

V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología
XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en
Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos
Aires, Buenos Aires, 2013.

Hacia una concepción más humana de la clínica.

Pallares, Martín.

Cita:

Pallares, Martín (2013). *Hacia una concepción más humana de la clínica. V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-054/101>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/edbf/Fag>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

HACIA UNA CONCEPCIÓN MÁS HUMANA DE LA CLÍNICA

Pallares, Martín

Universidad de Buenos Aires - Agencia Nacional de Promoción Científica y Tecnológica

Resumen

En la década del '70, Potter (1971) intenta tender un puente entre la cultura de la ciencia y la de las humanidades, e inaugura lo que hoy consideramos como Bioética. Éste trabajo, intenta recorrer las transformaciones históricas del vínculo entre agente de salud y paciente, ubicándonos en el linde de una perspectiva ética y clínica. Para ello, partiremos de la idea de D. Gracia (2001) donde establece que la relación clínica atraviesa tres grandes concepciones: paternalista, oligárquica y democrática. A su vez, el concepto de vulnerabilidad como incapacidad o discapacidad -temporal o permanente, individual o grupal- de realizar una evaluación válida de la relación riesgo-beneficio, nos permitirá ampliar el horizonte, accediendo a un análisis de las potencialidades de enfermedad / no enfermedad. Siendo así, que la atención en la vulneración de derechos, pone el acento en los límites individuales para la construcción de respuestas efectivas y en la denuncia de la falacia de una universalización extremada y no crítica. Por último, se pretenderá observar que en cuanto a lo que tiene que ver con la implicancia en la psicopatología, el enfoque fenomenológico-existencial, nos habilitaría abordar la concepción de ser humano desde una profundidad antropológica.

Palabras clave

Vulnerabilidad, Relación, Clínica, Fenomenología, Ética, Aplicada

Abstract

TOWARDS A MORE HUMAN DESIGN CLINIC

In the '70s, Potter (1971) attempts to bridge the gap between the culture of science and humanities, and inaugurates what we consider as bioethics. This work, tries to go through the historical transformations of the link between the health agent and the patient, placing us into the boundary of an ethical and clinical perspective. To do it, we will start from D. Gracia (2001) idea, which states that the clinical relationship crosses three big conceptions: paternalistic, oligarchic and democratic. Further more, the concept of vulnerability as incapacity or disability -temporary o permanent, individual o groupal- if we make a valid evaluation of the risk-benefit relation, it will enable us to make our horizon wider, coming into an analysis of the potencial of disease / no-disease. Thus, the focus on the violation of rights, emphasizes the individual limits for the construction of effective responses and in exposing the fallacy of an extreme universalization and non-critic. Finally, is the intention of this work to observe that when it has to do with the implication in psychopathology, the existential-phenomenological approach, would enable us to address the conception of human beings from an anthropological depth.

Key words

Vulnerability, Clinical, Relationship, Phenomenology, Applied, Ethics

«Sólo en ese lugar del auténtico encuentro humano y psicopatológico, la vulnerabilidad encuentra su lugar como perspectiva sobre el "todo" del otro, sobre su subjetividad -que nunca se apresura como objeto-» (Boné Pina, 2010, p. 188)

Difícilmente alguien podría aceptar o poner en duda, que la vida es un valor muy importante y que su preservación o conservación es una obligación moral primaria. Más aún, la cultura occidental se ha encargado de gestionar a través de la historia, sus deberes morales para con la vida.

En la década del '70, Potter (1971) intenta tender un puente entre la cultura de la ciencia y la de las humanidades e inaugura lo que hoy consideramos como Bioética. A partir de aquí, la Bioética, ha ido ampliando su campo. Desde un punto de vista conceptual podemos definirla como la disciplina encargada de abordar los conflictos de valores relacionados con las ciencias de la vida. Aborda y profundiza una ética ecológica que trata de la responsabilidad con el medioambiente y respeto a las generaciones futuras, pasando por una ética de la investigación biológica y de la utilización y experimentación animal, hasta una bioética clínica que se ocupa de la investigación clínica y los aspectos del comienzo y final de la vida y la relación sanitario-paciente.

Éste trabajo, intenta recorrer las transformaciones del vínculo entre el agente de salud y el usuario, ubicándonos desde el linde de una perspectiva ética y clínica para su análisis. A su vez, el concepto de vulnerabilidad nos permitirá ampliar el horizonte, accediendo a un análisis de las potencialidades de enfermedad / no enfermedad.

Para introducirnos en la cuestión, podremos hacer notar lo que el filósofo y médico español Diego Gracia Guillén, dice acerca del recorrido histórico que presenta la relación clínica.

Paternalismo, oligarquía y democratización de la relación clínica (RC).

Remontándonos a los albores de la ciencia médica, la relación clínica se vio embebida de la concepción filosófica y jurídica de que el cuerpo no era una cosa que pudiera ser susceptible de dominio o propiedad. El dominio del cuerpo recaía por ejemplo, sobre la figura de Dios, autor y garante de la vida, y el hombre sólo podía acceder a la administración de dicho don. Es así, que únicamente el cuerpo cadavérico alcanzaba la designación de objeto y en caso contrario, el cuerpo vivo se consideraba elemento de la propia persona.

a) Paternalismo médico

A continuación la concepción de Dios como cuidador de la vida cedió lugar, hacia aquellas personas que detentaban cierto prestigio y saber dentro de la comunidad. La idea de que los individuos no son quiénes para gestionar su cuerpo y su vida, dio inicio a que las decisiones sobre ellos deban de ser tomadas por ciertas personas especialmente calificadas. De este modo, la relación del individuo con el cuerpo, la vida y la muerte ha estado mediatizada por la figura del sacerdote o el médico.

Gracia Guillén (2001) ubica diferentes metáforas que marcan giros en la concepción de la relación clínica y expresan la articulación de sus elementos.

Para el español, la relación médico-enfermo no ha tenido grandiosas modificaciones hasta los últimos treinta y cinco años.

Desde la época hipocrática el modelo clásico versaba sobre la concepción paternalista del médico, como aquél padre que se comporta solícito con su hijo y quiere lo mejor para éste.

Cuando se objetiviza la medicina, con la secularización de las ciencias, cobra vigencia una rectificación de la metáfora paternalista o monárquica. El médico pasa a ser un técnico o experto, que concibe al cuerpo como una máquina, que sabe y debe reparar. Sin embargo, a pesar de las revoluciones liberales que admiten el pluralismo y la autogestión de las creencias religiosas y de las opiniones políticas y que triunfa en los siglos XVII y XVIII, no llega en esa época al espacio de la gestión del cuerpo. Se sostiene aún, que las decisiones importantes sigan tomándolas los médicos de acuerdo con su sistema de valores.

b) *Oligarquía médica*

A comienzos del siglo XX comienzan a introducirse novedades que obligarán a sustituir ese modelo por otro que cabe denominar "oligárquico", en el que el profesional se ve obligado a compartir su poder con otros agentes de salud, pero sin por eso renunciar a la relación vertical.

El creciente empuje técnico-tecnológico abre el camino para la segmentación y especialización del saber médico. De hecho, se consolida la ramificación de las especialidades de la ciencia y se profundiza la constitución de objeto del cuerpo basado en relaciones de mandato y obediencia, ahora desde un grupo especializado hacia el enfermo.

c) *Democratización y horizontalidad de la relación clínica*

Sólo en las últimas décadas la relación clínica se ha radicalizado con respecto a las formas arriba mencionadas.

La relación clínica se ha horizontalizado por razones que se gestaron en otras instituciones sociales (ej. Instituciones políticas, familiar, etc). Éstos procesos de nivelación de los roles dio como resultado la inclusión de los pacientes en el proceso de toma de decisiones y, de esta forma, la democratización de las relaciones sanitarias.

El cambio no ha sido liderado ni orientado desde el lugar médico, todo lo contrario, cuando los usuarios han pasado a participar activamente en el proceso de toma de decisiones, éste ha permitido pasar de ser monárquico u oligárquico, para tornarse claramente en una relación democrática.

La reciente concepción de la relación clínica se funda en la universalidad, inviolabilidad, indivisibilidad e inderogabilidad de los derechos. Esto implica la ruptura con aquel postulado que la enfermedad produce incapacidad moral.

Los códigos de derechos de los enfermos reivindican y aun obligan a los usuarios que poseen suficiente capacidad o competencia a tomar decisiones sobre su propio cuerpo, en función de su propio proyecto de vida. La decisión final no es un equilibrio entre las opiniones del profesional y del paciente, sino la conclusión de un largo proceso de adaptación y convergencia entre la información que posee el profesional y las necesidades y valores del paciente.

Ahora bien, esta horizontalidad nunca llega a ser plena dado que el sanitario se encuentra siempre en una relación de poder y privilegio respecto del paciente. Más aún, la asimetría que existe aún en la relación más democrática se complejiza en la condición de vulnerabilidad.

«Ya no pueden ser los médicos, ni los políticos, ni los políticos, ni los economistas, ni tampoco los sacerdotes o los teólogos quienes detentan el monopolio de la decisión en este tipo de cuestiones. Ha de ser la sociedad entera la que delibere y decida sobre ellas. Sólo de este modo se conseguirá lo que, por lo demás, todos consideramos imprescindible, el alumbramiento de un nuevo mundo más humano; es decir, de una nueva cultura.» (Gracia Guillén, 2002, p. 39)

Aproximación al concepto de Vulnerabilidad

Se puede entender por vulnerabilidad - en la clínica y en la ética de la investigación-, a la incapacidad o discapacidad -temporal o permanente, individual o grupal- de realizar una evaluación válida de la relación riesgo-beneficio. Se trata esencialmente de una condición que compromete el ejercicio de la autonomía y no puede proteger la integridad personal. Son limitaciones que se expresan en la ausencia de capacidad de elección y decisión, por insuficiencia en la capacidad para comprender o por coacción en el consentir, o en impedimentos de tipo cultural, social o económico.

Mesquita Ayres (2006) intenta profundizar en la distinción de la noción de grupos de riesgo y vulnerabilidad. En ese sentido, establece que la idea de riesgo busca expresar las oportunidades matemáticas de enfermedad de un individuo que es portador de cierto rasgo específico. El concepto de grupo de riesgo tiene como objetivo un viejo desafío de la salud pública: evitar el contacto entre agentes infecciosos y nuevos receptores potenciales.

Por otro lado refiriéndonos a la vulnerabilidad, establece que el interés en éste abordaje conceptual vino, por tanto, de la percepción de los límites individuales en la construcción de respuestas efectivas y en la denuncia de la falacia de una universalización extremada y no crítica. Era preciso así, aprender el peso de los diferentes contextos sociales como determinante de diversas susceptibilidades y crear alternativas técnicas sensibles a esas diferencias. Sin embargo, esas diferencias pasaron a ser claramente vistas no como características grupales, fijas, identificadas, sino como efecto de relaciones sociales que, en verdad, proferían respeto a todo el tejido social. A partir de ello, debemos comprender, que la vulnerabilidad pretende exponer los potenciales de enfermedad / no enfermedad relacionados a todos y cada uno de los individuos que se encuentran sometidos en cierto conjunto de condiciones. En otras palabras, el autor intenta entender a la vulnerabilidad como concepto que habilita la comprensión de la interacción de las susceptibilidades poblacionales. Establece que los estudios de riesgo dependen de una cierta casuística que permita investigar asociaciones probabilísticas, y que los estudios sobre vulnerabilidad, pueden echar luz sobre susceptibilidades potenciales que pueden ser inferidas antes que los sucesos ocurran.

Podemos ver con la distinción expuesta hasta aquí, un aspecto dinámico de la vulnerabilidad: Como idea de potencialidad.

Cabe agregar otro costado, otra dimensión a tener en cuenta sin que esto logre acabar la cuestión, y será el caso del aspecto relacional: Las personas no son vulnerables, sino que en todo caso, *están* vulnerables. Ésta instancia tiene características no unitarias, ya que la vulnerabilidad circula en diferentes grados y no responde al binarismo si-no o todo-nada. Además, se presenta en formas particulares ampliando y superando el análisis causal (comprensión multidimensional); y en cierto tiempo y espacio (sin constancia espacio-temporal) (Mesquita Ayres et al., 2006).

Estas cualidades mencionadas pueden hacernos comprender si se ubican en unas coordenadas que muestre un rebasamiento en la situación de vulnerabilidad.

Es por caso, la relación clínica, en tanto paradigma asimétrico de

poder, nos permite reflexionar que una situación de vulnerabilidad exige siempre una responsabilidad bilateral. Dado que existe un compromiso ineludible de responsabilidad ante la vulnerabilidad por parte de los sanitarios, es justo decir también, que se correría el riesgo de que en el momento en que se victimiza y tutela a una persona sobre la categoría naturalizada de vulnerable; lo que se escondería detrás es la conservación inmutable de una relación en la cual los que están en el polo menos perjudicado son también partícipes de la vulneración. En ese sentido, a no ser que se sientan confortables en esa posición, los así menos vulnerabilizados, se encuentran también víctimas en el encuentro sanitario/usuario.

Encuentro y vulnerabilidad en el ámbito de la salud mental

El encuentro como fenómeno humano particular constituye la esencia del acto clínico. El enfermo se yergue frente al profesional de salud mental porque su ser mismo es el que le duele y no sólo ofrece al examen su daño, sino su intimidad y su historia. A saber: la comprensión es también necesariamente un fenómeno afectivo, que parte de una actitud de consideración y respeto por el otro. Esta actitud se funda en la condición humana del enfermo, cuya dignidad se mantiene por sobre cualquier situación de enfermedad. Es así, que la clínica en cuanto objetiviza al paciente provoca una relación que roza la inhumana o sub-humana. En cuanto el clínico tratante se limita a la operación intelectual de categorización del paciente, solo replica la asimetría médica, ubicándolo en un determinado lugar en la clasificación de las enfermedades y su potencial estigmatización. Evidentemente, aquí en la cosificación de la persona, no existe la convergencia de dos existencias, no hay afectividad, no hay consideración ni compromiso por y con el ser que sufre.

«... los límites que nos son impuestos en la vida diaria por la libertad del otro se encuentran reducidos al extremo en el caso de la relación del médico con el paciente psiquiátrico y muy particularmente en la relación del psicoterapeuta con la persona que se ha entregado a su cuidado.» (Dörr Zegers, 2002, p. 47).

En cuanto a lo que tiene que ver con la implicancia de la vulnerabilidad y la psicopatología, el enfoque fenomenológico-existencial, nos permite poner atención de la concepción de ser humano desde una profundidad antropológica y lo más integral posible.

Entonces, el desafío que ahora se nos impone es el acercamiento de la experiencia (*Erfahrung*) clínica, que implica un movimiento hacia el horizonte abierto que presenta el enfermo mental.

«En la palabra alemana experimentar, 'Erfahren', 'fahren' tiene el significado originario de conducir, guiar. (...) Experimentar es un modo de la presencia, esto es, del ser. Por medio de la experiencia se hace presente la conciencia a modo de aquello que se manifiesta en su propia presencia junto a sí.» (Heidegger, 2010, § 170, p. 140)

Será pues precisar, que la orientación terapéutica se encamina en penetrar el ser-en-el-mundo del sufriente, conseguir el encuentro en aquel nivel que el paciente sea capaz de tolerar o de conseguir, para acompañarlo, primero en el camino de alcanzar el insight existencial y luego el proceso de liberación, a través de una nueva forma de proyectarse él y su mundo, que lejos puede estar de la adaptación y la mera conformidad.

La comprensión de las actitudes fallidas viene a enriquecer el fenómeno y abre la senda a nuevas posibilidades de insight apropiadas por una comprensión histórica, que vaya invocando aquellos momentos críticos donde se produjo el extravío, la omisión, el cambio

o la caída de las estructuras existenciales del ser-en-el-mundo (Dörr-Zegers, 1997).

Conclusión

En nuestro caso, el encuentro en la clínica se encuentra atravesado por el fondo de un co-estar que incluye la idea de procurar, de preocupación (*Fürsorge*[i]) por los otros. Gracias al existencialista estar-con es posible la comunicación con los otros y la piedra fundamental de la relación entre sanitario-usuario.

Siguiendo esto, debemos apuntar que el término situación designa a la existencia como hecho vivido, a diferencia de la existencia como concepto pensado.

Enfatizamos, que la responsabilidad y el cuidado, implican que un terapeuta debería ser capaz de favorecer esta apertura existencial, donde existir, es habitar un mundo... participar de un movimiento.

Acompañar al sufriente en una travesía arqueológica y antropológica contemplando las vicisitudes de las posibilidades-de-ser que deba primeramente direccionarse de la enfermedad al hombre que sufre, y ver en su cuerpo una biografía más que una patología (Rovaletti, 1996).

Se incluye, ahora, dentro de estas posibilidades del Dasein, el estar vulnerable en un aspecto dinámico y relacional.

Donde creemos prioritario, extender la mano basándonos en la universalidad, inviolabilidad, indivisibilidad e inderogabilidad de los derechos de quien se encuentra en una situación desfavorable, sin caer en la tutela o estigmatización, donde la existencia no se reduce a una referencia negativa de victimización.

NOTA

[i] ... el compromiso en común con una misma causa se decide desde la existencia [Dasein] expresamente asumida. Sólo esta auténtica solidaridad hace posible un tal sentido de las cosas, que deje al otro en libertad para ser él mismo. Heidegger, M. (1997). La coexistencia de los otros y el coestar cotidiano. En *Ser y Tiempo* (§26, p. 147). Santiago de Chile: Editorial Universitaria.

BIBLIOGRAFIA

Boné Pina, I. (2010) Vulnerabilidad como horizonte abarcador. En *Vulnerabilidad y enfermedad mental: La imprescindible subjetividad en psicopatología* (pp. 179-194) Madrid: Universidad Comillas.

Dörr Zegers, O. (1997) *Psiquiatría Antropológica: contribuciones a una Psiquiatría de orientación fenomenológica-antropológica*. Chile: Editorial Universitaria, 2º ed. (2002) *Ética y psiquiatría. Aspectos de la práctica cotidiana*. En *Revista colombiana de psiquiatría*, XXXI, (1), pp 27-48. Disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80631104>.

Gracia Guillén, D. (2001) La relación clínica. En *Bioética Clínica* (pp. 61-84)

Bogotá: El Búho. (2002) De la bioética clínica a la bioética global: Treinta años de evolución. En *acta Bioética* 2002, VIII (1), pp. 27-39.

Heidegger, M. (1997) La coexistencia de los otros y el coestar cotidiano. En *Ser y Tiempo* (§26, pp. 142-149) Santiago de Chile: Editorial Universitaria. (2010) El concepto de experiencia de Hegel (1942/43) En *Sendas del bosque* (§ 170, pp. 138-150) Madrid: Alianza Editorial, 2º ed.

Mesquita Ayres, J. et al. (2006) El concepto de vulnerabilidad y las prácticas de salud: nuevas perspectivas y desafíos. En Czeresnia, D y Machado de Freitas, C. (Organizadores) *Promoción de la salud: Conceptos, Reflexiones y Tendencias* (pp. 135-161) Buenos Aires: Lugar Editorial.

Potter, V.R. (1971) *Bioethics, bridge to the future*. New Jersey: Prentice Hall

Rovaletti, M.L. (1996) Alienación y Libertad. En *Investigaciones en Psicología* (Revista del Instituto de Investigaciones en Psicología de la UBA), 1 (1), pp. 119-135.