

## **Contribuciones del psicoanálisis a la medicina de familia contemporánea** **Comentarios de Jeremy Holmes.**

Conocí a Michael Balint en los 60 cuando, todavía estudiante, asistí a uno de sus seminarios semanales de discusión de casos en los que se nos pedía que pensáramos en ellos desde un punto de vista psicológico y no solamente biomédico.

Algunas de las preguntas que surgían en torno a los casos se relacionaban con conceptos psicoanalíticos básicos:

¿Por qué el paciente consulta por este motivo en este momento? (*Mecanismos de defensa*)

¿Como se relaciona el paciente con los profesionales sanitarios, es respetuoso, dependiente, hostil, demandante? (*Transferencia*).

¿Cuáles son las reacciones emocionales que nos provoca el paciente y como estas reacciones se relaciona con los sentimientos que experimenta el paciente? (*Contratransferencia*)

¿Hay emociones y sentimientos no expresados que puede estar contribuyendo a los síntomas que el paciente esta sufriendo? (*Represión*)

¿Estimular al paciente a hablar sobre su vida puede ayudarle a adaptarse o incluso superar sus problemas y sus trastornos tanto físicos como emocionales (*Psicología del desarrollo/ fortalecimiento del yo*)

¿En que medida se beneficia el paciente- emocional y materialmente- de estar enfermo y por lo tanto cual sería el “coste” para él de recuperarse? (*ganancia secundaria*)

La técnica de Balint es esencialmente psicoanalítica. Promover que los participantes en los grupos expresaran libremente su reacción al contenido a pesar de pudiera aparecer como irrelevante, irreverente o embarazosa (*asociación libre*). La teoría era reducida al mínimo aunque, como se ha afirmado en las preguntas iniciales, los conceptos psicoanalíticos básicos estaban en la base de la discusión de los casos presentados.

La pretensión de Balint era ampliar la sensibilización y promover el entendimiento de la dimensión psicológica de la relación clínica de forma que el médico pudiera hacer deslizar el balance entre salud y enfermedad en una dirección positiva.

Hoy día el peso de la orientación que Balint representa es escaso y su influencia palidece entre unos médicos de familia con su vista fija en la pantalla del ordenador, que practican una medicina centrada en el episodio que desplazan al paciente como persona a un lugar secundario, y en la que la prevención estandarizada los protocolos de manejo de los problemas crónicos ocupan un lugar central (en ocasiones ligados a incentivos). Unos médicos que ante el malestar emocional se apresuran a prescribir ansiolíticos y antidepresivos y a derivar a los servicios especializados al paciente. Esta situación incluso pone en peligro la propia relación médico-paciente entendida en términos de compromiso mutuo, entendimiento y historia común.

Sin embargo, creo todavía existe un lugar para las teorías inspiradas en el psicoanálisis y para las practicas derivadas de éste en la medicina de familia desde el momento que el papel del médico no puede ser solamente el de un técnico biomédico sino que tiene un poder como curador sancionado socialmente y es

alguien sobre el que se *proyectan* (otro concepto psicoanalítico) esperanzas, temores y aspiraciones que si es capaz de recibir. Unas proyecciones que si puede “leer” y entender, las puede usar en beneficio del paciente y su familia.

La medicina de familia esta ligada al concepto de una alianza terapéutica con el paciente y a una relación positiva con él. El psicoanálisis tiene mucho que aportar para esta tarea. Desde las teorías del apego de John Bowlby a las ideas de Winnicott sobre las figuras de apoyo “suficientemente buenas” y el efecto de la “reparación de la ruptura” puede ser muy útil en diversas situaciones como cuando se producen desencuentros en la relación y permite comprender como una buena relación con el paciente es algo más que una armonía superficial. Los médicos de familia no pueden evitar poderosos sentimientos durante la relación sus pacientes tampoco. Entre estos sentimientos se encuentran los que tienen que ver con el desencanto, la frustración y la ira. Tomar contacto y señalar esos sentimientos en muchas ocasiones para que la relación sea positiva y la alianza terapéutica posible. En cada consulta nos podemos preguntar que está sucediendo, que influye en lo que ocurre y como podríamos, si fuera recomendable cambiarlo.

La relación en la consulta también puede ser un instrumento terapéutico si puede aportar un elemento de “insight” y un marco explicativo de los problemas del paciente. El tipo de explicación puede tener consecuencias en el modo como el paciente afronta su problema. Pensemos en los posibles efectos de la idea que el médico a veces trasmite al paciente de que lo que le ocurre al paciente es que sufre un “desequilibrio de los transmisores” químicos del cerebro”. En la consulta a menudo existe una “agenda oculta” y muchos significados latentes que el paciente desconoce (lo que el psicoanalista Christopher Bollas denominó “lo conocido no pensado”) para descubrir estos aspectos de la consulta es imprescindible una escucha diferente que es la que la discusión en grupos Balint pretende desarrollar. La atención al paciente y a nuestras reacciones a él puede ayudar a desenterrar estos “significados escondidos” en el marco de breves pero repetidos encuentros en los que se viven momentos emocionales intensos.

La promoción del cambio terapéutico en la consulta del médico de familia puede esperar más inspiración del psicoanálisis que de la manualizada terapia cognitivo conductual a pesar del aparente éxito de ésta. La psicoterapia psicoanalítica no tiene objetivos tan claros ni procedimientos tan establecidos y estandarizados, intenta mejorar la capacidad de resolver problemas de un modo indirecto y encubierto. Se dirige a la capacidad de mentalización del paciente, su capacidad de conocerse a si mismo, de vislumbrar como los demás le ven y como el ve a los demás y sus motivaciones e intenciones. El cambio de este modo puede ser mas lento aunque posiblemente más duradero.

La contención, la aceptación la paradoja y la autenticidad tres bases de la psicoterapia psicoanalítica son también esenciales en la medicina de familia. Una de las tareas esenciales del médico de familia es contener la ansiedad de sus pacientes “seguro que es solo un catarro o mi hijo se puede morir”. En segundo lugar el médico de familia debe partir de la aceptación del paciente tal como es para poder promover procesos de cambio. Tiene que vivir la paradoja implícita en ofrecer aceptación y intentar modificar los sentimientos, ideas y comportamientos del paciente que incluye las intervenciones paradójicas como prescribir el síntoma.

La autenticidad es otra de las dimensiones comunes entre la medicina de familia y el psicoanálisis. Una autenticidad que es imprescindible en encuentros prolongados e intensos y que permite que los sentimientos auténticos de los protagonistas del encuentro tenga su espacio y papel.

En conclusión no hay tanto que lamentar los viejos buenos tiempos, sino buscar un nuevo terreno para la alianza entre psicoanálisis y medicina de familia.