



## NUEVOS PARADIGMAS EN LA RELACIÓN ASISTENCIAL

### NEW PARADIGMS IN CLINICAL CARE RELATIONS

José Ramón Ubieta Pardo

SSB Ajuntament de Barcelona. Universitat Oberta de Catalunya

*El artículo aborda los cambios en la relación clínico-asistencial y sus factores causales, poniendo énfasis en las transformaciones que han sufrido las variables de saber, método y organización. El trabajo confronta este nuevo paradigma, marcado por la concepción del hombre neuronal, la atomización disciplinaria y la idolatría de la gestión a otras modalidades del vínculo asistencial basadas en la conversación regular con el paciente y entre los profesionales de la red asistencial. Finalmente, señala la importancia que toma, en este dialogo clínico, la confianza en el síntoma y en la posición subjetiva como brújula de la intervención clínica.*

**Palabras clave:** Paradigma asistencial, Cientificismo, Confianza síntoma, Trabajo en red.

*The article discusses the changes in clinical-care relations and their causal factors, emphasizing the transformations suffered by knowledge variables, method and organization. The paper confronts this new paradigm shaped by the conception of neuronal man, the disciplinary atomization, and idolatry management, to other modalities of the care link based on regular conversation with the patient and between professionals within the health care network. Finally, notes some key aspects in the clinical dialogue, such as trust in the symptom and in subjective position as a compass for clinical intervention.*

**Key words:** Care relations, Scientism, Trust in the symptom, Network.

**L**a coyuntura actual, marcada por una fuerte crisis del sistema, económica pero sobre todo crisis de confianza que abarca todos los ámbitos (política, finanzas, convivencia social), ha exacerbado la emergencia de nuevos paradigmas en la relación asistencial.

No se trata de una novedad, fruto de la situación actual, ya que el proceso de transformación de la relación asistencial en los diferentes ámbitos (clínico, social, educativo) viene de antiguo, pero la crisis actual lo ha desvelado de una manera más cruda.

El modelo de la modernidad, en el campo de la salud, pasaba por la relación privilegiada entre el paciente y el clínico definido como especialista de la salud: médico, psiquiatra, psicólogo. Era un encuentro fundado en una autoridad absoluta del profesional en lo referente al tratamiento del malestar, autoridad que reposaba en una suposición del paciente sobre su saber. De esa suposición se derivaba la confianza de unos y el secreto profesional del otro como parte intrínseca de ese dialogo privado e íntimo.

La postmodernidad agudiza algunas de las contradicciones y paradojas ya incluidas en el propio programa ilustrado. Una de ellas deriva de la consideración de los derechos del individuo como valor princeps, lo cual mina

esa autoridad, hasta entonces absoluta, del profesional, que ya no alcanza para hacerse cargo en exclusiva del tratamiento del malestar. Su saber se relativiza y se pone en tensión con otros saberes en juego: la psicología primero, pero también la educación y lo social, y es por eso que el ideal de salud se entiende, a partir de entonces, en los tres registros: biopsicosocial. Ideal que se asemeja más a un multiculturalismo profesional que a un enfoque suficientemente fundamentado (Gabbard y Kay, 2002).

#### UN NUEVO PARADIGMA EN LA RELACIÓN ASISTENCIAL

Finalizada la primera década de este Siglo XXI podemos decir que esa tendencia "individualista", junto a las falsas promesas del cientificismo, constituyen la base más firme de la nueva relación asistencial cuyas características y consecuencias podemos ya vislumbrar con claridad.

Un primer rasgo evidente es la desconfianza del sujeto (paciente, usuario, alumno) hacia el profesional al que cada vez le supone menos un saber sobre lo que le ocurre (y por eso se ha institucionalizado la segunda opinión) y del que cada vez teme más se convierta en un elemento de control y no de ayuda. Las cifras actuales sobre las manifestaciones de protesta subjetiva a las propuestas médicas, que incluyen el boicót terapéutico (rechazo de lo prescrito), la falta de adherencia al

*Correspondencia:* José Ramón Ubieta Pardo. SSB Ajuntament de Barcelona. Universitat Oberta de Catalunya. Rda. Gral. Mitre 234-236, 6º 2ª. 08006 Barcelona. España.

*E-mail:* [jubieta@copc.cat](mailto:jubieta@copc.cat)



tratamiento o los episodios de violencia en centros sanitarios o sociales son un claro signo de esta pérdida de la confianza en la relación asistencial (Serra, 2010). Sin olvidar fenómenos de fraude o engaño, por parte de una minoría de pacientes, que se oponen así, obteniendo un beneficio secundario, a la imposición de una lógica de control, tendencia en aumento en la relación asistencial.

Un segundo rasgo lo encontramos en la posición defensiva de los propios profesionales que hacen uso, de manera creciente, de procedimientos preventivos ante posibles amenazas o denuncias de sus pacientes. El miedo se constituye así en un resorte clave que condiciona la práctica asistencial y cuyas consecuencias, como veremos a continuación, no son banales.

El tercer rasgo nos muestra una de esas consecuencias: la pérdida de calidad y cantidad del vínculo clínico-paciente. Ese diálogo al que nos referíamos antes, basado en la escucha de la singularidad de cada caso, y que requería un encuentro cara a cara, con cierta constancia y regularidad, se ha transformado en un encuentro, cada vez más fugaz, de corta duración y siempre con la mediación de alguna tecnología (pruebas, ordenador, prescripción). El estilo "asistencial" que describe Berger, a propósito del médico rural John Sasall (Dietario de viaje del periodista, acompañando a un médico rural en la Inglaterra de la postguerra: "Un hombre afortunado", editado por Alfaguara 2009), queda ya como una reliquia si lo comparamos con el protocolo actual de visita en la atención primaria, en la que el médico presta más atención a los requerimientos del aplicativo informático que a la escucha del propio paciente, al que apenas mira.

El cuarto rasgo, correlativo del anterior, es el aumento notable de la burocracia en los procedimientos asistenciales. La cantidad de informes, cuestionarios, aplicativos, que un especialista psi debe rellenar superan ya el tiempo dedicado a la relación asistencial propiamente dicha. Y todo ello sin que el beneficio de esos procedimientos esté asegurado, como veremos más adelante.

Estas características configuran una nueva realidad marcada por una pérdida notable de la autoridad del profesional, derivada de la sustitución de su juicio propio (elemento clave en su praxis) en detrimento del protocolo monitorizado, una reducción del sujeto atendido a un elemento sin propiedades específicas (homogéneo), y que responde con el rechazo ya mencionado (boicot y violencia), y una serie de efectos en los propios profesionales diversos y graves: *burn-out*, episodios depresivos recurrentes, mala praxis (Soares, 2010).

Autoridad debe entenderse aquí a partir de su etimología (*auctoritas*) que deriva de autor, aquel que es capaz de invención, de entendimiento y resolución de problemas, no el que basa su acto en el ejercicio del poder (*potestas*).

### SABER, MÉTODO Y ORGANIZACIÓN

Esta nueva realidad es la consecuencia de un amplio e ilusorio afán reduccionista que trata la complejidad del real que abordamos, mediante razonamientos y procedimientos simplificados. Eso se traduce en transformaciones profundas a tres niveles: el supuesto epistemológico que define una concepción determinista del saber y del sujeto humano, el supuesto metodológico que implica un modo de interacción entre las disciplinas que aspira a borrar cualquier diferencia y finalmente el supuesto organizativo que responde cada vez más a operaciones de vigilancia y control, disfrazadas de medidas de optimización de recursos.

Un paradigma funciona e ilumina nuestro entendimiento porque instituye los conceptos claves y la relación lógica que mantienen entre ellos. Este hecho ordena de manera no siempre visible las concepciones teóricas, y las teorías científicas se convierten en deudoras de ese paradigma. Un paradigma genera, por tanto, una pragmática de la acción y no es nunca inocuo. Vamos a analizar a continuación algunos de esos significantes claves y su interrelación para, de esta manera, captar mejor sus consecuencias.

#### *El hombre neuronal*

Hoy asistimos a la proliferación de investigaciones sobre la genética humana, los fundamentos biológicos de sus procesos mentales, afectivos y relacionales. Estas investigaciones pretenden explicar, a partir de nuestra neuroquímica cerebral o de nuestra fisiología neuronal, cómo es posible que alguien elija una pareja, decida sus inversiones en bolsa o se afilie a un partido político. Todo ello se basa en la idea del hombre neuronal, un sujeto sin conciencia, o en todo caso con una conciencia ya programada y con un funcionamiento ajeno a su voluntad, decidido por misteriosas sinapsis (Pérez-Alvarez, 2011). Estas tesis ensalzan la idea de un individualismo irresponsable ya que sus actos estarían previamente determinados por causas ajenas a él (bioquímica cerebral, dotación genética).

La lógica de este nuevo saber sobre el hombre, reducido a su condición neuronal, constituye una verdadera construcción de un bucle a-subjetivo que presupone



dos operaciones. La primera de estas operaciones tiene como objetivo la algorización de las imágenes digitalizadas del cerebro, obtenidas por técnicas de imaginería cerebral. Este algoritmo resultante es, por definición, carente de significado, son fórmulas significantes que se combinan entre sí de acuerdo a la lógica matemática.

¿Cómo dar un valor entonces a estas fórmulas? Para ello hace falta una segunda operación que consiste en extraer del discurso social un segundo significante que vinculado al primero establece una significación y realiza una evaluación sobre la adecuación o no de la conducta o de la cognición. Tomemos el ejemplo de una imagen digitalizada de un sujeto, momentos antes de realizar una inversión bursátil. La imagen obtenida se conecta con una tesis sobre la excitación que produce esa decisión y se establece así una correlación "natural" entre el algoritmo neuronal y la decisión subjetiva. O el caso de un adolescente con signos de agresividad hacia los padres, que es clasificado a partir de la correlación del tamaño de su amígdala, considerada como una estructura cerebral fundamental en la emoción, particularmente en la respuesta a estímulos de contenido negativo, con esas conductas agresivas. A partir de aquí se establecen las medidas terapéuticas basadas en la combinatoria de psicofármacos (sustancia cerebral) y psicoeducación (habilidades sociales y personales)

La trampa de esta lógica es tomar este segundo significante como lo real mismo, como si en lugar de formar parte del discurso social, se tratase de la realidad psíquica misma, cuando es puro metalenguaje. Se generan así un conjunto de tautologías basadas en la equivalencia de una localización cerebral, un neurotransmisor, y una conducta asociada o un estado mental (depresión, ansiedad, felicidad,...) correlativo.

Esto tiene un doble efecto, por un lado se normativiza y naturaliza lo social y por otro se justifica la doble exclusión del sujeto, la producida por la operación "científica" -que supone eliminar la subjetividad para realizar la medida - y la posterior, claramente ideológica. A un objeto abstracto se le convierte en entidad supuestamente real, con sustrato físico-neuronal, que permite su evaluación y comparabilidad a partir de su condición de objeto medible. A cada medición se le asigna una cifra singular que adquiere un valor místico, objetivo e irrefutable. Esto permite ya una jerarquización en una escala de Mayor a Menor basada en una idea de continuum y de jerarquía de las performances.

Tesis extremadamente simple en su aplicación clínica: al conjunto de síntomas identificados se le nombra como trastorno, cuya definición es arbitraria e incluida como una nueva taxonomía, lo cual en poco tiempo la convierte en una entidad "natural". La etiología supuesta tiene carácter orgánico, vinculado a déficits funcionales (desequilibrio en los diversos sistemas neurotransmisores). En el origen de todo esto suponemos una causa genética que si bien es indemostrable (autismo, esquizofrenia,...) aparece como la garantía final, la *evidencia* científica de todo el discurso (Tizón, 2009). Las informaciones que disponemos acerca del futuro DSM V no hacen sino confirmar esta idea (Frances, 2010).

Estas tesis "neuronales" alcanzan también el ámbito de la intervención social, si bien con menos intensidad que en otros como el de la salud o la educación. Se habla ya de la "neurona de Wall Street" para explicar el comportamiento humano con el paradigma del liberalismo económico, como si actuásemos de manera isomórfica al sistema capitalista (Pérez-Alvarez, 2011). Se pretende así encontrar las bases neurológicas de las prácticas sociales en un momento en que asistimos a un declive evidente de las ciencias humanas y sociales (Llovet, 2011).

Esta pseudociencia se presenta como una liberación del re-ligare de lo antiguo. Se apoya en el poder de la ciencia, exorcizadora de las ataduras y contaminaciones de los viejos procedimientos que implicaban una "confusión" entre sujeto y objeto. La paradoja es que esa ciencia abusiva, o sea el científicismo, acaba dando forma sólida a una nueva religión por su carácter holístico.

### ***Evidencias que no son tan evidentes***

La segunda gran transformación de la nueva realidad asistencial se refiere a sus procedimientos y a la tecnología en uso. El privilegio otorgado a algunas técnicas, como las ya mencionadas de la imaginería cerebral se sustenta en el axioma de las evidencias científicas. Hoy no hay un solo programa asistencial que no ponga de manifiesto esa exigencia de "evidencias científicas" para las técnicas de tratamiento admitidas. De hecho el sintagma "evidencias científicas" se ha convertido en una especie de contraseña necesaria para la financiación del proyecto asistencial pero cuya demostración resulta prescindible en muchas ocasiones. Parece más una práctica de consenso y de adhesión (habría el bando de las "evidencias científicas" y el de los otros) que la verificación de un requisito verdaderamente deducido del método científico (Ubieto, 2010).

Como nos recordaba Pérez-Alvarez, en el artículo citado, el magnetismo de las imágenes nos atrapa en estas



explicaciones pseudocientíficas sin darnos cuenta que son una charlatanería sofisticada cuya conclusión más importante es que finalmente nuestra voluntad es prescindible, que es el cerebro el que crea y decide por nosotros y que "después de gran inversión de tiempo y dinero, los hallazgos neurocientíficos no suponen un avance en el conocimiento psicológico" (Pérez Álvarez, 2011).

No insistiremos en las críticas al abuso del concepto de "evidencia científica" (la primera paradoja la encontramos en el término mismo de Evidencia, "falsa" traducción del término inglés *Evidence* que habría que traducir más bien como prueba) pero cabe preguntarse por su éxito (Ubieto, 2010). Sin duda es una conjunción de factores que muestran como el (mal) uso que han hecho algunas de estas técnicas del paradigma de la medicina científica moderna, fundada por Claude Bernard (1976), les mantiene a cubierto de cualquier crítica de charlatanería o pseudociencia, cuando efectivamente se trata de un ejercicio de poder, revestido de cientificismo, en los diversos ámbitos: académico, profesional e institucional.

Hoy vemos como la mayor parte de la psiquiatría, una parte de la psicología y por supuesto buena parte de las neurociencias, aspiran a definirse como ciencias de la conducta, excluyendo de su objeto al sujeto mismo. Esa operación exige un cifrado absoluto de los procedimientos, las pruebas diagnósticas, los efectos de la terapéutica, los resultados de los programas. Cifrado que podemos considerar necesario y adecuado en algunas prácticas médicas, en todo lo referido a la terapéutica, ya que constituyen su esencia misma, pero resulta falaz y ridículo cuando se trata de tomar la medida exacta de esa parte del sujeto que no es, ni puede serlo, cifrable, si bien tampoco es inefable (Broggi, 2003). Es lo que el bioquímico Javier Peteiro (2010) ha llamado, y mostrado con acierto, el autoritarismo científico, propio de una sociedad posthumanista (hoy todo apunta a que las tendencias actuales de la ciencia conducen más bien a conceptos "blandos": la incertidumbre y la indecibilidad a partir de las aportaciones de Heisenberg sobre las relaciones de incertidumbre, donde se afirma que la precisión con que se puede medir simultáneamente la posición y velocidad de un elemento material es necesariamente inferior a cierto umbral. O del propio Godel que plantea que toda teoría, por más rica que sea su axiomática, conduce necesariamente a proposiciones "indecidibles": no es posible demostrar ni que sean verdaderas ni que sean falsas. Lo mismo ocurre en las investigaciones serias sobre genética o neurociencias.

Por otra parte, el método que corresponde a esta nueva realidad asistencial configura una interacción entre las disciplinas (psiquiatría, psicología, medicina, ciencias sociales, educación) de tipo multidisciplinar donde cada una suma a la anterior en términos de adición, más que de interacción. No hay entre ellas dialogo posible, sino tan solo sumatorio de datos o hipótesis. La ambición es un multiculturalismo profesional, donde cada uno hace sin dar cuentas al otro, y ocultando que siempre habrá una disciplina de rango superior que acabe ordenando el conjunto. En este caso son las neurociencias, aquellas que son acrílicas, las que aportan la causa final.

### ***Demasiada gestión mata la clínica***

La tercera transformación hace referencia a los modelos organizativos de la práctica asistencial, actualmente dominada por la llamada NGP (Nueva Gestión Pública o *New Public Management*). Este modelo gerencialista se fundamenta en una nueva legitimidad: la satisfacción del cliente (usuario/consumidor). Apunta a integrar los servicios e inscribirlos en las redes locales en una óptica de responsabilidad compartida con la población y con los proveedores a fin de aumentar la accesibilidad y la calidad de los servicios. Las preocupaciones de los gestores públicos y de los responsables políticos por la eficiencia de la organización olvidan, a menudo, las preocupaciones reales de los ciudadanos.

La calidad se presenta así como un modo renovado y consensado de dominio, a partir de la trazabilidad de las prácticas al detalle. Incluso se presenta como una *servidumbre voluntaria* disfrazada de liberación definitiva de viejas creencias y obsoletos procedimientos restrictivos de la libertad individual (De La Boétie, 2008). Reconcilia comercio y moral y aparece cuando la cantidad (*Welfare State*) escasea y sustituye esa falta. La calidad siempre existió asociada a la cualificación profesional pero ahora parece un atributo objetivable, ajeno a la relación asistencial y se impone a la idea misma de utilidad (social) reificando la relación social con la finalidad de la satisfacción del cliente. Calidad conecta con inmediatez, consumo, goce, instantáneo.

La NGP transforma a los ciudadanos en usuarios-clientes y la tarea se mide en función de la eficacia (excelencia) entendida como eficiencia y control de los actos profesionales, lo cual es contradictorio, a veces, con criterios de calidad y ética. Es sabido que la continuidad de los profesionales y el ajuste permanente a las necesidades, claves de la buena relación asistencial, entra a



veces en conflicto con las exigencias (y tiempos) de productividad y con la rigidez de los protocolos.

Destaquemos algunos de los principios básicos de esta nueva reingeniería social:

- Jerarquización de los servicios: se opta por un modelo de planificación centralizada donde el hospital (hospitalocentrismo) se convierte en la unidad de referencia.
- Estandarización de prácticas y procesos: imposición del *one best way* como el único modo de hacer, plasmado en la imposición de guías, protocolos e idealización (acrítica) de las "buenas prácticas". Hasta la fecha parece haber poco acuerdo sobre la naturaleza de estas *Best practices* ya que para algunos se trata de estándares a transportar, una vez formalizados, y para otros de experiencias que solo son verificables en su puesta en obra y por tanto no generalizables, solo métodos de observación y reflexión.

De hecho, la idea de establecer las Buenas Prácticas (BP) como el protocolo único, es cuestionable por diversas razones:

- ✓ Esta idea induce a creer que una práctica sin datos probatorios significa una falta de valor.
- ✓ Subestima los datos específicos culturales de las poblaciones (anglocentrismo)
- ✓ Secundariza el juicio de los profesionales y los desinserta del acto al anular el criterio y la orientación.
- ✓ Se basan en investigaciones con validez interna (coherencia datos-interpretación) pero sin garantías de validez externa (generalización de los resultados). ¿Cómo formalizar una BP si no existe independientemente de su ejecución? Al protocolizarla se produce ya un paso en falso.
- Métodos importados directamente del campo de la salud pública: uso de programas secuenciados verificados en prevención de enfermedades e importados al campo psi en la lógica de la sanitización de lo psíquico y de lo social.
- La idolatría del acto, como índice sintético de la medida de gestión, es la clave. No hay filosofía de la acción, sino de economía de la actividad. La tarificación toma el acto como referente, pensado como una imagen reducida, homogénea e instantánea de los intercambios para así compararlos y controlarlos financieramente (Chauviere, 2007).

Es una nueva manera de hacer que implica, sin duda, un cambio en las relaciones entre los profesionales y los pacientes, basadas en una concepción de los servicios profesionales reducidos a una serie secuencial de actos

técnicos que pueden ser gestionados racionalmente. Es aquí donde se justifican las disfunciones, y no en la carencia de recursos o en las condiciones de vida de las poblaciones afectadas. Estos "clientes" son objeto de atención estandarizada pero no son actores colectivos o individuales del cambio.

Al tiempo, la evaluación generalizada siembra la sospecha, como nuevo lazo social (paranoia) entre responsables y técnicos y entre estos y los usuarios. Pasamos así de la confianza a la sospecha. En una época en la que el tiempo y el espacio eran coordenadas básicas, fundamentales y por tanto con poca variabilidad, nadie se avergonzaba ni ocultaba el hecho de que el profesional formase parte del caso, en tanto era parte del problema y de la solución. Ese estrecho vínculo aseguraba que lo que se definía como problema fuera variando de forma a medida que subsistía la relación, por el mero hecho de haberse abierto a la intervención de ese otro, profesional externo pero muy cercano. Los sentimientos de vergüenza, culpa, engaño, agradecimiento, a veces hostilidad, estaba incluidos en ese lazo. Era función del profesional manejarse con toda esa "contaminación" subjetiva, esa transferencia que no podía dejarle nunca indiferente y que a veces le sorprendía a horas inesperadas y en lugares alejados del despacho.

Hoy tiempo y espacio se han virtualizado, son referentes mutables e instantáneos, cuantificables y tarificados acto por acto. Se busca deconstruirlos secuencia a secuencia para contabilizar el rendimiento y para descontaminarlos de toda injerencia subjetiva. Se persigue limpiarlos de todo desperdicio, de todo resto que no añada ningún plus de valor a la mercancía resultante. El famoso método Lean, que dio el éxito a la industria automovilística japonesa y que luego fue importado a la norteamericana y hoy sirve de base para la mejora de la gestión pública, aspira a crear sistemas de producción flexibles, ágiles y que sean capaces de responder a la demanda de los clientes (Kamata, 1993). Consiste en eliminar cualquier despilfarro, todas aquellas actividades que no aportan valor añadido y cuyo origen es triple: el despilfarro, la inestabilidad y la variabilidad de los procedimientos.

El impacto de esta NGP sobre los intervinientes es notable ya que si bien siempre habrá un cierto malestar por la tarea misma, este modelo acentúa la distancia entre el punto de vista de la dirección y la de los actores: valores en conflicto, sobrecarga, insatisfacción del trabajo en equipo (Soares, 2010). A ello se añade una falta de estabilidad laboral, con tareas poco definidas e imposibili-



dad real de desarrollar la expertez por falta de reconocimiento. La eliminación de las referencias culturales compartidas lleva a una suerte de industrialización de la clínica.

Qué duda cabe que este nuevo modelo organizativo ha supuesto algunos efectos positivos como es el favorecimiento de algunas redes asistenciales integradas, el uso de nuevas tecnologías, pero es claro que en su conjunto supone un incremento notable de las estructuras de gestión y un acentuamiento de las formas de control y de la búsqueda permanente del rendimiento, sin que sus beneficios sean evidentes.

De la misma manera que nos fascinan las neuroimágenes y sus técnicas, también la idolatría de la gestión puede hacernos olvidar que ella misma implica una idea del sujeto y de las relaciones sociales. El exceso, en psicoanálisis, es siempre el índice de un plus de goce, de una satisfacción que queda velada en la exigencia de evidencias y que no es otra cosa que una voluntad de control y domesticación de ese real imposible, y por ello nada evidente, que siempre se nos aparece como inquietante y perturbador.

Es esa dimensión del goce pulsional lo que la ambición cientista quiere borrar con su "programación" del sujeto y las técnicas actuales de "gestión del caso" (*case management*) muy apoyadas en la idolatría digital. La paradoja, como señalábamos antes, es que lo reprimido retorna como desperdicio, como exceso inútil, como goce en definitiva. Una muestra reciente nos la ofrece el artículo publicado por la prestigiosa revista británica PLoS (Black, Car, Pagliari, Anandan, Cresswell, Bokun, et al., 2011) que desmonta de un plumazo la creencia de que la aplicación de las tecnologías electrónicas a la salud (eSalud), concretadas en la informatización de los dossiers médicos, aporta algún beneficio a la mejora de la salud de los pacientes, a pesar de las inversiones millonarias, o a la salud financiera de las instituciones que las utilizan. Las conclusiones no dejan lugar a dudas: no hay ninguna evidencia que justifique estos recursos y en cambio hay riesgos probados (inseguridad datos, confusión de los diagnósticos, errores en la prescripción, disminución del contacto clínico-paciente, aumento considerable de las tareas burocráticas y de los gastos administrativos,..).

### CONFIAR EN EL SÍNTOMA

Esta nueva realidad asistencial, inspirada en las directrices de la NGP no es el único modo de abordar el malestar psíquico y social. De hecho convive con otras

modalidades del vínculo transferencial que aspiran a no renunciar a la subjetividad, como el elemento específico del sujeto humano, aquello que en cierto modo nos hace inclasificables a cada uno de nosotros.

Un amplio abanico de enfoques teóricos y prácticas psi actuales comparten cuestiones básicas de este paradigma que parte de la subjetividad entendida como el hecho innegable que el sujeto no es evaluable como tal (otra cosa es que lo sean algunas de sus performances o de sus signos vitales) puesto que el sujeto no cumple uno de los requisitos claves de la evaluación: no resulta evidente ni transparente.

Algunas de estas prácticas se fundamentan en el psicoanálisis y otras en enfoques diversos como el fenomenológico-existencial u otros incluidos en el "modelo contextual" (González Pardo y Pérez Álvarez, 2008). Nosotros centraremos nuestro planteamiento a partir de la clínica y de las enseñanzas que nos aporta el psicoanálisis de orientación lacaniana y nuestra práctica institucional.

Sostenemos que el sujeto no es evaluable porque aloja en su interior un elemento de opacidad que es aquello íntimo, que apunta a lo más real de cada uno y es por ello irreconocible para el sujeto, carente de sentido. La existencia de esa extimidad sin embargo es manifiesta para el sujeto mismo bajo formas paradójicas, contradictorias, como en ese efecto de división subjetiva, que nos transmiten muchos pacientes y algunos personajes de película que se buscan a sí mismos desesperadamente: "me gustaría volver a ser yo mismo".

Esa división subjetiva, que Freud fundó en su hipótesis del inconsciente, la reconocemos en la vida cotidiana y en la clínica bajo la forma de las diferentes formaciones del inconsciente (lapsus, sueños, actos fallidos). "El hombre piensa con ayuda de las palabras. Y es en el encuentro entre esas palabras y su cuerpo donde algo se esboza" (Lacan, 1988). Allí, en lo que Lacan llama el *materalismo* (materialismo de las palabras) reside el asidero del inconsciente, donde cada cual sustenta su síntoma.

Confiar en el síntoma es una buena guía de práctica clínica para recordar que ese sujeto al que atendemos no está programado ni determinado por sus condiciones genéticas o neurológicas. Que sigue siendo, con todo ese bagaje, un sujeto responsable, capaz de responder de sus actos, y nuestro interlocutor en el diálogo terapéutico. Su síntoma nos habla de las significaciones trabadas, reprimidas y ocultas, pero también de su empuje a la satisfacción, de aquello que lo anima sin que por ello suponga de entrada un sentido claro.



La hiperactividad que observamos en algunos sujetos no tiene más sentido que ella misma como actividad pulsional, satisfacción del cuerpo que cada uno habita. No es por nada que vivimos en una sociedad adictiva donde cada quién persevera en esa repetición pulsional bajo diferentes formas (tóxicos, trabajo, comida, juego). Esta idea de cuerpo, que desarrolla Lacan y otros autores como Miller (2004) no se reduce a su representación imaginaria, ni a los ideales que lo conforman y mucho menos a su representación en el cerebro. Se trata de una sustancia gozante articulada al lenguaje.

Por eso el método que conviene a esta relación asistencial no es el descrito anteriormente, sino otro radicalmente distinto. Sin renunciar a los aportes de las neurociencias y de otras disciplinas, debemos recordar que el método clínico no es reducible ni equivalente al método experimental. Aquí, la técnica mayor sigue siendo la conversación que mantenemos con el sujeto, alrededor de su malestar. Una conversación que sigue sus reglas (Ubieto, 2009) y que promueve una interdisciplinariedad que no se reduce al sumatorio de saberes, ya que compromete a los profesionales en el abordaje de ese síntoma de una manera cooperativa, siempre que eso sea posible y conveniente. Morin (1992) ya advertía del riesgo de hiperespecialización del investigador y de lo que él llamo la “cosificación” del objeto de estudio donde se corre el riesgo de olvidar que este objeto es siempre extraído o construido.

La atención de casos, basada en esta conversación regular, implica una comunidad de experiencia que se constituye como un vínculo social entre los servicios de atención social, educación y salud, a partir de un territorio común y de una realidad de trabajo compartida (infancia en riesgo, violencia de género, patología mental). Sus ventajas son evidentes y van desde una mejor visión del caso (global y singular) hasta el evitamiento de ciertos pasajes al acto profesional, limitados por los espacios de supervisión y análisis de casos. En este modelo se trata de tomar muy en serio que es siempre el sujeto el que hace su primera construcción del caso, el que prescribe el síntoma a tratar, en su demanda inicial, y el que nos muestra cómo hay siempre una “pluralidad” de soluciones más que la solución, y en todas ellas su decisión es fundamental (Ubieto, en prensa).

Este método exige compromiso y por tanto implica riesgos, el primero es que hay que poner el cuerpo ya que no es posible un vínculo terapéutico sin implicación subjetiva (Di Ciaccia, 2001). El psi, a diferencia del experi-

mentador en su laboratorio, no es un personaje externo puesto que pertenece de lleno a la experiencia. La “contaminación” subjetiva está asegurada porque el vínculo transferencial que establece con las personas a las que atiende no es aséptico ni neutral, es un vínculo de compromiso en el que pone su saber teórico, sus competencias y obligaciones legales pero sobre todo pone su implicación personal como elemento clave en la génesis de la confianza y de su autoridad profesional.

El establecimiento de ese vínculo no es sin dificultades y tampoco está asegurado en todos los casos. La nueva realidad asistencial impone algunos cambios por imperativo legal. Uno de ellos es la explicitación, previa y clara, de las reglas de juego, sea mediante los procedimientos protocolizados del consentimiento informado o bajo las indicaciones deontológicas de cada profesión. Explicitar los acuerdos, los límites y la responsabilidad de cada uno. Por otra parte, en tiempos de escasez y de mudanzas, el profesional no puede evitar el ajuste de los objetivos, las prioridades y los procedimientos (tempo). Ese ajuste sería insuficiente sin complementarse con el otro procedimiento clave que es la invención de nuevas maneras de hacer, la invención como eso que genera *autoritas*.

El uso de protocolos en la actuación clínica debe responder a una justificación más allá de la puramente administrativa. Un protocolo puede resultar un instrumento útil si contribuye a la génesis de efectos terapéuticos en los pacientes y/o de efectos de formación para los mismos clínicos y otros profesionales que intervienen. Sin ese beneficio, el protocolo deviene un fin en sí mismo y por tanto resulta estéril en la praxis clínica.

Por último, la organización que más se ajusta a esta propuesta de relación asistencial trasciende la figura antigua del paternalismo y la jerarquía como índice del poder del amo y se aleja de las formas actuales de atomización disciplinar que enmascaran las nuevas figuras del amo, más acéfalas (sin una referencia personalizada clara) pero igualmente con clara voluntad de dominio.

El fracaso de la lógica del *one best way* que se ofrece, sobre todo por parte de las Direcciones de salud pública, como *La solución*, es cada vez más evidente. Por eso nos conviene pensar en la promoción de lo diverso, en un mosaico de servicios ajustados a la heterogeneidad de situaciones y demandas, opuesto al afán homogeneizador del modelo del hospitalocentrismo y de las propuestas de tratamiento único, fundadas en falaces argumentos pseudocientíficos.



La creación de redes profesionales, flexibles en sus conexiones pero firmes en su orientación, favorece la génesis de intercambios profesionales y la corresponsabilidad y participación de los diversos actores. Hoy ya tenemos experiencias en curso, con avances importantes, que dan buena fe de las posibilidades de esta modalidad de relación asistencial (Leal, 2006).

Para concluir, y a modo de resumen, podemos destacar tres conceptos claves de nuestra propuesta: **ajuste**, **respeto** e **invención**. Ajuste vinculado al buen uso de los recursos existentes donde la variable tiempo debe jugar un papel importante como elemento de manejo de la relación y por los efectos benéficos que tiene en cuanto a la precipitación del momento de concluir para los profesionales y los sujetos atendidos (Lacan, 1998). Respeto como principio ético que supone tomar en consideración el malestar psíquico y social en sus diversas formas, índice de un sujeto al que le pedimos participación y corresponsabilidad. Finalmente, invención como estrategia de mejora y sobre todo como no renuncia a seguir siendo, en tanto profesionales, los autores y responsables de nuestros actos.

## REFERENCIAS

- Bernard, C. (1976). *Introducción al estudio de la Medicina Experimental*. Barcelona: Fontanella.
- Black, A.D., Car, J., Pagliari, C., Anandan, C., Cresswell, K., Bokun, T., et al. (2011). The Impact of eHealth on the Quality and Safety of Health Care: A Systematic Overview. *PLoS Med* 8(1): e1000387. doi:10.1371/journal.pmed.1000387.
- Broggi Trias, M. (2003). Gestión de los valores «ocultos» en la relación clínica. *Medicina clínica*, 121 (18), 705-709.
- Chauviere, M. (2007). *Trop de gestion tue le social*. Paris: La Decouverte.
- De La Boétie, E. (2008). *Discurso de la servidumbre voluntaria*. Madrid: Trotta.
- Di Ciaccia, A. (2001). Una práctica al revés. En A. Guerrini, *Desarrollos actuales en la Investigación del Autismo y Psicosis infantil en el Área Mediterránea*, (73-92). Madrid: Ministerio Affari Esteri -Ambasciata d'Italia.
- Frances, A. (2010). Abriendo la caja de Pandora. Las 19 peores sugerencias del DSM5. *Psychiatric Times*, 11, Febrero. Consultable online en español: <http://www.wapol.org/es/articulos/Template.asp>.
- Gabbard, G. y Kay, J. (2002). Destino del tratamiento integrado: ¿qué fue del psiquiatra biopsicosocial? *The American Journal of Psychiatry* (ed.española), 5 (3), 129-136.
- González Pardo, H. y Pérez Álvarez, M. (2008). *La invención de los trastornos mentales. ¿Escuchando al fármaco o al paciente?* Madrid: Alianza Editorial.
- Kamata, S. (1993). *L'altra cara de la productivitat japonesa: Nissan, Toyota*. Barcelona: Col·lumna.
- Lacan, J. (1988). Conferencia de Ginebra. *Intervenciones y textos 2*, (125-126). Buenos Aires: Ed. Manantial.
- Lacan, J. (1998). El tiempo lógico y el aserto de certidumbre anticipada. Un nuevo sofisma, en *Escritos 1*, (187-203). México: Siglo XXI.
- Leal, J. y A. Escuredo (coord.) (2006). *La continuidad de cuidados y el trabajo en red en salud mental*. Madrid: AEN.
- Llovet, J. (2011). *Adiós a la Universidad. El eclipse de las humanidades*. Barcelona: Galàxia Gutenberg /Círculo de Lectores.
- Miller, J.A. (2004). *La experiencia de lo real en la cura analítica*. Buenos Aires: Paidós.
- Morin, E. (1992). Sobre la Interdisciplinariedad. *Boletín del Centre International de Recherches et Etudes Transdisciplinaires*, 2, 7-12.
- Pérez Álvarez, M. (2011). El magnetismo de las neuroimágenes: moda, mito e ideología del cerebro. *Papeles del Psicólogo*, 32 (2), 98-112.
- Peteiro, J. (2010). *El autoritarismo científico*. Málaga: Miguel Gómez.
- Serra, C. (2010). La violencia en el trabajo en el sector sanitario. Servicio de Salud Laboral. *Ponencia Primeras Jornadas de Psicología Laboral OSALAN. Barakaldo, 28 y 29 de octubre del 2010*. Consultable online: <http://www.osalan.euskadi.net/s94-osalan/es/>
- Soares, A. (2010). *La qualité de vie au travail – La santé malade de la gestion*. Montreal : UQUAM.
- Tizón, J. (2009). Asistencia basada en pruebas y psicoterapia: ¿es evidente la evidencia? *Quaderns de Salut Mental*, 6, 8-40.
- Ubieta, J.R. (2009). *El trabajo en red. Usos posibles en educación, salud mental y servicios sociales*. Barcelona: Gedisa.
- Ubieta, J.R. (2010). ¿Vamos hacia un modelo de "tratamiento único" del malestar psíquico? *Revista del COPC*, 226, 9-13.
- Ubieta, J.R. (en prensa). *La construcción del caso en el trabajo en red*. Barcelona: Eidiuoc.