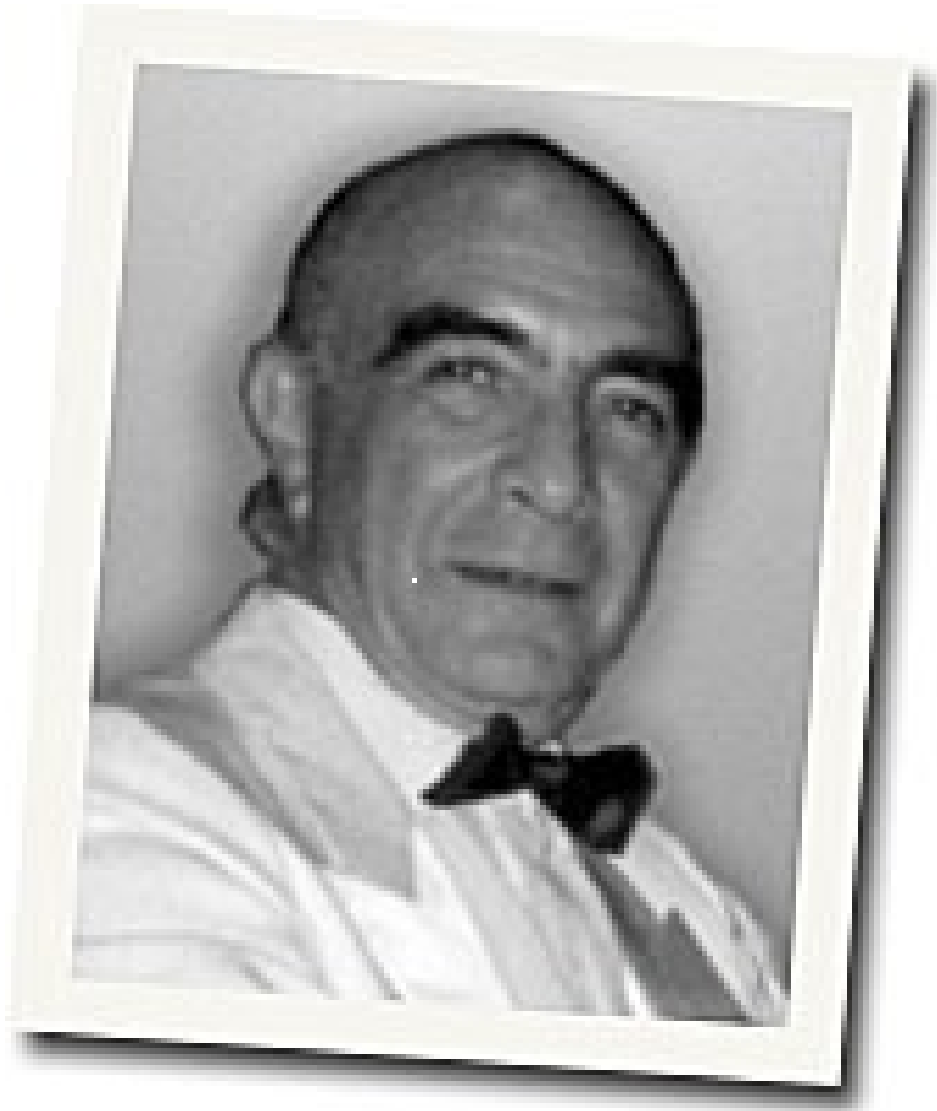


ENCUENTRO DE HOMEOPATÍA NOUMÉNICA

Julio 28 – 29 – 30 / 2006

Paraty, Brasil



**APROXIMACIÓN CRÍTICA A LA RELACIÓN
MÉDICO-PACIENTE**

DIFICULTADES EN EL ENTORNO TERAPEUTICO PARA EL ESCLARECIMIENTO DE LA PSORA

*“El cristiano medieval pensaba que algo en el enfermar humano es para él una necesidad absoluta, como para el fuego calentar, es decir, la enfermabilidad, la permanente posibilidad de caer enfermo: **por ser como es la naturaleza del hombre, puede en cualquier momento enfermar, no puede no enfermar**”.*

Pedro Laín Entralgo, *La relación médico-enfermo*(1983), p.157.

*“(.....) Todos sufrimos una enfermedad, una enfermedad básica, la que es inseparable de lo que somos y que, en cierta manera, nos hace serlo.....**aunque tal vez sería más exacto decir que cada uno de nosotros es su propia enfermedad**”.*

José Saramago, *Los otros médicos .acv Ediciones*(2003), pp. 47-48

ABSTRACT

Stepping on the premise which considers the relation between the physician and the patient, as the fundamental issue of all the therapeutical device, which is not automatically given by the fact of the appointment or interview, but the construction among to subjects, that as far as they ignore their uncouncious backgrownd, the fact is that this represent an obstacle in the way of providing such a construction. Here and therefore, three of the models in force are described in the field of scientific medicine and therefore exemplyfies the obstacle given to the building of inter-subjectivity. As it comes to an end, three

thesis are opened wide as an invitation upon the critical reflection and some provisional conclusions.

Se parte de la premisa que considera la relación entre el médico y el paciente como el aspecto fundamental de todo el dispositivo terapéutico, que no se establece automáticamente por el hecho de la consulta, de la entrevista, sino que es una construcción entre dos sujetos que, en la medida en que ignoran sus propios determinantes inconscientes, obstaculizan dicha construcción . A continuación se describen tres de los modelos vigentes en el ámbito de la medicina científica y que ejemplifican el obstáculo a la construcción de la intersubjetividad .Finalmente se plantean tres tesis a manera de invitación a la reflexión crítica y algunas conclusiones provisionales.

INTRODUCCIÓN

La relación médico-paciente (RMP) es, más allá de los avances tecnológicos, diagnósticos y terapéuticos, el corazón mismo de la práctica médica, su núcleo esencial y, por lo tanto, el abordaje crítico de la misma resulta imprescindible tanto en la formación como en el ejercicio integrales del médico que aspire a comprender y acompañar en la transformación de **aquello que hay de humano en el hecho de enfermar**. Hoy, más que nunca, conviene recabar en ello dado el proceso de deterioro al que está siendo sometida dicha relación, no sólo, aunque no principalmente, por el abuso de las medidas de orden técnico o por la masificación asociada a las políticas de globalización privatizadora que introducen un tercero (EPS, CMP) que no sólo se lucra , sino lo que es aún peor, señala e impone a los actores legítimos de la misma, funciones y límites originados en intereses distintos de aquellos que corresponden a la naturaleza y fin propios de dicha relación.

Pero, aún así, y reconociendo la importancia de esta situación, a mi **juicio lo esencial en la controversia ética al interior de la medicina contemporánea es el**

lugar que se le otorgue o se le niegue a la palabra. La forma como ella circule en el dispositivo terapéutico, determinará que la RMP se de o no, en el ámbito de una medicina sin sujeto, es decir, exclusivamente científica, o en el marco biopatográfico que supone la introducción en el seno mismo del pensamiento médico de dos graves ideas, dos decisivos puntos de vista a la vez heurísticos y hermenéuticos: *Vida y Persona (sujeto)*. Esta problemática es, sin lugar a dudas, no sólo de la mayor dignidad ontológica sino, también, de la más alta relevancia terapéutica.

LA RELACIÓN

Según El Gran Diccionario de la Lengua Española (2000), *relación* es la situación entre dos cosas, ideas o hechos unidos por alguna circunstancia, en la realidad o en la mente de una persona; trato o conexión entre dos o más personas.

La RMP es una *construcción* sobre la cual gravitan, de forma particularmente intensa, los sentimientos, las ideas, las prevenciones y prejuicios sociales, culturales y profesionales de los protagonistas; dicho de otra manera, cuya urdimbre se va tejiendo con todo aquello que circula por los entresijos del silencio y la palabra. Además, precede y sucede al acto médico mismo si bien se materializa en la entrevista, que es el encuentro pactado entre los actores.

El impulso inicial para intentar la construcción de relaciones, reside en el hecho de que por naturaleza el ser humano necesita de los demás, necesita satisfacer necesidades y deseos, necesita creer en algo y particularmente en la situación de enfermedad. Ahora bien, como todo ser necesitado despierta sentimientos ambivalentes de ayuda-abandono, la construcción de la relación médico-enfermo reclama una profunda solidaridad y respeto *mutuos*, a fin de no obstaculizar la emergencia de un *“significado compartido”*, incluso de una *“subjetividad mutua”* frente a las ideas, los conceptos y los compromisos, en suma, la experiencia de la *comunicación*.

MODELOS DE RELACIÓN

Algunos de los factores que determinan la RMP son la condición aguda o crónica de la dolencia, el grado de participación del paciente, sus características individuales, la etapa por la que esté atravesando la relación en un momento dado y la actitud del médico frente a la demanda de ayuda, entre otros.

Szasz y Hollender¹ proponen tres niveles según el grado de actividad y participación del terapeuta y del consultante.

Nivel 1: o de actividad del médico y pasividad del enfermo, como es el caso de pérdida de la conciencia, urgencias quirúrgicas o estados de agitación y delirio. Aquí el médico asume el protagonismo y toda la responsabilidad. El prototipo de este nivel de relación sería el que se establece entre una madre y su recién nacido: relación madre-neonato.

Nivel 2: o de dirección del médico y cooperación del enfermo, es el tipo de relación que se establece en consulta externa, en enfermedades agudas infecciosas, traumáticas, etc, en las que el paciente es capaz de colaborar y contribuir en el tratamiento, responder al interrogatorio y atender a las directrices dictadas por el médico. El prototipo de relación para este nivel es la que se establece entre un padre y su hijo adolescente: relación padre- hijo.

Nivel 3: o de participación mutua y recíproca del médico y del paciente, es la forma de relación más adecuada en las enfermedades crónicas, en los procesos de rehabilitación postquirúrgica y postraumática y en las readaptaciones fisiátricas. En pacientes diabéticos o cardíacos que incluso forman ligas o asociaciones y toman la iniciativa según lo programado y bajo la supervisión del tratante sugerir alternativas y prioridades. El prototipo para este nivel: relación adulto-adulto.

¹Szasz, T.S ; Hollender, M.H. : A contribution to the philosophy of medicine: the basic models of the doctor-patient relationship. A.M.A. Archives of Internal Medicine. 1956; 97:585-592.

Von Gebsattel² describe las fases por las que atraviesa la RMP según el grado de personalización o, mejor dicho, según el grado de profundidad de la relación interpersonal durante el acto médico.

Primera fase o de llamada: *el paciente demanda una consulta y el médico acude a satisfacer las necesidades del enfermo. Es la relación entre un experto y un hombre que padece y es, desde el punto de vista del grado de relación interpersonal, anónima.*

Segunda fase o de objetivación: *el interés recae en la comprensión “científica” de la etiopatogenia del proceso por lo que la relación interpersonal pasa a un segundo plano; el paciente es un “objeto” de estudio, un caso.*

Tercera fase o de personalización: *realizado el diagnóstico y establecido un plan de manejo es cuando el médico, finalmente, se relaciona ya no con un caso sino con “su” enfermo.*

Por último, Tatossian³ *distingue dos tipos de relación según sea directamente interpersonal o esté mediatizada por el órgano enfermo. En el primer caso la enfermedad es considerada como un todo, que afecta la totalidad del paciente y la relación se establece entre dos personas entendidas en su globalidad afectivo-intelectual. Es la relación usual en psiquiatría y más aún en psicoterapia.*

Cuando la atención se centra en el órgano enfermo y el paciente deviene “cliente” que solicita la reparación del daño, la relación se limita a sus aspectos operativos y funcionales con miras a la obtención de información científica sobre el tipo de daño y el tipo de reparación posible. Es el modo usual en la

² Von Gebsattel, V.E. Imago Hominis, Madrid, Gredos, pp 49-61.

³ Tatossian, A. : citado en : Modelos de relación médico-enfermo, Pérez-Gaspar, M.
www.sepsiquiatría.org/sepsiquiatría/manual/area3.htm-5k

práctica médica general y especializada que fracciona al paciente el cual desaparece como persona quedando reducido a la condición de objeto.

Los modelos descriptos ponen el acento, en tanto construcciones teóricas, en aspectos diversos de la RMP, pero que, en la práctica, resultan íntimamente relacionados entre si y con la inscripción de la relación en el ámbito de la Medicina Científica, la cual, por definición carece de “sujeto”, pues para el racionalismo científico lo subjetivo resulta ruidoso y por tanto, vitando.

La inscripción de la Medicina en el círculo de la Ciencia, vale decir, centrada en la enfermedad en tanto “entidad” nosológica y en el privilegio de los medios diagnósticos y terapéuticos, incrementa la distancia entre el paciente y su médico y hace que el primero sepa y confíe de y en si mismo, cada vez menos, mientras que el segundo, cuenta cada vez con más y mejores medios y *datos* que incrementan su “poder”. Todo ello resulta en una mayor *asimetría* de la posición de los actores con respecto a la palabra al interior de la relación y , por tanto, también en mayor despersonalización del paciente que, al ser reducido a la condición de “objeto”, pasa a ocupar el lugar de la **supuesta ignorancia** acerca de su sufrimiento, de su más íntimo padecer, mientras que el médico incrementa su confianza al ocupar el lugar del **supuesto saber**, resultando de allí una relación de poder que impide, más allá de la mayor o menor benevolencia personal del terapeuta, sino de manera estructural, cualquier posibilidad de verdadera solidaridad y comunicación indispensables para el cabal discernimiento de la Psora.

PRIMERA TESIS

Lo antedicho corresponde, cabalmente, a un proceso de infantilización sistemática del paciente, recordemos que infante es, etimológicamente “el que no habla”; y es que en los modelos descriptos el paciente es expropiado de su derecho a la palabra activa sobre si mismo, en la medida en que se lo limita a responder escuetamente un interrogatorio usualmente mecánico y chato y, así

enmudecido, queda impedido del indispensable diálogo consigo mismo en el espacio-tiempo terapéutico y que, bajo transferencia, “el que sabe, pero no sabe que sabe” pueda así acceder al saber consciente acerca de su más profundo pathos (Psora), lo cual permitiría al que “no sabe, pero cree que sabe” devolverle aquello que aquel le comunica mediante el espejo del similitud. Finalmente, la prescripción termina por acallar ese otro lenguaje que son los síntomas, mediante los cuales el sujeto paciente intenta expresarse, de esa manera teatral y en el escenario del psico-soma, su argumento vital errado. Por ello, ya Hipócrates de Cos decía que “los síntomas no son la enfermedad, sino aquello que resulta de los esfuerzos de la *vis medicatrix naturae* por sanar” y que si son correctamente leídos y traducidos permitirían el esclarecimiento del paciente frente a su verdadera etiopatogenia absolutamente endógena y , también por ello, Masi expresa su convicción acerca de la identidad de sentido entre la actitud vital del sujeto y su lesión.

SEGUNDA TESIS

La demanda de consulta y la asistencia efectiva a la misma, **no garantizan el deseo de cura(en el plano nouménico)**, por el contrario, lo que allí se demanda es la “supresión” (en el plano fenoménico), de la molesta sintomatología. Es así, que puedo comprender la lucidez de Masi, cuando dice que se acerca más al tercer nivel de Fisch aquel pluralista que intenta descifrar lo ontológico que el unicista que basa su prescripción en lo sintomatológico.

-Resistencias del paciente al proceso de cura:

- Inconscientes: idea errada de ser (entendimiento-Kent)
reiteración del error (voluntad-Kent).
- Conscientes: la enfermedad como estrategia de vida
temor al juicio ajeno, al rechazo, etc.

TERCERA TESIS

Es preciso, en el médico, el esclarecimiento de su propia Psora como presupuesto indispensable para el lúcido ejercicio de tercer nivel u Homeopatía Nouménica, ya que sin ese silencio interior que resulta de la Psora en latencia, la valoración que haga de la palabra, de los silencios, de los gestos y actitudes del paciente, así como de los síntomas, estará teñida por sus propias presunciones egotróficas y por su propia sombra ego y alterlítica frente al *saber* y con respecto al *hacer*.

CODA FINAL

No pretendo con lo antedicho arribar a conclusiones definitivas ni verdades absolutas, sino, más bien, poner de presente una dificultad que suele pasar desapercibida y , por lo mismo , conduce a dar por establecido el supuesto contrario : que a todo paciente lo asiste un legítimo deseo de cura y que el médico es el depositario del saber; refiriéndome siempre al plano nouménico. Creo que este doble malentendido constituye una severa dificultad tan importante como la precariedad de la Materia Médica Miasmática y que explica, también la irregularidad de los resultados ya no sólo frente a la clínica, sino principalmente frente al cumplimiento del desideratum terapéutico homeopático: El logro de los más altos fines de la existencia mediante “acciones que ensalcen la dignidad, sensaciones que den felicidad y conocimientos universales”

IVAN SALAS-VERGARA, MD.

Medellín, Junio. 2006

