-PACIENTE Y SISTEMAS DE ATENCIÓN MÉDICA

Pasó a la historia el médico recorriendo el barrio con su maletín, atendiendo pacientes en sus domicilios.
Esta relación directa médico-paciente no requería de un interrogatorio exhaustivo respecto de la vida y costumbres del enfermo: el médico estaba inmerso en la atmósfera psico-social de sus pacientes.
Actualmente podemos diferenciar varios tipos de Sistemas de Atención(6):

- Cooperativa: en el que la oferta toma la iniciativa y los profesionales se agrupan logrando una demanda estable de trabajo.
- Seguros Privados: de tipo comercial a cargo de las empresas.
- Mutualismo: surge de un grupo de personas vinculadas por algún tipo de afinidad. Toma la iniciativa la demanda y es quien determina las reglas del juego. El médico es retribuido mediante un sueldo o por prestación. Es frecuente la necesidad de trabajar en dos o más sistemas, lo que lleva a una difusión de la labor del médico en la que se ven afectadas la realización de su vocación y los intereses por el paciente. Esta situación genera muchas veces, culpa y malestar, que inciden negativamente en el acercamiento al individuo enfermo. Es también frecuente la rotación de profesionales conjuntamente con un sentimiento de pertenencia hacia la institución empobrecido, teniendo como resultado lazos interpersonales médico-paciente cada vez más frágiles e insatisfactorios.
- El Hospital Público, que otrora fuera lugar de atención de los estratos sociales más bajos, es hoy lugar de consulta también de parte de la clase media.
- Así mismo, el prestigio de antaño por tener un lugar en el hospital, centro de aprendizaje e investigación, ha quedado hoy relegado por la pertenencia a los centros médicos de carácter privado, con infraestructuras que incluyen el acceso a centros de salud internacionales.

En todo momento entonces, debemos tener en cuenta en el abordaje de la situación la relación triangular paciente -institución- médico, ya que puede ser facilitadora o transformarse en fuente de interferencias.

Esto es también campo de acción del psicólogo médico.

LA FAMILIA: OTRO FACTOR EN LA RELACIÓN

Hasta ahora hemos desarrollado la relación médico-paciente, considerándolos como sujetos individuales. Es importante puntualizar que en ambos, de diferente manera y alcance, está presente la dimensión familiar, como transmisora de valores, creencias y actitudes.

El médico se relaciona con el paciente y su familia, aún en las situaciones más aisladas, en tanto "ha heredado" de la familia de origen las creencias y actitudes frente a la salud y la enfermedad.

Por otro lado, el grupo familiar tiene como función constituirse en sostén del miembro en crisis, para ayudarlo en el proceso de tratamiento y recuperación de un nuevo equilibrio.

Todo médico que trata a un enfermo está tratando con una familia, en tanto la enfermedad de uno de los miembros, trae aparejado una crisis familiar.

Una alianza con la familia ayudará a la adhesión que el paciente desarrolle al tratamiento, si logramos que ésta aliente al paciente y lo acompañe en las instancias de dolor.
Otras veces, la familia puede constituirse en saboteadora del tratamiento, lo cual es más perceptible en enfermedades crónicas.

Estas situaciones es importante que sean detectadas por el médico, a los efectos de poder realizar el abordaje psicológico necesario.

Es importante también que el médico sepa que al tratar al enfermo y su familia, está realizando una función de prevención, en tanto sus enseñanzas serán transmitidas por el gran factor multiplicador que es ésta.

El médico tampoco está solo en su encuentro con el paciente, sus valores frente a la enfermedad, la muerte, la filosofía de vida, tienen sus raíces en su familia de origen. A su vez, la familia que ha constituido le aportará fuerza, motivación y sostén o por el contrario desaliento, frustración y enojo.

Este cúmulo de racionalidad y afecto están con él en su encuentro profesional con el paciente.

Los grupos de pertenencia como los colegas, la Facultad en la que ha estudiado, los "modelos" referenciales, incidirán también en su postura, generando actitudes empáticas o conductas médicas ritualizadas y desafectivizadas que son padecidas por el enfermo.

Jerarquizamos entonces, el aporte de la Psicología Médica para la comprensión e instrumentación de soluciones en este entramado que se configura en forma única e irrepetible en cada encuentro médico-paciente.

EN SUMA:

la enfermedad irrumpe en la vida de la persona de manera muy variada, cada una de las circunstancias que la contextualizan es un problema a resolver.

En ellas intervienen la personalidad del enfermo, su familia, el médico, la institución en la que se inscribe esa relación, factores socio-culturales que hacen de esa situación algo ÚNICO y CRÍTICO.

La Psicología Médica deberá ayudar a que la situación crítica de enfermedad, se transforme en una oportunidad de crecimiento yoico, fortalecimiento de los lazos familiares y consolidación de un vínculo empático médico-paciente.

CITAS BIBLIOGRAFICAS

(1) SAN MARTÍN H. Y PASTOR V. Glosario de términos importantes, pág.13. Martínez Roca. 1981.

(2) PINKOLA ESTÉS C. Mujeres que corren con los lobos. pág.111. Punto de lectura.Ed. 2001

(3) BERNARDI R, VIÑAR M. La perspectiva psicológica en la práctica médica. Pág.1 Trabajo presentado en el VII Congreso Nacional de Medicina Interna Oct.1971 "La neurosis como enfermdad médica".

(4) FLORENZANO R, ZEGERS B. Psicología Médica. Pág.260 Ed.Mediterráneo 2003

(5) VON RECHENBERG H. "La palabra del médico y sus consecuencias nocivas".Documenta Geigy. Basilea,1969

(6) PERETTI M. La relación médico-paciente. pág.127. Ed.Paidos.

BIBLIOGRAFÍA

ALIZADE A. (1996) Clínica con la muerte. Amorrortu editores. Bs. As.

ANDOLFI Y OTROS. (1985) Detrás de la máscara familiar. Amorrortu editores. Bs. As.

BERMEJO JC. (1997) Humanizar la salud. Ed. San Pablo. San Pablo.

BERNARDI R. (1994) Psicología Médica. Reflexión sobre una experiencia. Primeras Jornadas Uruguayas de Psicología Médica y Medicina Pisco-social. Publicación de la Sociedad Uruguaya de Psicología Médica. Montevideo.

BERNARDI R, FIORINI H. Y OTROS. (2001) PSICOANÀLISIS. Focos y Aperturas. Psicolibros. Montevideo.

DEFEY D, ELIZALDE JH, RIVERA J. (1995). Psicoterapia focal. Ed. Roca Viva. Montevideo.

DEFEY D, ELIZALDE JH, RIVERA J: (1996). Focalización y Psicoanálisis. 2ª Ed. Prensa Médica Latinoamericana. Montevideo.

FIORINI H. (1993) Teoría y técnica de psicoterapias. Ediciones Nueva Visión. Bs.As.

FLORENZANO R, ZEGERS B. (2003) Psicología Médica. Ed. Mediterráneo. Santiago de Chile.

FREUDENBENGER HJ. (1981). The Burneo out professional: What kina of help?. Trabajo presentado en la First National Conference on Stress and Burnout. Filadelfia.

SMITH M. (1975) Cuando digo no me siento culpable. Ed.Grijalbo.

WATZLAWICK P, BEAVIN L,; Y JACKSON DD. (1971) Teoría de la comunicación humana. Tiempo Contemporáneo. Buenos Aires.