

Apêndice

CIÊNCIA E DEUS NO MUNDO ATUAL
Simpósio transdisciplinar do Cone Sul
21-23 de maio de 1998 – Pelotas - RS

INTERDISCIPLINA Y EL CAMINO DE LA CURACION

*Norma Susana Sanfeliz**

1 - Concepto de Transdisciplina

Convencidos de la necesidad de implementar otro modelo de abordaje clínico de los pacientes con Asma Bronquial, pusimos en marcha un Programa de Prevención y Tratamiento en un Hospital Público, cuyo eje fundamental fue la constitución de un Equipo Interdisciplinario de especialistas del campo de las Ciencias Sociales y Naturales. Aclaro en este sentido, que el concepto ideológico de funcionamiento interdisciplinario está basado en la existencia de un proceso de diálogo constructor de ideas entre las disciplinas, cuyo devenir se va complejizando y enriqueciendo, determinante de un espacio nuevo, sin límites preciso, constituido por el contenido de las articulaciones interdisciplinarias referidas a los infinitos posibles aspectos a tratar en el proceso de enfermar y sanar de un ser humano. Este proceso hacia el infinito, que implica la eliminación de las sólidas barreras de comunicación establecidas desde hace tiempo entre las ciencias, no significa la pérdida de la especialización ni el contenido de la información específica que cada uno desarrollamos respecto a la parcialidad que abordamos en nuestras especialidades. Nos hace permeables a ser sujeto de modificación en nuestros conocimientos, tanto teóricos como técnicos; desarrollando una sensibilización para transmitir al otro nuestra información específica, en un lenguaje que pueda metaforizar los conocimientos en un lenguaje más universal al cual se tenga acceso desde puertas con códigos verbales pertenecientes a otra especialidad. En este proceso, cuyo desarrollo expresivo-receptivo comparte los elementos del acto creador de una obra de arte (cuyo contenido se completa cuando el observador la percibe y construye en sí mismo), se basa el mecanismo de intercambio de conocimientos que hace de la interdisciplina un proceso generador de nuevos conocimientos en el sujeto, sintetizándolo como transdisciplinario, en el sentido en que se crea un espacio integrado por varias disciplinas, reunidas en un grupo de especialistas cuyas ideas conforman el espacio interno de cada uno, lugar desde el cual desempeña su accionar terapéutico, dirigiéndose a un supuesto lugar similar en el paciente, el lugar de la totalidad, la articulación de lo bio-sico-sociocultural, que no es la suma de todos los aspectos, sino “la persona” en movimiento, como sistema complejo en evolución, y perteneciente a un entramado familiar y social, del cual también formamos parte como equipo de salud. Tratando de recorrer este camino transdisciplinario, aparecieron los obstáculos emergentes tanto en los pacientes como en el equipo de salud. Al analizarlos surgen como exponentes de algunas características de la sociedad actual que trascienden el marco científico para reflejarse en la cultura, profundamente relacionados, además, con cierta pérdida de los significados profundos de la vida.

* Médica Neumonóloga del Hospital J.M. Ramos Mejía. Buenos Aires, Argentina.

2 - Contexto histórico social

Hacer referencia someramente al contexto histórico y científico donde llevamos a cabo nuestra experiencia médica, me parece fundamental no sólo porque las barreras aparecieron relacionadas con estos aspectos, sino porque el análisis de los mismos muestra una necesidad imperativa de abordar el conocimiento de la persona-paciente desde un lugar totalmente diferente al que venimos empleando hegemónicamente. La transdisciplina sería uno de los caminos para apoyar este cambio paradigmático de las ciencias de la salud.

Estamos viviendo una época de transición, donde todo se desarrolla con mucha rapidez, donde se fabrican ordenadores cada vez más veloces que permiten la creación de otros más rápidos, donde se percibe el deseo de llegar a la creación de la “máquina pensante”, proceso que sea o no posible, solo expresa el deseo de terminar de reducir a partes la compleja actividad de un ser humano, tal vez con la angustia por terminar de explicarnos todo y el simultáneo deseo de dominarlo. En esta evolución de cambios rápidos, la ciencia tiene mucho que ver, sobre todo en cuanto a su aplicación al desarrollo de tecnologías que están hoy día más cerca de “Dios” que de la herramienta. Hoy tiene más importancia la calidad de los “efectos especiales” que el contenido de la comunicación. Esta sobrevaloración de la máquina por sobre el hombre, está dejando vacío de contenidos humanos al arte, las ciencias y al propio ser humano que se siente perdido, asombrado, detenido, incapacitado para pensar en el futuro, ya que los cambios son tan rápidos, que sabemos que mañana habrá nuevos descubrimientos, a lo que se agrega la consecuente desvalorización del “tiempo” como factor necesario para gestar los procesos para la obtención de resultados, y por otra parte, la pérdida de un sentido en el transcurrir de la vida, y la pérdida de libertad para la elección de objetivos, válidos tanto en salud como en enfermedad.

Si a esta situación de incertidumbre, donde se ven desfilar diariamente nuevas tecnologías, se agrega la realidad de exclusión de millones de personas respecto de la posibilidad de obtenerlas, pienso que la sensación de aislamiento humano aumenta, disminuyendo aquello que nos hace realmente sanos y humanos: la creatividad, la adaptabilidad, la inmersión en el protagonismo de la cultura, la interacción con los demás.

Participantes de este cuadro general, vivimos nuestra particularidad de país con secuelas muy vivas de otra incertidumbre profunda y abarcativa: la posibilidad de la muerte o la condena, por la probabilidad de ser culpables de “algo”, sobre lo que a su vez el juicio es arbitrario. No hay una ética que dé cuenta del “bien y del mal”, en cuanto pautas de derechos sociales. La posibilidad de desaparecer como personas, y no poder completar la historia con una muerte visible y “vivable” integra otro elemento más de nuestra historia que refuerza la desaparición “metafórica” del ser humano en la sociedad.

La incorporación de la muerte como elemento contenido en tantas situaciones cotidianas, a través de juegos, manifestaciones televisivas, fílmicas, y a través de la opresión persistente que ocasiona la situación económica en nuestros países, produce un redimensionamiento del valor de la enfermedad en nuestra sociedad. Lo que nos hace verdaderamente humanos, que es la posibilidad de pensar el espacio contenido entre nuestro nacimiento y muerte, la conciencia de la existencia de un futuro, hacia el cual proyectamos deseos e ilusiones, construyendo un camino de nuestra vida con un sentido particular y único, se ve obturado por la incertidumbre sobre el mañana, llevándonos a la vivencia del presente permanente, no como elección sino por inevitabilidad y resignación. En este marco,

enfermarse también es una vivencia instantánea, que se sufre como una interrupción de nuestra producción, carente de relaciones con nuestro ser y nuestra participación en la génesis de la enfermedad.

Al mismo tiempo, esa pérdida del sentido de la muerte, por un casi acostumbramiento, sumada a la existencia de modelos de salud alterados, más asociados con la “imagen” vendida de lo saludable que con el bienestar, también hace sentir la enfermedad más como una pérdida del “precio” de la persona que como una característica de los seres vivos en su relación con el medio. La resolución pragmática de las situaciones se ha impuesto como objetivo, ocultando la ideología, el sentido histórico de los programas de gobierno; tal como en lo individual, las conveniencias coyunturales se imponen a las decisiones referidas a la búsqueda de aquello que es el hilo conductor de nuestras vidas y que probablemente nunca el hombre podrá determinar dónde reside “orgánicamente” (afortunadamente).

3 - Evolucion del modelo científico en las ciencias de la salud

En este contexto socio-cultural, somos privilegiados en ser protagonistas del cambio en los modelos científicos que se inició en las últimas décadas, donde entraron en crisis conocimientos y certezas que se creían definitivas. Los replanteos provenientes de las ciencias físico-matemáticas inicialmente, por un lado y los debates de las ciencias sociales, han determinado que surjan sus correlatos en las ciencias de la salud. Estos cambios se alimentan también de la sensación de fracaso que comienza a atravesar el ejercicio de la praxis médico-psicológica, sobre todo en el tratamiento de enfermedades crónicas, como el Asma Bronquial. Para la medicina, todavía la definición del Asma es: “una obstrucción reversible del flujo aéreo, condicionada por un proceso inflamatorio emergente de una situación de hiperreactividad bronquial”. Esta definición, francamente derivada de una concepción cartesiana del hombre, tiene vigencia plena de por sí y en todas sus consecuencias. Pertenece al modelo científico que persigue certezas anatómicas y moleculares, con una ilusión de objetividad en el diagnóstico que vemos diluirse cotidianamente en nuestra práctica médica.

Esta concepción mecanicista de la enfermedad ha determinado durante mucho tiempo que el tratamiento fuera hegemonizado por la farmacología, situación francamente reduccionista en cuanto el hombre es muchísimo más que ese cuerpo orgánico que proyecta el médico en su accionar, agravado por tratarse generalmente de un cuerpo muerto en nuestra imaginación, en el sentido que es una fotografía instantánea que no tiene en cuenta el tiempo implicado en la génesis de la enfermedad. Vemos aquí la confluencia del mismo elemento (la instantaneidad de la situación de enfermar) por parte de paciente y médico. Tiempo que lleva la conformación de una red de elementos genéticos sobre los que actúan condicionantes psicológicos, ambientales, familiares, de los medios de comunicación, del sistema de salud al cual tiene acceso el paciente, etc. Proceso a su vez generador de ideas y mitos en la persona que también actuarán dando forma y contenido a la aparición de la Enfermedad.

4 - El conflicto en la enfermedad asmática

Esta enfermedad que tiene la particularidad de aparecer misteriosamente oculta (no hay lesión visible), de aparición sorpresiva (genera incertidumbre), con un síntoma cercano a la muerte, y con la posibilidad real de morir en una crisis, pero sin poder preverlo. Enfermedad que termina en su forma crónica, condicionando una vida entre paréntesis (entre crisis y crisis), enmarcada por el miedo a que aparezca condicionando la actividad física, los proyectos laborales, la actividad sexual, los afectos, etc.

Donde también se pierde la persona en toda su humanidad, quedando identificada a la enfermedad (el paciente es asmático, en vez de “padece” asma). Agregándose a estos condicionamientos, el miedo a usar o depender de los aerosoles. Atrapado entre la negación de la enfermedad (en la intercrisis) y la sensación de incurabilidad en las crisis. Encarcelado.

Del otro lado, los profesionales de la salud: eludiendo permanentemente el diagnóstico, porque cuando tenemos un diagnóstico, tenemos que tener “el” tratamiento, poniéndole nombres sustitutivos que el paciente no entiende (...y mejor no averigua más, porque podría enterarse que es asma). Y, nombrarla puede “producirla”, como antes la Tuberculosis y aún hoy la Epilepsia. La palabra contiene en sí toda la historia del penoso camino de los pacientes antes de la aparición de medicamentos que, desde el punto de vista sintomático, han resultado un éxito en el mejoramiento de la calidad de vida. Siendo partícipes de este cambio de paradigma en la concepción del hombre sano y enfermo, nos encontramos muchas veces también atrapados entre la necesidad de objetivar la enfermedad con estudios y tecnología moderna, la desesperación porque el paciente no tiene acceso económico a los medicamentos más efectivos, y la conciencia de que algo se nos escapa de las manos. Algo que todavía no está en los libros.

Ese algo que se nos escapa es la visión del enfermo de Asma como una integridad témporo-espacial, donde los procesos psicológicos, culturales, económicos, etc. tengan tanto peso como los datos biológicos, en el momento de hacer el diagnóstico.

Incorporar el contexto a la situación bronquial, e incorporar el tiempo, como necesario para recorrer el camino hacia la curación de la persona. Estos pacientes (y todos), con su multifactorialidad etiológica, necesitan desandar el camino que los llevó a enfermar, para construir simultáneamente el camino hacia la curación. El lugar de la cura es ese espacio de lo interdisciplinario del terapeuta, en su correlato en el paciente. Menciono deliberadamente el objetivo de la curación ya que ésta es posible, si la pensamos como una modificación integral de la situación vital del paciente. Tal vez persista la hiperreactividad genética, pero si aparece el significado de la enfermedad en esa historia de vida, entonces es posible la cura. Tal significado debe ser recuperado conjuntamente por el paciente y el médico o equipo de salud, en el marco de un acercamiento a la particularidad del sentido de la vida.

Comprendo que ésta es obviamente una tarea difícil. Para los pacientes y para los que asistimos en salud. El contexto histórico-social que mencioné, precisamente está determinando las condiciones más adversas para implementar estos cambios. Pero al mismo tiempo, considero que es la salida posible a esta situación incierta donde se manifiestan ya rupturas del modelo bio-médico y se empiezan a conformar alianzas entre las ciencias naturales y sociales que tienden a recuperar la Filosofía como integradora de un nuevo modelo científico y a integrar las opciones alternativas como una herramienta para el propio conocimiento. Ya ha quedado claro que la especialización, si bien necesaria, es importante cuando el saber específico está integrado a la síntesis de todos los conocimientos, y éste en cuanto la síntesis

trate de dar respuesta a los interrogantes sobre la vida, y no sólo la vida “biológica”, sino en el sentido más idealista de su acepción, que es donde se debe situar la noción de salud. La interdisciplina, en el sentido descripto, sería entonces un modelo de trabajo que se constituiría en sí en una metodología para el cambio paradigmático, determinando en concreto:

- 1) Una lectura diferente del hombre enfermo, que implicaría una repercusión sobre los diferentes aspectos de las enfermedades: etiología, patogenia, diagnóstico, tratamiento, etc.
- 2) Recuperación del proyecto de cura.
- 3) Tratamiento interdisciplinario del paciente en su singularidad (tratamiento de la persona, no de la enfermedad).
- 4) Recuperación del significado de la salud y la enfermedad en el paciente y en el profesional actuante.
- 5) Posibilidad de encontrar un lenguaje y una metodología de investigación conjunta de las disciplinas involucradas.
- 6) Reducir el peso de la tecnología en los tratamientos, distribuyendo mejor los recursos en salud, para hacerla accesible a mayor cantidad de personas.

Esta nueva situación no responderá todas nuestras preguntas, pero nos permitirá sentirnos más cerca de los pacientes, en cuerpo y alma.

