

Límites de los programas de promoción y prevención. Una perspectiva psicoanalítica

JULIO E. HOYOS Z., ISABEL DUVALTIER B., WILLIAM GIRALDO G.

EL SIGUIENTE ARTÍCULO ES FRUTO DE UNA INVESTIGACIÓN REALIZADA EN DOS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD (EPS) de la ciudad de Medellín con el fin de arrojar luces sobre un preocupante fenómeno en los programas de promoción y prevención en salud, como es la falta de adhesión a ellos por parte de algunos pacientes, los cuales se resisten a desligarse de los denominados factores de riesgo, así como a implementar hábitos de vida saludables. Guiados por una escucha psicoanalítica, se propone evidenciar cómo este fenómeno puede estar relacionado con la historia particular de cada paciente con dichos factores de riesgo, así como con la forma en que cada uno se representa la enfermedad.

PALABRAS CLAVE

FACTOR DE RIESGO

ENFERMEDAD CRÓNICA

PREVENCIÓN

SUBJETIVIDAD

.....
JULIO E. HOYOS Z., Psicoanalista, Profesor Asistente, Departamento de Psicoanálisis, Universidad de Antioquia; ISABEL DUVALTIER B., Médica de planta de Comfenalco, Profesora de cátedra del Departamento de Psicoanálisis, Universidad de Antioquia; WILLIAM GIRALDO G., Estudiante de Psicología, Departamento de Psicología, Universidad de Antioquia

La contextualización de la pregunta y el método

EL PRESENTE ARTÍCULO expone los resultados de una experiencia de investigación que se inscribe en el territorio fronterizo entre la medicina y el psicoanálisis. En esa misma frontera habrán de pensarse sus aportes pero sobre todo sus dificultades, pues tal como lo muestra la historia misma de los orígenes del psicoanálisis, éste surge en el punto donde la medicina desecha a un sujeto, que por poseer un cuerpo sintomático pero ajeno al saber anatómico y fisiológico del médico, es desahuciado, expulsado incluso con la expresión: Usted no tiene nada. Por ello, reintroducir en la reflexión médica lo excluido hace tantos años, a saber, el sujeto, es una tarea no sólo titánica sino en ocasiones estéril, pero que, sin embargo, ha sido recogida como una de las banderas de la línea de investigación Clínica, sujeto y cuerpo del grupo de investigación Psicoanálisis, sujeto y sociedad, del Departamento de Psicoanálisis de la Universidad de Antioquia, referentes simbólicos en los que el presente trabajo se asienta.

Este trabajo ha sido fruto de la reflexión sobre un fenómeno bien particular, conocido sí, pero poco entendido, como es el hecho de la dificultad de algunos enfermos para acogerse a las saludables propuestas de sus médicos, para renunciar a determinados hábitos alimentarios y de vida que son considerados riesgosos y cambiarlos por otros denominados saludables por parte del discurso médico.

¿Qué hace que alguien diga no a tan loable y saludable propósito?

FUE ÉSTA LA PREGUNTA que inicialmente guió los pasos de este proyecto. Allí nos vimos abocados a centrarla en el terreno de una práctica médica muy actual como es la de la prevención de la enfermedad y su corolario habitual, la promoción de la salud.

La prevención ha sido una preocupación casi tan antigua como la humanidad misma. En pueblos africanos los chamanes ponían amuletos con huesos y plumas para que los niños no sufrieran de la "enfermedad del pájaro" que se caracterizaba por un comportamiento nervioso.

Hay referencias de cómo los chinos del siglo XI a. C. limpiaban pozos de aguas, cazaban y eliminaban los perros rabiosos como medidas sanitarias mezcladas con eventos religiosos. Entre los primeros israelitas se acostumbraban ciertas normas de higiene corporal entre las que se encontraban algunas medidas preventivas como un día de descanso para los varones, los extranjeros, los criados y el ganado. La tradición continuó entre los hebreos medievales donde la medicina talmúdica se caracterizó sobre todo por sus medidas preventivas contra las enfermedades. Estas medidas iban desde la forma en que las ciudades debían ser construidas, pasando por el cuidado del cuerpo, hasta la prohibición de vivir en una ciudad donde no hubiera médico. Si había epidemias se advertía sobre la inconveniencia de las aglomeraciones en calles estrechas, así como del riesgo que las moscas suponían para la transmisión de las enfermedades.

La dietética griega fue fundamental como medida preventiva en el período helénico. Obviamente hay que tener en cuenta que para un griego la *diata* era el régimen de vida y no solamente lo referido a la alimentación como se entiende en nuestros días. Así mismo, es de especial notoriedad el empuje que en la prevención tuvo la campaña de los médicos de la Ilustración en contra de la viruela durante gran parte del siglo XVIII.

Estas pequeñas glosas no son un intento de ser exhaustivos en la historia de la prevención; simplemente tratan de evidenciar que las propuestas de prevención que actualmente rigen los sistemas de salud vigentes no han de ser ajenas a esta tradición del discurso de la medicina, si bien es cierto que no son las mismas modalidades ni los mismos

intereses los que se conjugaban entonces y los que lo hacen ahora.

En Colombia, con la adopción del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) por medio de la promulgación de la Ley 100 de 1993, nos encontramos con que uno de sus fundamentos es la protección integral, que pretende brindar atención en salud en las fases de educación, información, fomento y prevención, tratamiento y rehabilitación.

Como parte de la protección integral en salud, las Empresas Promotoras de Salud (EPS), las Aseguradoras del Régimen Subsidiado (ARS), las Entidades Adaptadas y las Empresas Sociales del Estado (ESE), como delegatarias del Gobierno para proveer planes de salud a la población, son las encargadas de diseñar y ejecutar los programas de promoción y prevención incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS) y en el Plan de Atención Básica (PAB).

En este marco legal la promoción se define como: "la integración de las acciones que realizan la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y los sectores sociales y productivos con el objeto de garantizar, más allá de la ausencia de la enfermedad, mejores condiciones de salud físicas, psíquicas y sociales de los individuos y las colectividades" (1).

Por su parte, la prevención sería: "el conjunto de acciones que tienen por fin la identificación, control o reducción de los factores de riesgo, del ambiente y del comportamiento, para evitar que la enfermedad aparezca o se prolongue, ocasione daños mayores o genere secuelas evitables" (2).

Se evidencia en la reglamentación existente, que para lograr el efecto buscado se ha de contar con un sujeto capaz de autonomía y que quiera permanecer sano. No obstante, la clínica médica evidencia que no todos los pacientes se acogen a este ideal

de salud y que en muchos de ellos se hace palpable más bien el objetivo de instalarse cómodamente en la enfermedad. Con igual frecuencia se observa en la clínica que un paciente al ser remitido en demanda de atención ante un agente de salud, no reconoce cómo él se encuentra implicado en dicha demanda, lo que impide por lo general una apropiación de las medidas sanitarias propuestas.

Estos fenómenos que se presentan diariamente en la consulta médica comenzaron a llamar la atención de los realizadores de la investigación. Así, escogimos tres afecciones denominadas como crónicas, que se encuentran contempladas en los programas sugeridos por las disposiciones legales, y que son objeto de interés de la salud pública. Todo ello permitió centrar el objeto de estudio, el cual es la relación entre un sujeto y el discurso de los Programas de Promoción y Prevención, esperando encontrar allí los límites de los mismos. Las afecciones escogidas fueron el asma, la hipertensión y la diabetes.

Nuestra tarea inicial definió que era necesario ubicarse en lo que entenderíamos como límites de los Programas de Promoción y Prevención. Si bien podemos encontrarlos ya en los decretos y leyes a los que dichos programas deben responder, así como en los indicadores de gestión de una lógica gerencial, es en la relación entre el sujeto y el programa donde surgen con mayor ímpetu los límites y allí decidimos centrarnos. Es decir, en la forma como el paciente se relaciona con el programa (sus médicos, las enfermeras, las indicaciones recibidas, etc.) y cómo a través de él, el mismo paciente se relaciona con lo que acontece en su cuerpo a partir de la enfermedad que sufre.

Una investigación como la planteada no surge en el escritorio, ni en el intento de validación de una teoría; surge en el encuentro con el fenómeno. Consecuentes con ello, el método propuesto fue permitir que los pacientes hablaran en unas entrevistas, guiadas por dos ejes temáticos básicos, que no excluían las variaciones que pudieran

presentarse. Estos ejes fueron: la relación del paciente con la enfermedad y la relación con el programa. El promedio de entrevistas con cada paciente fue de cuatro.

Planteado así, este tipo de entrevista no parece tener mucha conexión con una postura psicoanalítica; no obstante, se encontró que podía proponerse un modelo análogo al de las entrevistas preliminares propias del dispositivo analítico, en las que se busca escuchar la relación de la persona entrevistada con el inconsciente. Si se intentaba dar cuenta de la subjetividad en relación con los dos ejes propuestos era éste el método que se debía plantear. En la investigación, la propuesta fue entonces invitar al paciente —asmático, hipertenso o diabético— a hablar de su padecimiento y de la forma en que se relaciona con el programa de promoción y prevención. En esta invitación había un intento de verificación de que al hablar se produce un efecto de subjetivación particular que confirma la hipótesis del inconsciente.

De lo dicho anteriormente, es fácilmente deducible que ésta no fue una investigación cuantitativa, en la que se entrevistó a una gran población. Si bien no podríamos decir tampoco que la investigación con el psicoanálisis es propiamente cualitativa, sí se asemeja más a una investigación de este tipo. La metodología de estudio de casos utilizada en la realización del proyecto ha ido encontrando su lugar como instrumento con validez científica, como fuente de importante información. La historia del psicoanálisis ha constatado su validez en múltiples ocasiones. ¿Acaso no fue suficiente con que se demostrara la evidencia de la histeria en un varón para acallar la teoría vigente, como era la de ser un trastorno exclusivo de las que tenían útero?

Los pacientes entrevistados provinieron de convenios realizados con algunas Empresas Promotoras de Salud de la ciudad, las cuales tienen a su cargo programas de promoción y prevención.

Para ello se les plantearon a los médicos de estas instituciones algunos criterios que a la vez de operar como selectivos, indicaban algo de la relación establecida entre el paciente y el programa:

- Pacientes que siguen las recomendaciones y hacen crisis.
- Pacientes que no siguen las recomendaciones y hacen crisis.
- Pacientes que no siguen las recomendaciones y no hacen crisis.
- Pacientes que se acogen excesivamente a las recomendaciones.

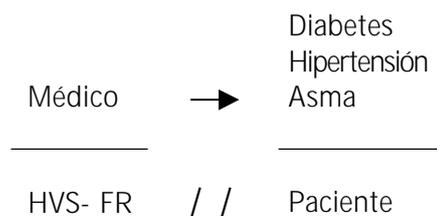
Estos criterios fueron establecidos en virtud de que ponían en evidencia los límites del programa por la forma en que los pacientes se “salían” del estándar establecido en los protocolos de atención, exceptuando quizá a los del cuarto criterio, quienes también presentan su particularidad. Lo anterior pone de manifiesto un enigma para la práctica médica en razón de que no hay lugar para el error en los protocolos estandarizados. Estos protocolos son diseñados para pacientes que respondan al ideal de curación que asiste a la práctica médica, es decir no contemplan la posibilidad de que un sujeto, en ocasiones, se oponga a esta normatización. Con base en lo anterior se pretendió en esta investigación ilustrar lo que de la particularidad del sujeto enfermo limita el éxito de los programas de promoción y prevención, para lo cual se planteó que al escuchar al sujeto puede resolverse parte de este enigma.

Los resultados: hacia una prevención prevenida

EL TÍTULO propuesto para nombrar los resultados de esta investigación quizás llame la atención más que por su cacofonía, por su aparente paradoja, pues seguramente evoca en quien lo escucha la pregunta: ¿de qué habrá de prevenirse la prevención?

Antes de responder a esta pregunta valdría la pena articular mejor lo hasta aquí expuesto.

Partimos de una lógica discursiva de los programas de promoción y prevención en la que se destaca todo un acervo teórico que ha permitido delimitar los factores de riesgo (FR) y los hábitos de vida saludables (HVS) para cada enfermedad. Basado en ello, el clínico se dirige a la enfermedad buscando controlarla, y como producto de la operación anterior queda el sujeto del paciente como resto. Lo anterior podría ilustrarse con la siguiente fórmula:

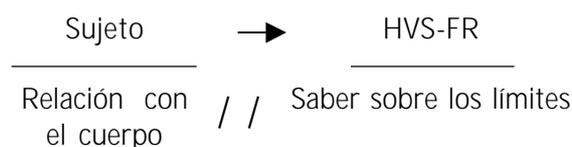


Esta fórmula corresponde a la propuesta que el psicoanálisis tiene para formalizar la estructura del discurso, el cual bien puede ser sin palabras, pero no puede serlo sin las estructuras del lenguaje que suponen el vínculo social. Una forma particular de éste es el que se establece en el denominado discurso de la medicina y no cabe duda de que muchas de las acciones realizadas en el campo de la prevención de la enfermedad están regidas por este discurso.

Esta estructura consta de cuatro lugares a saber: el de la izquierda arriba es conocido como el lugar del agente, representado aquí por el médico; debajo de éste se sitúa el lugar de la verdad, en el cual ubicamos el saber que han aportado años de estudio sobre los factores de riesgo y los hábitos de vida saludable que habría de implementar un paciente para mantenerse en el ideal de salud. En el extremo superior derecho encontramos el lugar del trabajo o del otro a quien se dirige el discurso, el cual se halla aquí representado por la enfermedad. Por último en el lugar inferior derecho

ubicamos el residuo y allí la subjetividad del paciente.

Ahora bien, en la fórmula propuesta el sujeto del paciente surgido como residuo es el que justamente recogimos como aquél que podía, en sus quejas y soportado en su particular relación con el cuerpo, interrogar al saber constituido por la ciencia entendido aquí como los hábitos de vida saludable y los factores de riesgo, procurándonos un saber sobre los límites de los programas de promoción y prevención. Ésta fue pues la idea que nos guió en el trabajo y se ilustra de la siguiente forma:



El darle la palabra a la particularidad de los sujetos, excluida del discurso de los programas, permitió que ellos pudiesen hablar de sus dificultades con las dietas, de sus duelos no resueltos que disparaban crisis hipertensivas o los llevaban a ingestas de alcohol que agravaban el cuadro. Igualmente, les permitió hablar de su forma de concebir la enfermedad en relación con su propia historia, en relatos que podríamos llamar propiamente patobiográficos. Quizá valdría la pena plantear aquí una breve reseña de uno de los casos que bien puede ilustrar lo anterior:

M. 34 años, casada, ha tenido 3 gestaciones de las cuales la última fue gemelar. Es la tercera de cuatro hermanos, única mujer. Se desempeña como ama de casa y atiende un negocio familiar. Durante el último embarazo se le diagnosticó una diabetes gestacional, momento que relata como el inicio de su diabetes, pues ésta no desaparece luego del parto como habría de esperarse. No obstante, los diez años siguientes al parto se mantuvo controlada con dieta y hace sólo cuatro años que comenzó a recibir medicación. En la actualidad, M. mantiene cifras de glicemia entre 220 y 280 mg/dL.

De sus antecedentes familiares se sabe que la madre fue diabética durante mucho tiempo, y al parecer murió por una insuficiencia renal, producto de esta enfermedad. Con relación a la diabetes de su madre refiere que se inició a partir de una diabetes gestacional en el primer embarazo en el cual falleció la criatura. Durante cierto tiempo la madre fue tratada con insulina; luego de bajar la glicemia a los niveles normales fue tratada con otros medicamentos y poco tiempo antes de morir se reanudó el tratamiento con insulina. Relata que su madre fue una mujer muy cumplida con la dieta y las drogas y que asistió a un club de diabéticos en una institución de salud de reconocida trayectoria en la ciudad. La madre tenía un particular interés en estos grupos, pues allí “se mantiene uno actualizada sobre la enfermedad y los tratamientos”.

Durante el embarazo en el cual se desató la enfermedad, M. fue asistida por su madre quien no cesó de señalarle que de idéntica manera comenzó su propia diabetes.

En su teoría de la enfermedad M. maneja términos técnicos —de pruebas, niveles de azúcar, proceso fisiológico de la glucosa “el páncreas no genera la insulina suficiente”—; refiere que todo esto lo aprendió cuidando a su madre quien, igualmente, siempre estaba pendiente de la dieta de su hija, de su droga, de aconsejarla y actualizarla en la enfermedad y sus cuidados. M. refiere que lo que sabe de la diabetes lo sabe por su madre, lo cual podría nombrarse como una “verdadera” enfermedad hereditaria, no sólo por vía genética sino por vía simbólica.

Esta madre controlaba las comidas de sus hijos, igualmente M. lo hace con los suyos, aspecto que, si bien puede hablarnos de hábitos de vida saludables, aquí aparece más como un efecto identificador con la madre. De hecho la vigilancia extrema y constante sobre sus niveles de glicemia, bien fuera por pedidos insistentes a su médico o por las pruebas que se realizaba en casa de una

vecina que tenía los instrumentos necesarios, tenía como finalidad demandar del médico que se le administrara insulina, tal como había sucedido con su madre.

El fracaso del programa en ella podía explicarse en parte por sus constantes faltas a la dieta, tanto en lo que tenía que ver con la frecuencia y cantidad de las comidas como por la ingestión de harinas y dulces en una panadería vecina. Este aspecto de la alimentación, como acabamos de reseñar, también se encuentra en relación con la madre.

Ante las altas cifras de glicemia, el médico respondía con mayor información; no obstante, estos buenos propósitos al parecer chocaban con la “herencia” de la enfermedad.

Hubo un aspecto de fundamental importancia hacia el final de las entrevistas. M. narra sus dificultades en la intimidad conyugal con su esposo, su falta de deseo, la cual atribuye igualmente a la diabetes. No obstante, al invitarla a hablar más de ello, surge un antecedente importante como es el de una afección en su útero, la cual motiva una histerec-tomía. En el momento de anunciar la cirugía, el esposo de M. pregunta al médico sobre la duda que tiene con respecto a si su esposa quedará “sirviendo como mujer”. Si bien el médico desmiente la fantasía, M. queda conmovida por esta posibilidad. La intervención que realizamos, ya que nuestro objetivo con las entrevistas no era el terapéutico, fue simplemente señalarle que el límite que imponía esta operación sobre su cuerpo era el de no ser madre. Estas palabras al parecer produjeron cierta resonancia en M. a tal punto que sus relaciones íntimas mejoraron bastante, así como sus niveles de glicemia. El dejar de ser madre, señalado por la palabra del entrevistador, permitió un cuestionamiento de la identificación con aquella madre diabética, fuente de todo saber sobre la enfermedad.

Sería ingenuo pensar que por esta intervención M. dejó de ser diabética, pero sí es muy probable que

haya dejado de padecer la diabetes que su madre le legara y con ello es posible pensar que su posición con respecto a la enfermedad y al programa varíe.

Ahora sí, ocupémonos de la pregunta que habíamos dejado abierta a propósito de la prevención prevenida.

La apuesta por la palabra será siempre la consigna de aquéllos que, como los autores de esta investigación, nos sentimos concernidos por el psicoanálisis. Darle la palabra al sujeto, excluido en la lógica discursiva de los programas de promoción y prevención, es invitarlo a hablar de su relación particular con los factores de riesgo y con los denominados hábitos de vida saludables.

Lo anterior abriría una posibilidad a la subjetivación de la prevención, la cual entendemos como la vía apropiada para que un paciente se haga cargo de su enfermedad, es decir de las formas de tratarla y de prevenir sus desagradables consecuencias, y que recuerda la antigua concepción griega de higiene como el saber disponer de su propia inmunidad. Pero, para ello, es necesario que sea en la escucha de cada uno de los pacientes donde cada quien se las vea con ese factor de riesgo que lo lleva más allá de un placer y que lo pone de cara a la muerte.

Los denominados factores de riesgo entrañan casi siempre un cierto gusto, un cierto placer, que la enfermedad inscrita en el discurso de la prevención lo convierte en ilícito o al menos en riesgoso. No obstante, desde tiempos de San Pablo sabemos bien que la ley de prohibición incita al pecado (3) haciendo por tanto más gozosa la relación con ese objeto particular, llámese cigarrillo, licor, dulces, harinas, grasosas viandas, etc.

El saber que pueda obtener cada paciente sobre su particular forma de satisfacción, saber que por lo general se encuentra velado para el paciente mismo, es lo que en última instancia le permitirá distanciarse de ese factor de riesgo, acoger determinado hábito de vida saludable o incluso desligarse

de una herencia enfermiza como en el caso que acabamos de reseñar.

Se trata entonces de una prevención prevenida, o advertida de estos aspectos de la subjetividad, no estandarizables, que descuadran toda estadística, todo protocolo, toda guía de manejo y que generalmente se tornan en límites para la adhesión a los tratamientos propuestos en los programas. Una prevención que, al contar con estos aspectos, podría convertirse en programas con mayores probabilidades éxito.

Pasamos ahora la inquietud a las Empresas Promotoras de Salud que, en su cálculos de costo-beneficio, habrán de decidir si se mantienen en una lógica de promoción y prevención que no discrimina la singularidad de cada paciente, lo que las obliga a pagar las sucesivas internaciones por crisis o descompensaciones de estas enfermedades crónicas, o si implementan un espacio para la escucha de cada uno de los pacientes y su particular relación con la enfermedad.

En todo caso, nuestra intención ha sido la de prevenir las.

SUMMARY

LIMITS OF THE HEALTH PROMOTION AND PREVENTION PROGRAMS: A PSYCHOANALYTIC PERSPECTIVE

WE PRESENT THE RESULTS OF AN INVESTIGATION carried out in Medellín, Colombia, from a psychoanalytic perspective, about the reasons for non-adhesion of some individuals to programs of disease prevention and health promotion. We propose that this phenomenon may be related to the particular experience of each individual with risk factors as well as with the representation that he/she may have of disease.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Salud de la República de Colombia. Resolución 03997 del 30 de octubre de 1996. p. 1
2. Ibid. p. 2
3. SAN PABLO. Carta a los Romanos. Capítulo 7: 7 - 25
4. Ministerio de Salud de la República de Colombia. Resolución 03997 del 30 de octubre de 1996. p. 1

