



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TRABAJO FINAL DE GRADO

PERSPECTIVAS PARA UN ABORDAJE CLÍNICO INTEGRAL

MONOGRAFÍA

Docente Tutora: Prof. Adj. Ana Laura Russo

Mercedes Díaz Farfaro

C.I. 2.735.784-2

Julio 2017

Montevideo-Uruguay

INDICE

Resumen	2
Introducción	3
Capítulo I	
Aproximación al concepto salud	5
Breve recorrido histórico por las formas de abordar la salud	5
Contexto actual predominante para dar respuesta a problemas de salud ...	10
Capítulo II	
Paradigmas	12
Atención Primaria en Salud y Reforma Sanitaria en Uruguay	14
Interdisciplina	17
Capítulo III	
La idea de Sujeto	19
Psicoanálisis	19
Lo Inconsciente psicoanalítico.	20
Herramientas de la disciplina psicológica de uso en la clínica.	21
Psicosomática Psicoanalítica	22
Psiconeuroinmunoendocrinología	24
Consideraciones finales	27
Bibliografía	30

Resumen

El objetivo de este trabajo monográfico es proponer algunas bases para reflexionar sobre la concepción integral, holística del individuo que debería considerarse en el momento de una consulta a profesionales de la salud. La búsqueda de soluciones al pensar en el bienestar de la humanidad es evidente a lo largo de la historia, por lo que situarse en ese recorrido histórico parece pertinente.

En los desarrollos teóricos de quienes han visto la forma de potenciar la cura, aplicando un tratamiento y comprensión de lo humano a otro nivel, podemos ver la intención de integrar, abarcar y entender al sujeto complejo y en situación. Un ejemplo de ello es la Medicina Psicosomática Psicoanalítica que considera e integra al síntoma, concepto psicoanalítico, como manifestación del inconsciente a la hora del tratamiento.

El reconocimiento histórico de la Psicología como disciplina del área de la salud, y la reciente reforma sanitaria país, son motivos que provocan a exponer algunas posibles herramientas de insumo en la clínica, que den cuenta de ese sujeto complejo.

Para dar sostén a esta estructura epistemológica, el marco en el que se sostiene el desarrollo de este trabajo es el Paradigma de la Complejidad.

Palabras clave: Síntoma, Clínica, Complejidad.

“El pensamiento perezoso es un pensamiento peligroso pues, al pretender haber encontrado la causa única de un sufrimiento, llega a la lógica de que lo único que hace falta es suprimir esa causa, lo cual rara vez es verdad.”

Boris Cyrulnik¹

INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia hemos asistido a la sucesión de diferentes paradigmas en la búsqueda de posibles soluciones a los problemas relacionados con el bienestar de los individuos. La investigación, discusión y producción teórica, en torno a las conceptualizaciones de la salud y la enfermedad son numerosas, siendo también variadas las teorías que se han desarrollado al respecto. Es por esta amplitud de disciplinas que interpretan al individuo y su estado de salud, que los referentes teóricos desde donde se nutre este trabajo, serán psicoanalíticos, biológicos, bioquímicos, sociológicos, médicos, físicos, epistemológicos, entre otros, buscando trascender la mirada disciplinar y permitiendo el diálogo entre teorías. El presente trabajo tiene como objetivo integrar algunos marcos teóricos referenciales propuestos en la formación académica, para abordar de manera integral al sujeto.

Hoy asistimos a un cambio significativo a nivel nacional del sistema sanitario, el cual promueve a la Psicología en los ámbitos de salud con un mayor protagonismo. Un padecimiento orgánico es un motivo para solicitar asistencia, es lo visible, pero la respuesta no siempre se encuentra en lo orgánico, en lo que se puede ver; es necesario integrar otras concepciones que son parte del sujeto, y que no siempre son consideradas. Es en este punto donde se integra la Psicología.

Este trabajo propone hacer un recorrido por los paradigmas que conceptualizan las formas que ha tenido el hombre de decodificar y entender al mundo que lo rodea. Esta forma de entender el mundo también le otorga un lugar, pues sitúa al sujeto en el espacio, y lo hace protagonista y creador. Analizar este camino es la manera de ordenar históricamente las ideas que sostienen la evolución del pensamiento hasta nuestros días. Poder situar las teorías en el contexto histórico permite vincularlas en una comunicación fluida con ese sujeto que le es contemporáneo. Se pretende dar cuenta de la influencia del paradigma reinante, para luego situarse en la clínica actual y sus herramientas.

¹ Boris Cyrulnik 1937. Neurólogo, psiquiatra, psicoanalista y etólogo francés. Fue director de la Facultad de ciencias Humanas de la Universidad de Sud-Toulon. Sus trabajos han permitido desarrollar el término resiliencia. Aborda la etología como una encrucijada de disciplinas.

Dentro de los paradigmas contemporáneos más relevantes, se considerará el Psicoanálisis, punto de partida para hablar del Síntoma psicoanalítico. Se pretende desarrollar el concepto de síntoma, desde la teoría psicoanalítica hasta el abordaje desde nuevas teorías posteriores a Freud, como la Psicopatología Psicoanalítica. El Síntoma psicoanalítico remite a otros términos como “lo inconsciente”, imposible de soslayar en Psicología. Si bien la acción terapéutica del profesional implica el uso de variadas herramientas, es en ese devenir constante donde se decodificarán los contenidos inconscientes de aquello que dice con palabras y expresa con el cuerpo. Es el cuerpo el que se hace presente en la consulta, es el que se expresa, dice o calla. “El hombre es por esencia una unidad armónica psicofísica, por su realidad existencial un cuerpo, y por su cualidad de sentir y comprender: un psiquismo”(Tato, 1999, p. 34).

Otra herramienta de uso en la clínica que se expondrá es el Modelo de la Psicoterapia Integrativa PNIE, Psiconeuroinmunoendocrinología, teoría que realiza un aporte sustancial en la explicación de las enfermedades desde una perspectiva de la medicina multidisciplinaria.

Este trabajo se proyecta desde el paradigma de la complejidad, con el que se piensa al sujeto. Se entiende la complejidad como lo plantea Najmanovich:

...la complejidad no es una meta a la cual arribar sino una forma de cuestionamiento e interacción con el mundo; constituye a la vez un estilo cognitivo y una práctica rigurosa que no se atiene a “estándares” ni a “modelos a priori”. No se trata de un nuevo sistema totalizante, de una teoría omnicompreensiva, sino de un proyecto siempre vigente y siempre en evolución (Najmanovich, 2008, p. 77).

Estimar esta estructura epistemológica y adherirse a teorías que hoy se trabajan en la clínica, obliga a comprometerse, tomando posición al apropiarse de conocimiento, y considerar la experiencia ajena. Optar y adherir por una forma de concepción de sujeto sitúa y habilita a pensar la clínica desde una postura ética y constructiva.

CAPÍTULO I

El propósito de este capítulo es acercarnos a las prácticas que han materializado la forma en la que el ser humano es visto por otro ser humano al hablar de salud. Esta mirada pretende acercarse a las teorías que sostienen estas prácticas y buscan comprender al individuo.

Aproximación al concepto salud.

“La salud es la capacidad del ser humano para continuar dinámicamente su evolución hacia etapas superiores, procesando los estímulos que surgen de sus necesidades y desde el sistema en el que está inmerso” (Lacería, 2004, pp.58-59).

La salud es un concepto que ha evolucionado y obedece al momento histórico. Los aspectos sociales, económicos y culturales de cada comunidad determinan las variadas formas de atender la salud. Existe un consenso para decir que, subjetivamente, se puede hablar de un estado de bienestar cuando el organismo funciona de determinado modo, dado que hay tantas formas de funcionar como cuerpos existen en el mundo. A su vez, se consideran las interacciones ya sea con el medio ambiente como con los vínculos.

Existen intercambios desde variados ámbitos para dar carácter a este concepto, estos cuerpos teóricos se proponen dar respuesta a los interrogantes de salud, aunque no es fácil construir diálogos para consensuar el término. Algunas disciplinas lo hacen desde explicaciones mecánicas, biologicistas, farmacológicas, psicológicas, pero no es frecuente o habitual encontrar quién pueda considerar al ser humano en su múltiple expresión, tomando en cuenta todos los aspectos del sujeto para poder llevar a cabo un abordaje integral.

En este sentido, Carro (2009) delimita los desafíos a la hora de dar respuesta a estas interrogantes, atendiendo a la complejidad del reto.

“El mayor desafío de las Ciencias de la Salud se relaciona con la búsqueda de legitimación epistemológica de sus cuerpos conceptuales, cómo resolver el problema de las dicotomías entre lo natural y lo cultural, entre lo real y lo discursivo” (Carro, 2009 p.16).

Breve recorrido histórico por las formas de abordar la salud.

El autor Fritjof Capra (1998), con la intención de proponer un enfoque de salud integral, holístico y además coherente con la física cuántica, que entienda a los organismos de forma completa; considera que es esclarecedor ver y aprender de los modelos de otras culturas, que

tienen mayor vinculación con aquello que hoy se pretende incorporar como modelo.

El pensamiento científico moderno- en los campos de la física, de la biología y de la psicología- se está encaminando hacia una visión de la realidad muy similar a las concepciones de los místicos y de muchas culturas tradicionales, en las que el conocimiento de la mente y el cuerpo humano, y la práctica del arte de la curación, son parte integrante de la filosofía natural y de la disciplina espiritual (Capra, 1998, p.357).

Sostiene que a lo largo de la historia, la humanidad ha oscilado entre un abordaje holístico y otro reduccionista; posiblemente dependiendo de los sistemas de valores imperantes. En muchas culturas aún existentes, la aparición y curación de las enfermedades están emparentadas con fuerzas del orden metafísico.

Un chamán es un hombre o una mujer que tiene la capacidad de entrar voluntariamente en un estado no ordinario de consciencia con objeto de tomar contacto con el mundo de los espíritus en nombre de los miembros de su comunidad (Capra, 1998 p.358).

Generalmente, este chamán es, además, jefe político, religioso y médico, y detenta una figura de enorme carisma y poder. En estas sociedades tradicionales los individuos conocen las formas de cómo tratar sus afecciones más regulares, y el chamán solo es consultado acerca de cuestiones más complejas.

La característica más destacada de la visión chamámica de la enfermedad es la creencia de que los seres humanos son parte integrante de un sistema ordenado y que la enfermedad es consecuencia de cierta falta de armonía con el orden cósmico (Capra, 1998, p.359).

La enfermedad también puede aparecer por una falta moral, de ahí que las terapias chamánicas hagan énfasis en la restitución de la armonía, del equilibrio, en relación con la naturaleza, las relaciones humanas y los espíritus. La pérdida de equilibrio en relación con el orden superior, también se puede manifestar en una fractura, en la aparición repentina de fiebre o la mordedura de un animal; no es pura mala suerte. A su vez, estas ideas chamánicas están directamente relacionadas con el aspecto socio-cultural del paciente. El proceso patológico de la enfermedad no está en primer plano como en la medicina tradicional, la cual se concentra en los aspectos biológicos y fisiológicos. Los chamanes consideran al hombre en su contexto, mientras las respuestas de los médicos modernos, si se los consulta por las causas de dichas enfermedades, serán relacionadas, por ejemplo, a la aparición de bacterias, virus o problemas fisiológicos. Por otro lado, la respuesta de los chamanes estará vinculada a otras causas, por ejemplo, celos, codicia, competitividad o cualquier otra acción que haya causado una profanación del orden moral.

El enfoque chamánico, de acuerdo a la postura de la psicología moderna, es

psicosomático; se aplican técnicas psicológicas a trastornos físicos, buscando reintegrar el paciente al orden cósmico. Sus ritos tienen la característica de trabajar con lo inconsciente, evocando el recuerdo de los sueños. Fritjof Capra sostiene que aquí se podría encontrar similitud con la psicoterapia moderna, aunque hay una diferencia más que significativa.

“Mientras los psicoterapeutas modernos ayudan a sus pacientes a reconstruir un mito individual con ciertos elementos extraídos de su pasado, los chamanes les proporcionan un mito social que no está limitado a sus experiencias personales precedentes” (Capra, 1998, p.361).

Esta teoría chamánica que considera al individuo integrante de un sistema ordenado, tiene muchas semejanzas con la actual “Teoría de los Sistemas”. La visión holística del individuo que busca las causas del sufrimiento hace otros cuestionamientos fuera de los biológicos. En esta propuesta el ser es considerado en sus multicausalidades y se tienen en cuenta sus variables complejas.

En paralelo a esta cultura chamánica, se ha desarrollado en la civilización moderna la cultura médica. Los chamanes, no obstante, continúan ejerciendo sus prácticas en todo el mundo. En países con grandes superficies rurales y en ciudades con grandes núcleos de inmigración, los chamanes siguen ejerciendo sus funciones tradicionales.

Fritjof Capra, luego de desarrollar la concepción chamánica de la salud y la enfermedad, hace un acercamiento a otros sistemas médicos.

Se pueden obtener ideas similares a través del estudio de otros sistemas médicos desarrollados por las principales civilizaciones del pasado y transmitidos por tradición escrita durante cientos y miles de años. La sabiduría y complejidad de estas grandes tradiciones se reflejan en dos sistemas médicos de la antigüedad -uno occidental y otro oriental-... (Capra, 1998, p. 362).

Uno de los sistemas médicos corresponde a la medicina clásica china, mientras que el otro corresponde a la medicina hipocrática, que dio origen a la medicina occidental. El último tiene sus inicios en el período prehelénico, donde las curaciones tenían un carácter espiritual y se relacionaban con la acción de varias divinidades. Según la mitología griega, la diosa Higía (“salud”) se encargaba de cuidar a los enfermos y sostenía la idea de que la gente sana vivía en la sabiduría. Por otro lado, su hermana, la diosa Panacea (“la que todo lo cura”) era especialista en los remedios extraídos de la naturaleza y de la tierra. La búsqueda de una medicina que pueda acabar con todos los males es hasta hoy el norte de la ciencia médica.

A Hipócrates (400 a.C.) se lo considera al punto culminante de la medicina griega, quien sostenía que poco tenían que ver los espíritus con los problemas de salud, atribuyéndoselos a causas naturales que son factibles de estudiar científicamente y sobre las que se puede actuar y lograr mejoría. El sabio griego también creía en la importancia de desarrollar una sabia forma de

vivir. Capra (1998) así lo describe:

“Los aires, las aguas, y los sitios”, uno de los libros más importantes del Corpus Hipocrático, representa lo que hoy llamaríamos un tratado de ecología humana. En este libro se demuestra con gran abundancia de detalles en qué manera el bienestar del individuo se haya influido por los factores ambientales: la calidad del aire, del agua y de los alimentos, la topografía del territorio, las costumbres de vida generales (Capra. 1998,p. 364).

En su libro “El punto crucial”, Capra sostiene que con la llegada del paradigma científico cartesiano se abandona la idea de una sabia forma de vivir, abandono que ha llegado hasta estos días, en los cuales se ha comenzado a resignificar este antiguo concepto. Según Hipócrates, los “humores” y las “pasiones” son aquellos componentes que deberán en cada cuerpo encontrar el equilibrio que mantenga la salud. Es posible hacer un paralelismo entre el concepto hipocrático de “humores” y lo que hoy se cree acerca de los “equilibrios hormonales o químicos”; también es posible realizar un paralelismo entre las “pasiones”, según las entendía Hipócrates, y los aspectos emocionales y afectivos de los individuos. En cuanto a la cura, Hipócrates reconoció el poder de las fuerzas interiores: “poder curativo de la naturaleza”, el médico debe apelar a ellas para favorecer la cura. Desde entonces, en este proceso de ayuda al paciente, los médicos cuentan con un riguroso código de ética, el Juramento Hipocrático, vigente hasta nuestros días.

Todas las premisas hipocráticas: la concepción de salud como un estado de equilibrio, la influencia ambiental, la interdependencia alma-cuerpo y el poder curativo intrínseco, también fueron desarrolladas en la medicina china tradicional. La medicina clásica china tiene sus bases en el chamanismo; los conceptos del *Ying* y el *Yang* son de vital importancia, todos los componentes del cosmos en equilibrio dinámico, oscilando entre medio de estos dos polos. Los chinos no se interesaban por las causas sino por el orden.

Las cosas se comportan de manera particular no necesariamente a causa de acciones precedentes o de impulsos precedentes ejercidos por otras cosas, sino porque su posición en el universo cíclico siempre en movimiento, les proporciona una naturaleza intrínseca que hace inevitable este comportamiento. (Capra, 1998, p. 366).

Esta manera de ver la realidad es la base conceptual de la medicina china. La falta de armonía individual o social es la enfermedad. Respecto a la idea del cuerpo, Capra sostiene que los orientales siempre han estado más interesados en la interdependencia de sus partes que en la funcionalidad o anatomía. Se considera al cuerpo humano como un sistema funcional e integral, indivisible; concepto que se aproxima más a la actual “Teoría de los Sistemas” que al enfoque cartesiano. El equilibrio es el concepto básico en esta cultura, a la hora de hablar de enfermedades. La medicina china considera que un desequilibrio en los órdenes básicos de la vida, el orden alimentario, del sueño, la falta de actividad física o las malas relaciones familiares o sociales, son la causa para que irrumpen enfermedades. El equilibrio se logra y se pierde

transitoriamente, etapas que suceden en forma natural, durante todo el ciclo vital. Es por eso que la salud y la enfermedad son entendidas como algo que acontece, ya que los organismos cambian en relación con su entorno. Entonces, en esta idea de ciclos, la perfecta salud no es algo que se pretenda, lo que pretende el médico y el paciente es la mejor adaptación al medio. Se considera que son la actitud del paciente y su responsabilidad para con el proceso curativo, las que crean las condiciones determinantes de la mejoría. Si bien el médico participa, la mayor responsabilidad recae en el paciente.

Uno de los principios fundamentales de la medicina china es proveer el tratamiento más leve; el médico hace observaciones constantes para ver su evolución, ajustando el tratamiento con hierbas medicinales, acupuntura, moxibustión, entre otras prácticas; todas estas herramientas están dirigidas a recuperar los desequilibrios causantes de la mala salud, haciendo hincapié en la prevención. “Se dice que los médicos chinos sólo recibían sus honorarios cuando el paciente se mantenía sano y dejaban de recibirlos cuando este se enfermaba” (Capra, 1998, p. 370).

El autor se cuestiona qué aspectos filosóficos de la práctica médica y de la filosofía china serían aplicables en nuestra cultura. Para responder a esta interrogante, considera de utilidad observar el caso de Japón y su actual sistema de salud. Los conceptos fundamentales de la medicina china son la base, hoy en día, de la organización de la salud en el Japón. En el siglo XIX los japoneses adoptaron el modelo occidental, pero hoy están revalorizando la medicina tradicional china y aplicando sus postulados ante el fracaso del modelo anterior. Si bien hay muchas diferencias entre los dos modelos, el chino y el occidental, lo más importante para la cultura japonesa es lo que el paciente sabe, por ello los médicos son capaces de recibir sugerencias, sin que esto atente contra sus capacidades u opiniones. En una consulta con estos médicos, llamados *kanpó*, es muy común que, por ejemplo, no se le tome la temperatura a un paciente, pero sí se le pregunte por su percepción subjetiva de sentirse afiebrado. En nuestra cultura, la potencia de una realidad racional deja por fuera el valor subjetivo.

Una consecuencia de esta actitud es la típica falta de interés de los médicos asiáticos por la cuantificación, apoyada en la creencia de que los médicos se ocupan de unos sistemas vivientes fluctuantes para los que se consideran suficientes las medidas cualitativas (Capra, 1998, p. 374).

Fritjof Capra observa la importancia que tienen estas prácticas médicas, en cuanto al valor que se le otorga a la opinión del paciente. Hace énfasis en la necesidad de integrar los conocimientos intuitivos a los racionales, restando trascendencia al conocimiento racional y considerando los valores y experiencias humanas.

Contexto actual predominante para dar respuesta a problemas de salud.

De acuerdo a Carro (2009), el modelo biológico-médico considera que la causa de la enfermedad del ser humano es un agente huésped, y la forma de tratar a este paciente enfermo es mediante una práctica médica clínica, la cual muchas veces amerita internación en una institución hospitalaria. Según este modelo el cuerpo humano es considerado una máquina capaz de explicarse mediante el análisis de cada una de sus partes. A lo largo de la historia, el desarrollo de la biología ha sido en simultáneo con el de la medicina; por lo tanto, la visión mecanicista de la vida se incorporó sin dificultad. El modelo médico es el resultado de la influencia del paradigma cartesiano, el médico debe intervenir a través de medicación específica o mediante intervenciones quirúrgicas cuando se observa alguna falla en el mecanismo humano.

Los vínculos entre la biología y la medicina se estrecharon aportando recursos desde cada disciplina, se estimuló el surgimiento de nuevas técnicas y el desarrollo de insumos de laboratorio para el uso en la paraclínica. De acuerdo a lo expuesto por Parafita (s.f., p. 7) en su artículo sobre "*Salud y Enfermedad*", este acercamiento entre disciplinas, permitió diagnósticos más precisos a la hora de encontrar las causas de las patologías, para buscar el alivio del paciente.

Este modelo de atención hegemónico en la salud se valida en las prácticas de los profesionales y, a su vez, es aceptado sin reservas por la mayoría de la población. Se materializa en la forma en que los profesionales de la salud intervienen sobre el cuerpo humano. Se desestiman y hasta se prohíben otras prácticas de cura no aceptables para el modelo sociocultural. Según Eduardo Menéndez (1987), el modelo hegemónico tiene las siguientes características:

- biologicismo
- a-historicidad
- a-socialidad
- individualismo
- exclusión del usuario al acceso a conocimientos
- tendencia a escindir: teoría y práctica / práctica e investigación”

Si bien este modelo médico-hegemónico es el que se destaca en nuestra sociedad, se ha comenzado a considerar la dimensión psicosocial en los procesos de salud-enfermedad, lo que ha dado lugar a espacios de destaque de la Psicología en los servicios de atención a la salud. Esto deviene de las limitaciones del modelo, que deja por fuera las dimensiones sociales y subjetivas en estos procesos de salud-enfermedad. Comprender los fenómenos que operan en el sujeto en

cuanto a redes complejas, multifactoriales, nos obliga a ensayar una mirada abarcadora que englobe las necesidades de los individuos en el momento de pensarnos futuros profesionales.

“Entender el fenómeno psicológico como complejo, implica asociarlo a las causas múltiples: la interdependencia, la dinámica no lineal, la indeterminación, las redes complejas y los fenómenos colectivos” (Cohen, 2009, p. 9).

Se podría sostener que habitamos en un momento histórico de privilegio, para “mirar” lo que ha ocurrido a lo largo de la historia, contactar con las teorías y adherir a las que más nos representen como disciplina “psi” dentro de la salud. Se reconoce que los modelos reduccionistas y fragmentarios propuestos por Descartes están presentes también en los aspectos económicos y sociales, y continúan amenazando nuestra salud. Esto es el primer paso para comenzar a pensar en un sistema holístico.

CAPITULO II

Paradigmas

La forma en que una disciplina ve y comprende al ser humano depende de la influencia del paradigma por el que se rija. Caparrós (2008) hace una breve descripción de la definición de Paradigma de Thomas Kuhn:

...ese conjunto de prácticas que caracterizan a una disciplina científica durante un período específico de tiempo. El paradigma hegemónico desde el siglo XIX ha sido el positivismo... , ... no se limita al espacio de una sola ciencia, sino que pretende abarcar al conjunto del campo en que estas se integran (Caparrós, 2008, p.19).

Caparrós sostiene que los cambios de paradigmas suceden cuando aparecen nuevas preguntas que no pueden ser resueltas por el paradigma vigente, señalando sus límites e insuficiencia; en ese momento, es necesario un nuevo paradigma, que sea capaz de responder a estas preguntas y coexistir con el anterior, al menos temporalmente.

Retomando los escritos y aportes de Capra, es posible destacar el particular recorrido histórico que el autor realiza para aproximarse a las nociones de estos paradigmas, así como también a la cultura resultante de ese proceso. Considera a Descartes como el fundador de la filosofía moderna, la clave de su método fue la duda radical. El filósofo francés duda de todo, del conocimiento, de los sentidos, y aun del hecho de que tiene un cuerpo. No obstante, existe una cosa de la que no puede dudar, la existencia de sí mismo como pensador, que culmina en la frase “cogito, ergo sum”.

El cogito de Descartes, como se le ha llamado, le hizo ver la mente más cierta que la materia y le condujo a la conclusión de que las dos estaban separadas y eran fundamentalmente diferentes..... no hay nada incluido en el concepto de cuerpo que pertenezca a la mente, y nada en el de la mente que pertenezca al cuerpo(p. 62). La división cartesiana entre mente y materia ha tenido un efecto profundo en el pensamiento occidental (...) ha impedido que los doctores consideren con seriedad las dimensiones psicológicas de la enfermedad, y que los psicoterapeutas traten los cuerpos de sus pacientes (Capra, 1998, pp. 62-63).

René Descartes propuso una descripción mecánica de cómo funcionan a la perfección la naturaleza y el ser humano, esta descripción se convirtió en el paradigma dominante de la ciencia a partir del siglo XVII. En ese momento, el método cartesiano fue la guía de toda observación científica y de la elaboración de todas las teorías. Cabe destacar que en esa época el canon científico, si se le puede llamar de esta manera, estaba dado por la escolástica eclesial; todo lo que se decía era minuciosamente escrutado por la Iglesia so pena de ser censurado y, en muchos casos, los autores corrían el riesgo de ser excomulgados de la fe. Capra sostiene que estos

autores fueron individuos de noble linaje, con una situación económica solvente e inquietos por el saber, capaces de cuestionar verdades imperantes.

Para poder entender el funcionamiento de los fenómenos complejos de la naturaleza, Isaac Newton puso en fórmulas matemáticas las “ideas especulativas” de Descartes, y demostró que lo postulado por el filósofo francés era correcto. Esta adaptabilidad hizo que también estas fórmulas se aplicaran en otros campos. Fue John Locke, filósofo británico, quien las aplicó en la ciencias sociales; este pensador consideró a la sociedad como una organización que tenía una estructura formada por unidades indivisas y gobernada por leyes. Conocer estas leyes permitiría entender el campo colectivo. Al asimilar el comportamiento de las partículas con el comportamiento del ser humano como unidad indivisa, Locke empleó las leyes de la química y la física para explicar el funcionamiento de la sociedad, consideró al hombre como una máquina orgánica, sin tomar en cuenta otras variables que influyen sobre él. (Carro, 2009, pp. 12-13)

“El atomismo, el asociacionismo, el reduccionismo, el mecanicismo también se convirtieron en el sostén epistemológico de las ciencias humanas” (Carro, 2009, p. 13).

Para aproximarnos al Paradigma de la Complejidad sería oportuno recuperar lo expuesto por el biólogo austríaco Ludwig Von Bertalanffy (1968) quien formuló “*La Teoría General de los Sistemas*”. El autor cuestionó el modelo cartesiano y en simultáneo el paradigma mecanicista y positivista, el cual plantea que conocer las partes es suficiente para entender el todo

El sentido de la expresión algo mística «el todo es más que la suma de sus partes» reside sencillamente en que las características constitutivas no son explicables a partir de las características de partes aisladas. Así, las características del complejo, comparadas con las de los elementos, aparecen como «nuevas» o «emergentes». Sin embargo, si conocemos el total de partes contenidas en un sistema y la relación que hay entre ellas, el comportamiento del sistema es derivable a partir del comportamiento de las partes (Bertalanffy, 1968, p.55).

La teoría de Bertalanffy, entiende al ser humano como un sistema abierto, un organismo en permanente contacto y comunicación bidireccional con su entorno físico-ambiental y sociocultural. Esta comunicación interna y externa es capaz de condicionar el funcionamiento del ser humano y afectar también sus procesos de salud o enfermedad. La concepción de sistema abierto hace necesaria una “mirada” integradora desde múltiples disciplinas.

Metas de la teoría:

- Hay una tendencia general hacia la integración en las varias ciencias, naturales y sociales.
- Tal integración parece girar en torno a una teoría general de los sistemas.
- Tal teoría pudiera ser un recurso importante para buscar una teoría exacta en los campos no físicos de la ciencia.

- Al elaborar principios unificadores que corren «Verticalmente» por el universo de las ciencias, esta teoría nos acerca a la meta de la unidad de la ciencia.
- Esto puede conducir a una integración, que hace mucha falta en la instrucción científica (Bertalanffy, 1968, p.38).

En relación con la Teoría General de los Sistemas, la “Teoría del Caos” de Ilya Prigogine profundiza sobre el funcionamiento de los sistemas abiertos.

De acuerdo con esta teoría, los vínculos entre los distintos sistemas o elementos contienen una información adicional. El todo es más que la suma de las partes. Los sistemas abiertos, como lo es el ser humano, son sistemas de comportamiento difícilmente predecibles, sujetos a leyes no deterministas (Dubourdieu, 2011, p.p. 24-25).

Atención Primaria en Salud y Reforma Sanitaria en Uruguay

La OMS, Organización Mundial de la Salud, como ente supranacional encargado de analizar y proponer lineamientos para atender la salud de las poblaciones en diferentes contextos, tiene como objetivo detectar situaciones de riesgo sanitario, buscar respuestas a estas situaciones y ver la forma de que estas respuestas lleguen a la comunidad. En esa dirección, se crean documentos, que constan de manuales y protocolos, que son implementados en las diferentes naciones; un ejemplo de ello es la Carta de Ottawa, donde se desarrolló y propuso por primera vez el concepto de “Atención Primaria en Salud”. Se observa en este documento que los mayores problemas en torno a la salud, en esta época, están relacionados con el comportamiento humano; es por eso que se apela a una autoevaluación y a un compromiso personal. En este documento surge también el concepto de “Promoción”, con el objeto de promover la salud: capacitar a que cada sujeto se controle, lleve a cabo sus aspiraciones, pueda satisfacer necesidades y cambiar o adaptarse al entorno. La carta comprende a la salud como un recurso y como una constante en la vida del sujeto y no como un objetivo.

Existe consenso entre los diferentes miembros de la comunidad, que tienen por objetivo el cuidado de la salud a nivel nacional, acerca de la necesidad de abordar los problemas específicos mediante una respuesta integral y compleja. La Psicología tiene un potencial orientado a la acción subjetiva e intersubjetiva, con miras a comprender el sujeto y contribuir a recuperar la salud. El desarrollo que promovió la investigación desde diferentes disciplinas, con los aportes de destacados autores, trajo consigo el ímpetu que permitió el cambio epistemológico. Desde esta concepción se promueve una mirada integradora y compleja; se tienen en cuenta los aspectos físicos, psicológicos y sociales, sin dejar de atender al contexto que lo rodea. En este sentido, la carta de Ottawa para la promoción de la Salud de 1986 es un documento en el cual las naciones han expresado de manera clara y contundente cuáles son las pretensiones para un adecuado

trato de la salud en la población.

Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas (O.M.S., 1986, p. 1).

En cuanto a la reorientación de los Servicios Sanitarios la misma carta propone:

La reorientación de los servicios sanitarios exige igualmente que se preste mayor atención a la investigación sanitaria, así como a los cambios en la educación y la formación profesional. Esto necesariamente ha de producir un cambio de actitud y de organización de los servicios sanitarios de forma que giren en torno a las necesidades del individuo como un todo (O.M.S., 1986, p. 4).

En el documento se considera al individuo como un todo, el cual funciona en una red de contactos. En esta dirección, los aportes de Enrique Saforcada y Martín De Lellis son de gran interés; analizan las condiciones de salud de la sociedad y apuntan al compromiso que el estado tiene para con los ciudadanos. Los autores sostienen que las condiciones políticas y económicas de los gobiernos son las que hacen al concepto de salud y al valor que se le otorga en cada estado:

La dinámica política de una comunidad o de una sociedad, depende del desarrollo de ciudadanía alcanzado por sus integrantes, de lo que se puede deducir, desde nuestro punto de vista, que el avance en la construcción de ciudadanía incidirá directamente en las condiciones de salud de los miembros del conglomerado social del que se trate y, por un proceso de retroalimentación, la buena situación de salud, entendida esta como proceso pleno de la vida e instancia de desarrollo humano integral, reforzará su condición de ciudadanos que, al propagarse y profundizarse, irá progresivamente transformando las democracias formales en democracias plenas..... (Saforcada, et al., 2010, p. 144).

En relación a los sistemas de salud y construcción de ciudadanía, es pertinente analizar la opinión de los autores Arias, Ramos y Suárez, en su trabajo de 2009, en cuanto al compromiso que cada sujeto tiene para con su salud. Es importante el comprender y el apropiarse de un lugar como sujeto de derecho, y, desde ese punto, empoderarse de los lugares de participación. Pensar en lo que significa la construcción de ciudadanía implica crecer como sociedad y como sujeto inmerso en ella.

La información ocupa un lugar relevante en la accesibilidad a los servicios, en la medida en que el conocimiento de los recursos con los que se cuenta permite una mejor utilización de estos y una toma de decisión consciente con relación a la salud de cada uno en su cotidianidad. Esto contribuye al ejercicio de asumirse como sujeto de derecho con un rol activo en la defensa de lo que le corresponde. Concebida de esta manera, la información se constituye en una herramienta fundamental para democratizar la salud (Arias, et.al., 2009, p. 134).

En Uruguay, los actores políticos y sociales se propusieron una reforma del estado para

transformar estructuras y prácticas. Dentro de este marco, desde el año 2005, la reforma del sector salud promueve nuevas formas de abordar la atención sanitaria. Propone un nuevo modelo capaz de considerar al ser humano desde un paradigma complejo, que incorpora las ciencias sociales a las ciencias médicas, y estimula el compromiso de todos los actores para su implementación. En nuestro país, la aprobación de la Ley 18.211, en diciembre de 2007, determinó la puesta en práctica del Sistema Nacional Integrado de Salud (S.N.I.S.). Enrique Gallo, en su artículo “El proceso de la reforma de salud en el Uruguay”, habla de sus características.

“La reforma de la Salud en el Uruguay ha sido y viene siendo un proceso en constante perfeccionamiento y como todo proceso siempre estará en revisión y adecuación a los cambios que se presenten” (Gallo, 2015, p.1).

A diez años de la aprobación de la ley, se puede considerar que estamos en medio de su implementación. Los cambios han sido graduales y paulatinos, surge la distinción entre “paciente” y “usuario”. De acuerdo al S.N.I.S. se observan las siguientes definiciones.

El paciente. Este es el vínculo con el sistema sanitario más alejado de la participación, representa la forma más rudimentaria del vínculo entre este “beneficiario” y los actores del sistema. Se comporta como un depositario pasivo de planes y tratamientos, encarnando la concepción del objeto de políticas, que desconoce sus derechos y más aún los mecanismos para hacerlos respetar.

El usuario. Es la otra forma de vincularse individualmente con el sistema, pero en este caso el usuario asume un rol activo. Como “consumidor” de servicios de salud se inquieta por conocer los derechos que posee y trata de utilizar los mecanismos previstos para reclamar por una atención de salud que lo satisfaga (M.S.P. 2011, p.121).

La formación de grado para la licenciatura en Psicología, que propone la Universidad de la República, está en sintonía con lo que defiende el S.N.I.S. respecto a las formas que hoy se consideran para abordar los temas de salud. Las actuales concepciones de salud pretenden entender al ser humano desde una compleja trama de atravesamientos. Dentro de esta trama, el aspecto psico-social ha cobrado indiscutible relevancia dentro de los procesos de salud-enfermedad. La impronta académica de la Facultad de Psicología permite acercarse a teorías de abordaje al sujeto y, además, brinda el acceso, en algunas prácticas, a incursionar en centros de salud, donde se permite un contacto real con la demanda. Esta preparación comienza a proveer una voz disciplinar, para luego poder hacerla oír en una perspectiva interdisciplinar, donde lejos de confrontar miradas se logre una comprensión amplia del sujeto.

Interdisciplina.

“Uno no puede sin embargo avanzar sin considerar que la historia de las ciencias no es solamente la de la constitución y proliferación de disciplinas, sino también la de rupturas de fronteras disciplinarias, de las trabas de un problema de una disciplina sobre otra, de la circulación de conceptos, de la formación de disciplinas híbridas que terminan por volverse autónomas. En fin, es al mismo tiempo la historia de la formación de complejidades donde diferentes disciplinas se agregan y se aglutinan. Dicho de otro modo, si la historia oficial de la ciencia es aquella de la disciplinarietàad, otra historia a la que está ligada e inseparable es la de la “inter-trans-poli-disciplinarietàades.”

Dr. Edgar Morin.

Este trabajo pretende sostener, que sólo es posible pensar la Psicología inscripta en un diálogo interdisciplinar, el cual se nutre en el encuentro del paciente con los diferentes profesionales de la salud y sus opiniones. Porque como sostiene D.Najmanovich (2009) “El conocimiento no es nunca un proceso abstracto-y mucho menos un producto-. Es algo que ocurre en el espacio “entre”: entre un sujeto y otros sujetos, entre el sujeto y si mismo, y en la interacción del sujeto y el mundo.” (Najmanovich, 2009, p.5).

Más allá de la importancia de las distintas opiniones, la voz más valiosa en el proceso es la del paciente. ¿Cuál es su relato? ¿Qué puede contar de aquello que no sabe? ¿Qué vínculos se podrían trazar entre su relato y la manifestación orgánica? Estas preguntas emergen del encuentro entre el terapeuta y el paciente, y logran establecer un panorama integral y más complejo del acto clínico.

Atul Gawande (2012) es cirujano en el Hospital de Boston y profesor de la Facultad de Medicina de la Universidad de Harvard y de la escuela de Salud Pública de Harvard. En sus múltiples libros y conferencias ha expresado lo que significa el trabajo interdisciplinar, no sólo en el campo de la salud, sino también en la vida social del ser humano.

...hacer que los sistemas funcionen es la gran tarea de mi generación. Ya sea en salud, educación, cambio climático o en la lucha contra la pobreza, es la gran tarea de nuestra generación en su totalidad. En cada campo, el conocimiento se ha disparado, pero ha traído la complejidad, ha traído la especialización y hemos llegado a un lugar donde no hay opción, sino reconocer, por más individualistas que queramos ser, que la complejidad requiere éxito grupal (Gawande, 2012).

Esta visión permite reflexionar sobre aspectos de la vida contemporánea e intenta intervenir de manera integral en las problemáticas del ser humano, las cuales son cada vez más complejas y generan nuevos desafíos para aquellos que pretenden

conocerlas y solucionarlas. La disciplina psicológica cuenta con diferentes teorías para dar sustento a este diálogo y poder enriquecer el intercambio. Algunas de ellas serán expuestas en el capítulo siguiente.

CAPITULO III

“No hay método, no hay receta; sólo una larga preparación”

Gilles Deleuze

La idea de Sujeto

Es pertinente lo que aporta Najmanovich (2000) acerca de la idea de sujeto, considerado el objeto central en el desarrollo de las ciencias de la salud.

Desde las perspectivas de la modernidad el Sujeto se presentaba como una sustancia pura, independiente, incorpórea pero interior -a la vez y paradójicamente-, al modo de un carozo que anida en el cuerpo pero que misteriosamente es radicalmente ajeno a él (2000, p.46).

Por lo tanto, en esta “sustancia pura” no había lugar para las interpenetraciones, para el vínculo, para la interacción. Hoy las teorías vigentes son otras, según Najmanovich, la experiencia humana está comenzando a desplegarse, a expandirse, a proliferar, y se basa en la vincularidad y la interacción como premisas fundamentales. Estas características permiten abandonar el concepto de pureza de la subjetividad como un núcleo duro, incontaminado, para comenzar a pensar en términos de experiencias. Se considera la creatividad, la vincularidad, la movilidad y así se logra una nueva y diferente estructura.

Psicoanálisis

La construcción teórica creada por Sigmund Freud, a partir del tratamiento y la investigación con sus pacientes, define la creación del Psicoanálisis. Con esta formulación, se abandona la práctica exclusiva de la catarsis, la cual se realizaba bajo hipnosis y sugestión. Desde la aplicación del método psicoanalítico, Freud fue capaz de construir conceptos fundamentados en su investigación. Estructuró su teoría y dio respuesta desde entonces a padecimientos imposibles de abordar desde otra disciplina.

Llamamos psicoanálisis al trabajo mediante el cual traemos a la conciencia del enfermo lo psíquico reprimido en él. ¿Por qué “análisis”, qué significa fraccionamiento, descomposición, y sugiere una analogía con el trabajo que efectúa el químico en las substancias, que encuentra en la naturaleza y que lleva a su laboratorio? Porque tal analogía es efectivamente fundada, en un importante aspecto. Los síntomas y manifestaciones patológicas del paciente son, como todas sus actividades psíquicas, de naturaleza altamente compuesta: los elementos de esta composición son, en último término, motivaciones, mociones pulsionales. Pero el paciente nada sabe o muy poco, de estas motivaciones elementales” (Laplanche y Pontalis, p. 317).

El inconsciente psicoanalítico

En la teoría psicoanalítica Freud realiza un descubrimiento que cambia la concepción ontológica de lo que se conocía y trabajaba hasta entonces: lo inconsciente. Se analiza lo inmaterial del ser, la conciencia y la preconciencia, incorporando lo inconsciente, como otro estatuto dentro del aparato psíquico. El carácter de este elemento y su capacidad para manifestarse es hasta hoy motivo de investigación para el psicoanálisis.

En el sentido tópico, la palabra inconsciente designa uno de los sistemas definidos por Freud dentro del marco de su primera teoría del aparato psíquico, está constituido por contenidos reprimidos, a los que ha sido rehusado el acceso al sistema preconsciente-consciente por la acción de la represión. (Laplanche y Pontalis, p. 193).

Una de las manifestaciones del inconsciente es el síntoma psíquico. Cuando el síntoma aparece hace del cuerpo su campo de expresión. Las teorías que explican su aparición buscan en el inconsciente la raíz de su existencia; para luego intervenir de acuerdo a los significados que allí se puedan encontrar.

Para la teoría psicoanalítica, el concepto de represión es el proceso por el cual se impide hacer consciente una idea que representa una pulsión². Pero de todas maneras, esta idea, aunque inconsciente, puede tener manifestaciones que logren el grado de consciente. En el amplio espectro de lo inconsciente, lo reprimido es sólo una parte, también puede manifestarse mediante otras formas, actos fallidos, sueños, síntomas psíquicos o lapsus.

El síntoma, como formación de compromiso o transaccional del inconsciente, es una manifestación orgánica para ser admitido en lo consciente. Es el resultado de un conflicto. Al considerarlo producto de un conflicto defensivo, es una formación transaccional, ya que reemplaza los contenidos inconscientes que no podrían ser tramitados como originalmente lo eran. Para poder descubrir las características del síntoma es pertinente describir, aunque sucintamente, lo que Freud postuló en su "*Primera Tópica*" con referencia a la estructura del aparato psíquico. Esta teoría sostiene que los distintos componentes del aparato psíquico tienen distintos tipos de contenidos. Uno de estos componentes es el llamado "inconsciente", sus contenidos no están presentes en el campo actual de la conciencia, y es habitado por representantes de pulsiones, como por ejemplo, deseos infantiles; está regido por una energía pulsional y por mecanismos específicos del proceso primario, lo contenido se asimila a lo reprimido.

² La pulsión es, definida por Freud, como "un concepto fronterizo entre lo anímico y lo somático, como un representante psíquico de los estímulos que provienen del interior del cuerpo y alcanzan el alma". (Freud, 1915, p. 117).

La represión es la maniobra mediante la cual el individuo intenta mantener en el inconsciente elementos ligados a una pulsión. El esfuerzo por sostener esta represión se justifica en el elevado costo que supondría satisfacer esa pulsión, la cual es un proceso dinámico que hace o predispone al cuerpo a una necesidad de actuar hacia un fin. Según la teoría de Freud, hay en el cuerpo humano un nivel de tensión fluctuante, el fin de la pulsión que habita esos cuerpos es suprimir esa tensión. Mediante la elección de un objeto que sirva de canal esta pulsión se proyecta a su fin. Esta dinámica se sostiene porque, según la teoría, el aparato psíquico busca permanentemente lograr el menor nivel de tensión o de energía en la organización interna del sujeto.

Freud en su teoría descubre lo que él denomina “resistencia”, la describe como un obstáculo que impide el acceso a los contenidos del inconsciente, donde se encuentran los elementos para aclarar los síntomas, a partir de los cuales es viable progresar en la cura psicoanalítica. El síntoma para la teoría Psicoanalítica es entendido como signo de un proceso patológico, se reconoce como sustituto de una expectativa de satisfacción de una pulsión, el resultado de un proceso de represión. Estas representaciones de lo inconsciente se hallan deformadas, y pueden resultar irreconocibles. La aparición del síntoma aporta una “satisfacción” que reemplaza al deseo inconsciente y sigue ciertas líneas asociativas.

En nuestro modelo de atención a la salud, el cual es básicamente médico-hegemónico, se pretende silenciar el síntoma somático. Este síntoma aparece como un problema que se busca solucionar a través de mecanismos urgentes, expresión de ello es el abuso de medicación que se observa en la población, y que se registra desde edades tempranas.

Herramientas de la disciplina psicológica del uso en la clínica.

A continuación se expondrán teorías que abordan la problemática del síntoma somático. La relación del sujeto con el síntoma es el punto de partida del trabajo que se despliega en la clínica. El sujeto dispone de los recursos que le suministra el psicólogo, al sentirse cuestionado ante los acontecimientos. El paciente pretende desentrañar el enigma en el trabajo terapéutico, busca hallar una explicación que solo él conoce, y que luego será parte integral de su recuperación. Asimismo, si pensamos que todo material inconsciente surge sin la anuencia del sujeto y posee un componente simbólico, lo que se debe será un elemento que aporte al conocimiento subjetivo.

Los sujetos que sufren por una afección se sienten vulnerados, muchas veces están enfrentando una situación que afecta toda su historia. La psicología propone formas de humanización para acompañar el tránsito del paciente. Se busca integrar lo que su cuerpo dice

para su mejor evolución. Desde las diversas ramas del conocimiento existen modelos que plantean un tratamiento en forma integral, así como también se incluyen aspectos socio-ambientales del individuo. Ejemplos de este modelo se pueden ver en la “Teoría del Apego”, de Cyrulnik, en el “Abordaje en los Cuidados Paliativos”, de la reforma Sanitaria, y en otros tantos autores e investigaciones de referencia. Parece innegable la vigencia del paradigma de la complejidad, sin embargo, las discusiones científicas y filosóficas sobre este tópico siguen presentes.

Desde la segunda mitad del siglo XX, las neurociencias han logrado avances sorprendentes en la comprensión del funcionamiento del cerebro. Un exponente de la nueva ciencia, Caparrós, dice lo siguiente:

La mente es una propiedad emergente del cerebro... Formulado sucintamente en los términos de la teoría de la complejidad el nivel de integración psíquico y con este el aparato psíquico, es un producto emergente de los niveles biológico y social. El cerebro y la mente poseen idéntico estatuto de realidad, pero pertenecen a diferentes niveles de complejidad. Como Solms indica (2002) ...la mente desde este punto de vista, es el producto de un nivel de organización superior de las neuronas, de la misma manera que el agua representa una organización más compleja que los átomos que la constituyen (Caparrós, 2008, p. 66).

Psicosomática Psicoanalítica.

Para abordar la teoría Psicosomática Psicoanalítica se tomarán los aportes de Korovsky (2008), quien establece que esta disciplina pretende encontrar un camino para tratar la medicina de forma integral. Su objetivo es comprender al hombre que sufre como unidad “biopsicosocial”. Se incluyen en la clínica cotidiana los postulados Psicoanalíticos.

...lo psíquico no es la causa sino el sentido inconsciente, que se expresa a nuestra percepción consciente como síntoma somático. Por consiguiente, no es que lo psíquico se transforme en somático o viceversa, sino que lo somático y lo psíquico son dos maneras de ver un mismo proceso (Korovsky, 2008, pág.31).

El autor concibe a la enfermedad como un acontecimiento pleno de sentido, que forma parte de la historia y de la situación vital del sujeto:

El cuerpo biológico, en tanto cuerpo que estudian los biólogos y fisiólogos, es una abstracción, tanto como lo puede ser el psiquismo que estudian los psicólogos. El anatomista o el fisiólogo, al investigar un órgano o una función, están haciendo una escisión de un todo complejo que es el ser humano vivo. En otras palabras: para poder comprender algo, en este caso al ser humano, la ciencia ha seguido un método analítico, separando en partes. Entonces estudiamos la forma del cuerpo y de los órganos mediante la anatomía y la histología, su composición con la química, el funcionamiento a través de la fisiología, el psiquismo y la conducta mediante la psicología, los

vínculos con la sociología. También estudiamos la historia natural de las enfermedades mediante la patología, como si las enfermedades existieran por sí mismas. Este es un viejo axioma médico muchas veces olvidado. Y a veces nos olvidamos también de volver a juntar las partes para entender el todo. El todo del ser humano es mucho más que un sistema biofísico o bioquímico especialmente complicado (Korovsky,2008, p. 36).

En cuanto a la idea de cuál es el objeto y propósito de esta disciplina, el aporte de Russo (2009) es contundente.

Entendemos la Psicopatología como una disciplina que, en ese intento de unificar, lo que en realidad nunca estuvo separado, presenta un modelo holístico del hombre, donde lo sano o lo enfermo son manifestaciones de lo uno y de lo único. No hay dos aspectos, dos registros o dos instancias, sólo hay un ser que se expresa y conocemos a través de lo que manifiesta y del sentido que tiene para él esa manifestación (Russo,2009 p. 47).

La base de la Psicopatología Psicoanalítica se encuentra en los postulados freudianos, sin embargo, esta incorpora a la práctica clínica el tratamiento del cuerpo. Si bien no es una nueva orientación psicoterapéutica, toma del psicoanálisis de Freud, y sus seguidores, postulados que permiten la aplicación de estas técnicas a pacientes donde la expresión somática es forma de comunicación.

De acuerdo a lo que plantea Korovsky, en su trabajo antes citado, el terapeuta aporta representaciones verbales de las que el paciente carece, y encuentra en su cuerpo la forma de expresarlas. Esto se consigue mediante el vínculo de transferencia-contratransferencia, el cual logra procesar el conflicto. La capacidad expresiva de la enfermedad se debilita al poder simbolizarla.

Para ilustrar el proceso psicológico del sujeto que enferma, el aporte que brinda Luis Chiozza, al introducir el concepto de "Fantasía específica", es muy esclarecedor. Sostiene que es el producto y a su vez el instrumento de la investigación psicopatológica. De acuerdo a esta teoría, el mecanismo de conversión simbolizante elige un órgano del cuerpo humano, a través del cual será capaz de simbolizar una fantasía del inconsciente. A este procedimiento se le denomina "lenguaje corporal inconsciente". Todo órgano que interviene de manera predominante en un proceso, se arroga la representación global de ese proceso. Lo psíquico inconsciente se puede atribuir a las formas biológicas simples. En el lenguaje corporal inconsciente se encuentra, de manera implícita, una conversión simbolizante. Toda estructura o proceso corporal constituye una fuente somática de un impulso cualitativamente diferenciado, este impulso es una fantasía inconsciente específica con respecto a esa estructura o proceso. La estructura o proceso corporal y la fantasía inconsciente específica de este proceso son una y la misma cosa.

Psiconeuroinmunoendocrinología.

La Sociedad Uruguaya de Psiconeuroinmunoendocrinología (P.N.I.E.) tiene sus orígenes en el año 2002. Nace como el resultado de años de investigación y trabajo. Sus miembros tienen en cuenta los siguientes postulados:

“...la intermodulación factorial y la multicausalidad, adhiriendo a lo que constituirá un constructivismo moderado como marco de comprensión de los fenómenos” (Dubourdieu, 2008,p. 21).

Esta teoría se basa en un enfoque multidisciplinario de la medicina, que permite un tratamiento integral del paciente. Considera al ser humano como un sistema abierto, en interacción permanente con su entorno afectivo y sociocultural. Estima que al ocurrir ciertas modificaciones en el organismo, ya sea en el sistema nervioso, en el estado anímico o en el funcionamiento cognitivo, se tendrá una repercusión, por ejemplo, en el sistema inmune. En este intercambio se generan transformaciones, se hacen necesarios algunos ajustes para recuperar el equilibrio alterado; es por eso que esta teoría propone los conceptos de “*equilibrios dinámicos*” o de “*procesos de homeostasis*”, para recuperar el equilibrio perdido.

El marco epistemológico y conceptual de esta teoría se haya comprendido en el universo compuesto por el Paradigma de la complejidad, la Teoría general de los sistemas, la Teoría del caos y la Teoría del stress. En base a estos paradigmas se define el abordaje del sujeto, se registra un cambio significativo en su atención clínica; se integra psique-soma-entorno. A su vez, se posibilita un cambio en el diagnóstico, el tratamiento, la prevención y la investigación.

Estos enfoques enriquecen la comprensión que el profesional de la salud tiene acerca del ser humano. Pretende unir las partes del todo, conduce a un tratamiento que contempla la singularidad del individuo y es capaz de tolerar la concomitancia de contradicciones.

La Psiconeuroinmunoendocrinología se desenvuelve en dos frentes terapéuticos: la Medicina y la Psicoterapia Integrativa. A través de años de investigación, los profesionales de la salud que lo han desarrollado, observaron que con el padecimiento físico del paciente se constataba un registro diferente a nivel psicológico. Se observó también que con el padecimiento se afecta el vínculo del paciente con su entorno.

Conforme a Dubourdieu (2008), existen cinco dimensiones que dan cuenta de la multidimensionalidad del ser humano.

La primera de ellas es la “Dimensión Biológica”, la cual se nutre de los aportes de la biología y de diferentes disciplinas médicas. Se observan los comportamientos alimenticios, el

sueño, el ejercicio físico y las actividades en pro de la armonía mente-cuerpo. Como ejemplo de esto, se comprobó que las rutinas activas de la vida contemporánea tienen repercusión directa en la falta de sueño, lo que afecta a la red psiconeuroinmunoendócrina. Las otras variables comportamentales también desajustadas tienen implicaciones sobre esta red.

En segundo término se encuentra la “Dimensión Cognitiva”, considera lo referido a las creencias y pensamientos. Esta dimensión es vital a la hora de diagnosticar una patología, y reafirma la importancia de no establecer sentencias categóricas en el diagnóstico. Recomienda el especial cuidado en el trato con los pacientes, sugiere mantener expectativas positivas. Se establece que las capacidades subjetivas del paciente serán aquellas que evidencien el procesamiento de la información.

En tercer lugar se observa la “Dimensión Psicoemocional-vincular”, que considera los aspectos relacionados a las experiencias tempranas y primeros vínculos, los cuales son generadores de una vulnerabilidad posterior. A su vez, se analizan características del funcionamiento psíquico, mecanismos de defensa, entre otros. En esta dimensión cobra una importancia relevante lo que refiere al aspecto vincular del sujeto. Se estudia el establecimiento de las relaciones interpersonales; considera, dentro de las prácticas, entrevistar al entorno del paciente, a fin de comprender sus necesidades.

La cuarta dimensión es la “Dimensión Socioecológica”. Aquí se consideran todos los grados de exposición del paciente a determinados estímulos sensoriales: visuales, auditivos, olfativos, gustativos y táctiles. De acuerdo al grado de exposición del sujeto a los elementos, todos estos factores tienen la capacidad de provocar bienestar o volverse insalubres.

La última y quinta dimensión es la “Dimensión Trascendental”. La logoterapia de acuerdo al modelo de Carl Jung y la filosofía oriental son aportes relevantes a la concepción integrativa, promovida por la Psiconeuroinmunoendocrinología. Ante una problemática relacionada a la salud o un diagnóstico clínico adverso pueden surgir ciertos cuestionamientos existenciales. Estos cuestionamientos que lleva a cabo el paciente son factibles de desorganizar al sujeto, se considera que ciertos valores humanos o el propio sentido de la vida podrían ser vías de desorganización de la unidad psique-soma.

La P.N.I.E. promueve ciertos postulados a tener en cuenta en la práctica clínica:

- La comprobación científica en cuanto a la existencia de receptores en las células del sistema inmune, nervioso y endócrino.
- El sujeto, considerado como unidad psicosomática.
- Los sistemas del individuo, comunicados entre sí.

- Los factores socioculturales, ecológicos, humanos, ambientales, altamente condicionantes.
- Los factores genéticos, los acontecimientos vividos por el sujeto, las expectativas y sentido de vida, variables estas que configuran a un individuo único e irrepetible.
- La intermodulación de los factores que atañen a la salud o la enfermedad, deslindando de la práctica a la psicogénesis u organogénesis.
- El ser psicosomático, propio de la condición humana.

Consideraciones finales.

“La complejidad se trata de dejar la seguridad de los territorios fijos para pasar a movernos siguiendo las olas de flujos cambiantes. No sólo tenemos que ser capaces de inventar nuevas cartografías, nuevos paradigmas, sino también de ir más allá, de construir formas diversas de cartografiar es decir: nuevas figuras del pensar. La complejidad no debe limitarse a los productos del conocimiento sino avanzar hacia los procesos de producción de sentido y experiencia.”
Denise Najmanovich

Durante la elaboración de este trabajo, se fueron filtrando conceptos recibidos durante toda la carrera académica. Estos conceptos tienen que ver con un amplio abanico de temas que hacen a la disciplina psicológica, dispuestos para pensar la realidad y el sujeto desde la complejidad, sin olvidar la intención de promover espíritus críticos, curiosos y constructivos.

Para lograr este cometido se buscó dar amplitud al abordaje de los temas, por considerar que para todos, el momento y el lugar que nos toca habitar es determinante. Es por eso que se consideró necesario un recorrido muy amplio desde los paradigmas y la historia. Seguramente esta mirada fue construida a partir de la selección y la aproximación a seminarios específicos que despertaron mayor interés.

Durante el desarrollo de este trabajo se tuvo presente la orientación dada por los profesores al sugerir autores, temas y formas de apropiarse de los conceptos propuestos. En este sentido, y haciendo uso de un concepto apropiado en la formación, se ha tratado de “historizar” el constructo salud ya que es imprescindible para comprender su magnitud y alcance. Es necesario tomar contacto con el sustrato que permitió las primeras elaboraciones de este concepto y poder acercarnos también a los contextos sociales que les han dado sentido. El recorrido por las concepciones de salud, contextualiza las teorías y a su vez da idea de las diferentes concepciones sobre el sujeto que se plantean en cada momento histórico o paradigma de ciencia imperante.

En la primera parte del texto se pretendió organizar las bases epistemológicas para luego, en el desarrollo de los siguientes capítulos pensar en lo que acontece a nivel nacional, en cuanto a cómo se establecen las pautas para lograr la atención a la salud, y por último nombrar los recursos propios de la práctica psicológica en la clínica, objetivo próximo.

El encuentro en la clínica es un acto único, íntimo, pero que sin embargo, esta ineludiblemente atravesado por los aspectos anteriores del recorrido, y es a su vez donde convergen todos los enfoques teóricos.

Este momento es de privilegio y de desafío, en plena reforma de la salud, la disciplina ha sido llamada a formar parte en mas ámbitos de los que antes registraba. Si bien es incipiente la participación, merece análisis y amerita ajustes que se deberán ir promoviendo, aún así es un logro.

Es un logro para los profesionales, pero también es un camino de inclusión, de democratización del conocimiento y de los beneficios que tiene el abordaje integral de los individuos. Se espera que estas reflexiones y otras que vendrán en este tema, colaboren a posicionar la disciplina psicológica en un marco de mayor destaque y responsabilidad junto a las demás disciplinas de la salud.

Conviene advertir, en este punto, la incorporación de otro concepto también muy trabajado en la formación académica: la interdisciplina. El diálogo interdisciplinario surge en la experiencia social, condicionado por el marco institucional, por las relaciones de poder y los límites preestablecidos. Habrá que estar dispuestos a tomar esos espacios de diálogo para trabajarlos, empoderarse y trascender fronteras. Las palabras de A. Stolkiner (2012) son muy gráficas para precisar la intención del término: “La interdisciplina supone el reconocimiento de la incompletitud de todo saber disciplinar, de su parcialidad, y, a la vez, introduce la cuestión de lo contingente del saber”.

En el tramo final del trabajo el tema fue el Psicoanálisis, marco referencial para hablar del síntoma, y luego algunas herramientas propias de la clínica, la Psicósomática Psicoanalítica y el Modelo Psiconeuroinmunoendocrinología, ya que representan formas de abordar el sufrimiento humano considerando al ser en su integralidad, sin escindir psique-soma, y que representan la clínica en la que se piensa desde este trabajo.

Luego de tantas escisiones, de tantas polaridades, reunir, agrupar, integrar se hace necesario. Este es el gran desafío de las teorías psicológicas que se tomaron de referencia para el desarrollo de este trabajo. Buscar en las formas de expresión del sujeto la explicación de su sufrimiento, expresiones que logra mediante el cuerpo, la palabra, lo dicho o lo silenciado, todas estas y más son las formas de expresión del sujeto que busca manifestarse. Estar atentos a ellas, poder simbolizar estas expresiones es campo de la psicología y sus teorías. No obstante, estas dos vertientes citadas, son solo ejemplos posibles con los que trabajar, la idea es mantener la permeabilidad y habilitar otras herramientas para trabajar con la singularidad de lo humano.

Con este trabajo se pretende contruibuir a mantener un pensamiento y una postura abiertas, una mirada crítica y auto-crítica que no naturalice herencias como entidades estancas y que se permita el devenir y la novedad. Que las nuevas teorías y los nuevos avances en la investiga-

ción y desarrollo de conocimiento sean siempre de interés para seguir integrando al pensar lo humano desde la empatía y con una postura ética.

Referencias bibliográficas

- Amorín, D. (2008) *Apuntes para una posible Psicología Evolutiva*. Montevideo: Psicolibros.
- Arias, M., Ramos, F., Suárez, Z. (2009). *La accesibilidad en tiempos de Reforma*. En *Accesibilidad y Participación Ciudadana en el Sistema de Salud*. Montevideo: Fin de Siglo.
- Bertalanffy, L. (1989). *Teoría General de los Sistemas. Fundamentos, desarrollo, aplicaciones*. México D.F.: Fondo de la cultura económica.
- Caparros, N. (2008). *El proceso psicosomático. El ser humano en el paradigma de la complejidad*. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva S.L.
- Capra, F. (1998). *El punto crucial. Ciencia, sociedad y cultura nacientes*. Buenos Aires: Editorial Troquel S.A.
- Chiozza, L. (2008). *Las fantasías específicas en la investigación psicoanalítica de la relación psique-soma. Obras completas. Medicina y Psicoanálisis*. Buenos Aires: Libros del Zorzal.
- Cyrulnik, B. (2007). *De cuerpo y alma*. Barcelona: Editorial Gedisa S.A.
- De Lellis, M., Saforcada, E., y Mozobancyk, S. (2010). *Construcción de ciudadanía y salud: las racionalidades concurrentes al trabajar para y con las comunidades*. En *Psicología y salud pública*. (pp. 129-147). Buenos Aires: Paidós
- Dubourdieu, M. (2014). *Psicoterapia Integrativa PNIE*. Montevideo: Psicolibros-Waslala.
- Equipo docente de Introducción a las Teorías Psicológicas Corrientes Teórico Técnicas. (2009). *Perspectivas Psicológicas en Salud*. Montevideo: Psicolibros
- Freud, S. (1905/2000) *Tres ensayos de teoría sexual*. En *Obras completas*, Tomo VII. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1924) *Pulsiones y destinos de pulsión*. En *Obras Completas*, Tomo XIV. Buenos

Aires: Amorrortu Editores.

- Gallo, L.E. (2015, Enero-Junio). *El proceso de la reforma de la salud en Uruguay: Pasado, Presente, Futuro. Monitor Estratégico*, 7 Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/SSA/proceso-reforma-salud-uruguay.pdf>
- Gawande, A. (2012, febrero) *¿Cómo curamos a la medicina?* Conferencia TED. Recuperado de: https://www.ted.com/talks/atul_gawande_how_do_we_heal_medicine?language=es
- González Pérez, Ubaldo. (2002). El concepto de calidad de vida y la evolución de los paradigmas de las ciencias de la salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 28(2), 157-175. Recuperado en 20 de abril de 2017, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662002000200006&lng=es&tlng=es.
- Korovsky, E. (1990) *Psicosomática Psicoanalítica*. Montevideo: Editorial Roca Viva.
- Korovsky, E. (2008) *Desde el corazón del psicoanálisis*. Montevideo: Ediciones de la casa.
- Laplanche, J., Pontalis, J. (2013). *Diccionario de Psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Menéndez E. L. *Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud*. 1988 30 de abril al 7 de mayo. Buenos Aires. 1988 Pág. 451- 464. PONENCIA: Licenciado Eduardo L. Menéndez. Maestro en Salud Pública. Licenciado en Ciencias Antropológicas, Profesor e Investigador del Centro de Investigación y Estudios Superiores en Antropología Social (CESAS): México.
- Morin, E. (1998) *Articular les Savoirs*. Buenos Aires: Ediciones Universidad del Salvador.
- Moscovici, S. (1979) *El Psicoanálisis, su imagen y su público*. Buenos Aires: Editorial Huemul S.A.
- Najmanovich, D. (2005) *El juego de los vínculos*. Biblos: Buenos Aires.
- Najmanovich, D. (2009) Interdisciplina. Artes y riesgos del Arte dialógico. *Tramas. Revista de la Asociación Uruguaya de las Configuraciones vinculares*.

- Najmanovich, D. (2000). *Pensar la subjetividad. Complejidad, vínculos y emergencia*. Campo grupal.
- Najmanovich, D. (2008) *Mirar con nuevos ojos*. Buenos Aires: Biblos.
- Organización Mundial de la Salud (1986). *La carta de Ottawa para la promoción de salud*. Primera Conferencia. Ottawa.
- Organización Mundial de la Salud.(2008) *Informe sobre la salud en el mundo 2008*. Recuperado de http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf
- Parafita, D. (2010). *Recorrido Histórico sobre las concepciones de Salud y Enfermedad*. Área de Salud, curso Niveles de Atención en Salud. Facultad de Psicología. Ficha temática. Recuperado de http://www.psico.edu.uy/sites/default/files/cursos/nas_ficharecorridohistoricodelasconcepcionesdeSE1.pdf
- Stolkner, A. (2012). Derribando Barreras. En Dialogo. Revista de Extensión Universitaria. Nro.12/Año 4.: Montevideo
- Tato, G. (1999) *Cuando el cuerpo habla*. Montevideo: Trilce.
- Uruguay. Ministerio de Salud Publica.(2011) *Transformar el futuro. Metas Cumplidas Y Desafíos Renovados En El Sistema Nacional Integrado De Salud*. http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/MSP_libro_reforma%20%282%29.pdf
- Uruguay. Poder Legislativo (2007). Ley n° 18.211. *Sistema Nacional Integrado de Salud*. Recuperado de: <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoley.aps?Ley=18211&Anchor=>