

# Pasos hacia la enseñanza del modelo eco-sistémico en medicina

Analia Kornblit\*

## Summary

This paper represents the intent of categorizing the contributions of the systems theory and of some concepts of social psychology to the realm of health. It presents a critical view of what is called hegemonical medical model, and the necessary steps to transmit in a training experience the implicit conception of what is described as eco-systemic model. For that purpose, it presents "model clinical situations", which are analyzed from the point of view of traditional medicine, the epistemological obstacles that difficult an eco-systemic perspective, the theoretical "constructs" needed to achieve that conception, the way in which the eco-systemic model would deal with those situations and the strategies of action derived from it. The paper proposes a systematization to guide the teaching of the eco-systemic model to health practitioners, and describes the obstacles which can emerge in that task, as well as the steps needed to overcome them.

## Resumen

Este trabajo representa el intento de categorizar los aportes de la teoría sistémica y de algunos conceptos de la psicología social al área de la salud. Presenta una visión crítica de lo que se denomina modelo médico hegemónico y los pasos necesarios para transmitir en una experiencia docente, la concepción implícita en lo que se describe como modelo eco-sistémico. Para ello se recurre a la presentación de "situaciones clínicas modelizantes", a partir de las cuales se transcriben los modos de analizarlas y encararlas desde la óptica de la medicina tradicional, los obstáculos epistemológicos que dificultan una visión eco-sistémica, los "constructos" teóricos necesarios para arribar a tal concepción, el modo en el que se abordarían tales situaciones en el modelo eco-sistémico y las estrategias de intervención derivadas de él.

Se trata, pues, de una sistematización orientada a servir de guía en la enseñanza del modelo eco-sistémico, describiéndose los obstáculos que surgen en dicha tarea docente, y los pasos necesarios para vencerlos.

En este trabajo partimos de la caracterización de lo que se ha dado en llamar *modelo médico hegemónico* para llegar, por medio de una serie de operaciones intermedias, a lo que denominamos *modelo eco-sistémico* en medicina.

Dichas operaciones intermedias fueron construidas en el transcurso de una experiencia docente de dos años de duración en la que trabajamos con los profesionales de la salud de un hospital de pediatría en el Gran Buenos Aires.\*\*

A lo largo de la tarea docente, cuyo objetivo era ampliar el modelo con el que se manejaban en su práctica los profesionales del establecimiento, para incluir una perspectiva

holística acerca de la salud y la enfermedad en su contexto sociocultural, fueron surgiendo una serie de barreras frente a la posibilidad de incorporar la nueva "mirada" que pretendíamos introducir, barreras que categorizamos como "obstáculos epistemológicos". Intentaremos aquí analizar el modelo científico del que pensamos que surgen dichos obstáculos, a la par que mencionaremos los "constructos" teóricos que deben introducirse en cada caso como conceptos alternativos que permitirán arribar a la concepción implícita en el modelo eco-sistémico.

La sistematización que surgió a partir de la tarea fue usada como guía para la discusión de material teórico y para el análisis de situaciones clínicas concretas, presentadas por los asistentes al curso, que sirvieron para estructurar lo que llamamos "situaciones modelizantes", reproducidas más abajo.

El concepto de "modelo médico hegemónico" es introducido por E. Menéndez (1983) para referirse a una construcción que realiza a partir de determinados rasgos estructurales de la concepción dominante en nuestra sociedad, acerca de los fenómenos de la salud y la enfermedad, sostenida tanto por los "curadores" como por los conjuntos sociales implicados en el acto médico. Se trata, pues, de reconstruir la ideología implícita a las concepciones acerca de los procesos de enfermar y de curar, que subyacen a la praxis médica.

La caracterización de "hegemónico" del modelo se refiere a la tendencia de dicha configuración ideológica a absorber y subordinar otros modelos sobre el proceso de enfermar y de curar, como pueden ser las concepciones denominadas generalmente "tradicionales", o las prácticas recientemente incorporadas en occidente, como la acupuntura china, que el modelo médico hegemónico ha tendido a estigmatizar en teoría, incorporándolas, de hecho, como alternativas subordinadas a la "real racionalidad" que preconiza.

La consolidación histórica del modelo médico hegemónico se produjo a partir de la Revolución Industrial, coincidentemente con el cambio en la organización social que llevó a descentralizar a la familia como unidad de producción, consumo y atención de las necesidades de sus miembros, entre ellas las atinentes a la salud. Junto con este proceso se dio el de medicalización, que se refiere a la transformación cada vez mayor de las funciones curativas y preventivas en funciones de control y normatización de los conjuntos sociales.

\* Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas. Buenos Aires. Argentina.

\*\* Hospital de Pediatría de San Isidro, provincia de Buenos Aires.

Por arte de la medicalización, derivada del prestigio del que goza el saber médico en nuestra sociedad, éste tiende a colonizar cada vez más esferas de la vida cotidiana, estableciendo patrones normativos para casi todas ellas, uniformando el deber ser y rotulando de "enfermo" o "patológico" todo aquello que se aparte de dichos patrones.

Aquí caracterizaremos el modelo médico hegemónico de acuerdo con los siguientes rasgos, que nos parecen los más pertinentes respecto a nuestro objetivo:

1. Enfoque puntual en la queja
2. Eficacia pragmática actual
3. Causalidad lineal
4. Enfoque en el proceso de producción de síntomas
5. Biologismo
6. Unidad de análisis individual
7. Relación asimétrica en el equipo de salud (jerarquía médica).

Llamaremos modelo eco-sistémico en medicina a la concepción que enfatiza la necesidad de concebir los procesos atinentes a la salud y a la enfermedad en el contexto histórico-cultural en el que se dan. Esta nueva mirada respecto a dichos procesos representa la confluencia de ideas provenientes de la cibernética, de la teoría de los sistemas, de la ecología y de la sociología de la vida cotidiana.

Las dos primeras disciplinas, como se sabe, sentaron las bases para la nueva concepción acerca de la interacción familiar, que revolucionó la psiquiatría pre-batesoniana. Las peculiaridades determinadas por los patrones culturales diferentes y las inserciones específicas en la estratificación social, llevaron a que se experimentara la necesidad de ampliar el paradigma de lo que comenzó como terapia familiar, para incluir la consideración de un punto de vista más amplio acerca de la familia como microsistema social. Esta ampliación llevó a tomar en cuenta las relaciones de la familia con otros subsistemas sociales y culturales más amplios.

La introducción de la dimensión ecológica en el modelo lleva a tomar en consideración las interacciones organizadoras de los grandes conjuntos de individuos, a partir de la conjunción naturaleza-cultura, en las que el azar desempeña un papel no despreciable, contrariamente a lo postulado por el determinismo, para el que es expresión de nuestra insuficiencia cognoscitiva.

Por otra parte, recientes teorizaciones en el campo de la terapia familiar recalcan la importancia de tener en cuenta los significados provenientes de los contextos sociales más amplios que enmarcan los sistemas familiares (Keeney B y Sprenkle D, 1982).

La sociología de la vida cotidiana, por su parte, ha aportado al modelo que proponemos el concepto de estrategias de vida. Formas de adaptación que las familias ponen en juego como recursos frente a las complejas realidades que enfrentan, y el concepto de reproducción cotidiana, que se refiere a las formas concretas en que los grupos domésticos encaran las tareas relacionadas con la supervivencia.

En relación con los procesos relacionados con la salud y la enfermedad, el modelo eco-sistémico, denominado por Engel (1980) en un artículo ya clásico, bio-psico-so-

cial, tropieza con la dificultad de integrar, más allá del nivel teórico, concepciones científicas que acentúan aspectos diferentes de la misma realidad, que por su complejidad no es fácil de aprehender en su globalidad. La misma dificultad se extiende a la construcción de estrategias de intervención que surjan de tales concepciones globalizadoras.

La medicina familiar, joven especialización en el superespecializado campo de la medicina, parece apuntar en esta dirección, si bien no está claro aún el papel que se otorga en sus propuestas a las ciencias humanas.

Caracterizaremos el modelo eco-sistémico con los siguientes rasgos que no agotan su significación, pero que son relevantes para nuestros fines:

1. Reconocimiento del contexto interpersonal y sociocultural en el proceso salud-enfermedad
2. Evaluación de familias en riesgo
3. Percepción de procesos y sistemas, e idea de causalidad circular
4. Reconocimiento de patrones de mantenimiento de síntomas
5. Integración cuerpo-mente-contexto ambiental
6. Unidad de análisis grupal
7. Relación de simetría profesional en el equipo de salud.

La relación de oposición entre las características que hemos enumerado más arriba del modelo médico hegemónico y las del modelo eco-sistémico, configuran siete dimensiones de análisis, que pasaremos a describir.

Como señalamos al principio, pensamos que la dificultad para arribar a la conceptualización eco-sistémica por parte de los profesionales de la salud, tienen que ver con la existencia de lo que llamamos obstáculos epistemológicos, definidos en el sentido en que lo hace Bachelard (1974) como entorpecimientos del conocimiento, que hacen que la realidad parezca fácilmente aprehensible en términos de esquemas ya conocidos. Dichos entorpecimientos del conocimiento surgen de la tendencia a preferir lo que confirma el saber, a lo que lo contradice, a preferir las respuestas, a las preguntas\*, provenientes del hecho de que las ideas que son más frecuentemente útiles terminan por verse con mayor claridad que aquellas que deben abrirse camino hasta confirmarse. Esto es lo que se observa con excesiva frecuencia en la práctica médica y psicológica.

Por otra parte, cada rasgo del modelo eco-sistémico supone el manejo de ciertos constructos teóricos que corremos el riesgo de suponer que manejan los profesionales de la salud, pero que nuestra experiencia revela que es necesario desarrollar para poder arribar a la nueva perspectiva que pretendemos introducir.

La noción de constructo deriva de la idea de que el conocimiento científico se construye, no es espontáneo ni está determinado. La construcción que hacemos acerca de la realidad tiene que ver con el sentido que damos al problema en cuestión, a partir de su inserción en un determinado paradigma. Cada paradigma científico, al recortar la realidad de acuerdo con la visión de ella que propone, crea determinados conceptos que no son neu-

\* BACHELARD G: *La formación del Espíritu Científico*, ed. Siglo XXI, Bs. As., 1974, pág. 22.

trales sino que adquieren su significación en función de la visión globalizadora de la que se desprenden. La introducción de estos conceptos, a los que llamamos "constructos", para poner de relieve su índole dependiente de la óptica desde la que se formulan, es el único modo de transmitir, por yuxtaposición, la perspectiva globalizadora que proponemos. No es posible transmitir globalidades sino a partir de recortes parciales que se yuxtaponen; su concurrencia, tras sucesivas aproximaciones, posibilitará una lectura coherente de la realidad.

Cada una de las dimensiones de análisis, así como los obstáculos epistemológicos actuando como barreras para el conocimiento y los constructos teóricos explicitados en cada caso, fueron introducidos en nuestra tarea a partir de una situación modelizante. Denominamos así a una situación clínica, seleccionada entre las muchas presentadas para la discusión por los asistentes al curso, y tomada en cada caso para arribar, a partir de su análisis, a la perspectiva que pretendíamos introducir. Seguiremos aquí los mismos pasos, basándonos en la necesidad pedagógica de partir de la experiencia y del conocimiento de los sujetos de la educación, y no de modelos expuestos abstracta y teóricamente, cuya incorporación se hace así difícil y costosa, cuando no imposible.

## **Dimensión de análisis 1:**

Enfoque puntual en la queja *versus* reconocimiento del contexto interpersonal y sociocultural.

### **1.1 Situación modelizante:**

Paciente: niño de 3 años, internado  
Diagnóstico: síndrome nefrótico

Antecedentes clínicos: internado por deshidratación a causa de diarrea durante una semana, a los 8 meses de edad; internado con diagnóstico de neumonía durante 15 días a los 15 meses de edad; se le diagnosticó síndrome nefrótico 6 meses antes de la actual internación, por lo cual fue medicado sin que aparentemente se cumplieran las indicaciones terapéuticas.

Situación familiar actual: Madre de 23 años, oriunda del interior del país, tiene un hijo de otra pareja, que reside en la provincia con su familia de origen. Estuvo internada durante 3 meses, hace 10 meses, a raíz de un embarazo complicado, del cual nació un hermano del paciente, ahora de 8 meses de edad; no trabaja fuera de la casa. Padre de 24 años, oriundo de otra región del país, vino a la Capital hace 4 años; jornalero.

Grupo doméstico: conviven con un hermano del padre, su mujer y 4 hijos de esta pareja.

*Habitat:* vivienda precaria, en "villa de emergencia", casi no tienen contacto con sus vecinos.

### **1.2 Análisis de la situación por los miembros del grupo y propuestas de intervención**

Se trata de una "mala madre", que no atiende las necesidades de su hijo enfermo (incumplimiento de las indicaciones terapéuticas con respecto al síndrome nefrótico, sucesivas internaciones). Propuestas: citar al padre para que tome conciencia del abandono del niño por la madre; responsabilizarlo de la situación, poniéndolo a

cargo de ella. Estudiar al niño durante la internación (indicar biopsia renal) para averiguar la etiología del síndrome nefrótico y luego controlarlo en la consulta externa, citándolo semanalmente. Si la situación no cambia, buscar una familia sustituta.

### **1.3 Reflexión grupal acerca del análisis de la situación y de las propuestas presentadas**

Es evidente que la presentación de un caso como éste genera en los profesionales sensaciones de impotencia que los llevan a inculpar severamente a alguien, en este caso a la madre, responsabilizándola por la desatención del niño, y a pretender incluir al padre, de acuerdo con un modelo autoritario, como aquel que puede establecer el orden y la responsabilidad ausentes. La función médica es planteada como diagnóstica de la enfermedad a nivel biológico, terapéutica mientras el niño está internado, y de control de los padres (vigilar la administración de la medicación) por medio de las citaciones semanales en la externación.

### **1.4 Obstáculos epistemológicos puestos de relieve en el análisis de las respuestas del grupo**

En este planteamiento hay ausencias manifiestas de elementos que llevarían a una comprensión más globalizadora de la situación y que podemos sintetizar como la creencia en la autonomía de los distintos sistemas en juego en la situación planteada, que se manifiesta como incapacidad para relacionar los niveles de la realidad: mente-cuerpo-individuo-grupo. No se hace referencia, por ejemplo, a la coincidencia entre la aparición del síndrome nefrótico en el paciente y la prolongada internación de la madre: no se inquiere quién atiende al bebé de 8 meses en la actual internación del paciente, no se averigua el tipo de convivencia en el grupo doméstico, el grado de choque entre patrones culturales de los lugares de origen de los padres, por un lado, y los de ambos con el medio humano que los rodea, por el otro, dado que se habla en la historia de aislamiento familiar.

### **1.5 Constructos teóricos necesarios para el análisis eco-sistémico**

Los conceptos de la teoría de los sistemas permiten conceptualizar la situación interaccional en esta familia como una armazón en la que interviene el macrosistema en cuanto a la incidencia del nivel carencial en el que se mueven, los patrones culturales en conflicto, la distribución del poder en el grupo doméstico (probable alianza del marido con su hermano), el aislamiento y tironeamiento de la madre (un fracaso de pareja anterior, un hijo pequeño alejado de ella), todo lo cual concurre a la dificultad del grupo *en su conjunto* para registrar un grado de alarma adecuado en el cuidado del paciente (recordar que es su tercera internación).

### **1.6 Estrategias de intervención derivadas del análisis eco-sistémico**

Trabajar con la pareja, con el grupo familiar y con el grupo doméstico (incluye a la familia del hermano del padre) y reconectar a la madre con su familia de origen, con

el objeto de romper la probable simetría oculta en la relación de pareja, que triangula al paciente. Trabajar con la red comunitaria vecinal para romper el aislamiento del grupo.

### 1.7 Comentario

Tomar en cuenta la causa por la que alguien consulta, en este caso los signos renales del niño serán el objetivo de la acción médica cuando el propósito sea lograr la curación. Se escotomiza en este planteamiento el hecho de que para alcanzar tal fin es necesario en buena parte de los casos atender al sentido conferido a la enfermedad y, en esta situación, a la desatención en relación con el tratamiento indicado, por el grupo doméstico. A menudo los profesionales de la salud atribuyen tal sentido a variables psicológicas o sociales aisladas. En el primer caso se verá a la madre como autista o débil mental, al padre como abandonante, etc. En el segundo se inculpará a la situación de carencia socio-económica por la que atraviesa la familia, como la urdimbre que hace a los sujetos incapaces de reaccionar ante las necesidades básicas de sus vástagos. Ambas interpretaciones constituyen visiones parcializadoras de la realidad, que evidencian la dificultad para construir como objeto sobre el que actuar, a la compleja trama relacional que resulta de la intersección de los diferentes subsistemas en juego. Solamente considerando como unidad de intervención al grupo doméstico en su realidad actual e histórica, y en su inserción social concreta (red comunitaria), es posible enfocar situaciones como la presentada.

### Dimensión de análisis 2:

Eficacia pragmática actual *versus* evaluación de familias en riesgo.

#### 2.1 Situación modelizante:

Paciente: niña de 12 años

Diagnóstico: asma bronquial

Antecedentes clínicos: sufre de accesos asmáticos desde los 5 años; internada durante 1 semana por descompensación asmática hace 8 meses; actualmente: crisis asmáticas severas, resistentes al tratamiento.

Situación familiar actual: grupo familiar compuesto por la madre (39), empleada doméstica por horas; el padre (37), camionero, y 2 hermanos: un varón de 13, que concurre a una escuela diferencial y una niña de 5, que no concurre al preescolar. Ambos padres trabajaban hasta hace 2 años en ocupaciones consideradas de clase media, pero por diversos motivos registraron una movilidad social descendente, hecho por el cual se quejan a menudo. El padre, particularmente, está deprimido y en una oportunidad hizo un intento de suicidio colectivo (cerró la casa y abrió las llaves del gas; la mujer despertó y salvó la situación). El trabajo del padre lo aleja a menudo de la casa por varios días.

*Habitat*: vivienda precaria en medio semirural. No tienen contacto con parientes ni con vecinos.

#### 2.2 Análisis de la situación por los miembros del grupo y propuestas de intervención

Se trata de un caso de asma rebelde, en el que concurren factores biológicos y psicológicos, acentuados por la pubertad como momento evolutivo de la paciente. Deben probarse otros procedimientos terapéuticos no intentados hasta ahora (nuevos medicamentos) y repetirse pruebas de alergia ya realizadas, incluyendo un tratamiento de desensibilización. La paciente debe someterse a un tratamiento psicoterapéutico individual.

#### 2.3 Análisis de las respuestas producidas por el grupo

El esquema conceptual aplicado al caso, que se evidencia en las respuestas consignadas, es el correspondiente a la secuencia: consulta por dolencia —acto médico— alivio de la dolencia, con la salvedad de que la eficacia pragmática que se espera del acto médico no es alcanzada. Se insiste, pues, en la misma línea de acción: mejorar el acto médico para conseguir el alivio de la dolencia, lo que los terapeutas interaccionales de la escuela de Palo Alto denominarían “más de lo mismo”. Se considera la influencia de los factores psicológicos y la importancia de la fase de desarrollo evolutivo a nivel individual, lo cual revela la penetración a nivel de la ideología médica de las teorías psicológicas que se han difundido ampliamente en la Argentina en las últimas décadas, cuya unidad de análisis y tratamiento es el individuo, desgajado de su contexto interrelacional. Se enfoca, pues, la situación de crisis evolutiva normativa de la paciente (pubertad) y la posible situación de riesgo vital en la que se encuentra, a nivel biológico.

#### 2.4 Obstáculos epistemológicos puestos de relieve en el análisis de las respuestas del grupo

La tarea médica se concibe fundamentalmente como asistencia y, en todo caso, prevención en relación con la evolución de la enfermedad por la que se consulta. Está ausente la intención preventiva en relación con otras facetas de la vida de la paciente, y especialmente, en relación con el grupo familiar. Se escotomiza el tipo de inserción de la paciente en un grupo familiar altamente conflictivo, de lo que depende en buena medida la evolución de su enfermedad.

#### 2.5 Constructos teóricos necesarios para el análisis eco-sistémico

En las últimas décadas se ha enfatizado en el área de la salud pública lo que se conoce como enfoque de riesgo. Dada la complejidad del objeto de estudio de la investigación sociomédica, dicho enfoque puede encararse desde diferentes niveles de la realidad. En el nivel socioeconómico el enfoque de riesgo estudia los factores que, derivando de dicho nivel, colocan a la población en estudio en un estado de riesgo mayor, en relación con la vulnerabilidad a enfermedades de diferentes tipos. Nivel de ingresos, grado de estabilidad ocupacional, tipo de vivienda, grado de alfabetización, serán algunos de los factores en estudio en esta área. En el nivel bio-médico el enfoque de riesgo se dirige a detectar las características del huésped y del agente etiológico, si éste es aislable, que pueden influir en la probabilidad de que una determinada enfermedad evolucione torpidamente (riesgo de peoría) o a poner de relieve las ca-

racterísticas del huésped que lo hacen vulnerable a determinadas enfermedades (riesgo de contraer tal enfermedad).

A nivel psicosocial el enfoque de riesgo pone de relieve las características interaccionales en el ámbito familiar, que intervienen de modo tal que el individuo no cuente con un grupo social primario capaz de preservarlo en su salud o atenderlo adecuadamente en su enfermedad. Este enfoque evalúa los parámetros de crisis (normativas y para-normativas), por las que atraviesan los grupos familiares, atendiendo especialmente a su inserción en el medio cultural del que provienen y en el que están insertos, para verificar el tipo de conflictos posibles que pueden surgir a partir de choques entre patrones culturales diversos. La concurrencia en un mismo grupo familiar de factores correspondientes a más de uno de los niveles de análisis mencionados elevará en forma significativa el riesgo vital en general de dicho grupo.

## 2.6 Estrategias de intervención derivadas del análisis eco-sistémico

Evaluación con el grupo familiar en su conjunto, de su situación actual en relación con los siguientes datos: pérdida de su anterior *status* socioeconómico, ingreso del hijo mayor a la escuela diferencial, retraso de la inclusión de la hija menor en el preescolar, períodos prolongados de ausencia del padre por las características de su trabajo actual, sobrecarga a la madre a raíz de esta situación, y aislamiento social.

La evaluación de cada uno de estos reactivos llevará a que el grupo maneje alternativas posibles que tiendan a modificar o paliar el peso negativo con que cada uno de estos hechos contribuye a la sensación de fracaso familiar (considerar la tentativa de suicidio colectivo protagonizada por el padre).

## 2.7 Comentario

Tomar en cuenta el nivel de riesgo del grupo familiar, en este caso supone reconocer implícitamente la estrecha dependencia entre el grado de riesgo presente en la patología de la paciente y el nivel tensional de su grupo de convivencia. Un terapeuta familiar formado sistemáticamente podría, incluso, plantear la hipótesis de la "función del síntoma", hoy discutida teóricamente, pero aún vigente como estrategia terapéutica, poniendo sobre el tapete el "rescate" que la paciente realiza de su familia, obligándola a dejar de lado los sentimientos depresivos y a ocuparse de sus ataques asmáticos, coincidentemente más frecuentes en los períodos en los que el padre está en casa:

Así como la sociología ha desarrollado el concepto de "estrategias familiares de supervivencia" (cf. Torrado S, 1981), cabe plantearse, a nivel psicosocial, los diversos cauces por los que atraviesan los miembros de una familia cuando se presentan ciertos riesgos que afectan al grupo en su conjunto. Enfocar estos cauces sin caer en esquematismos teleológicos o etiológicos es el objetivo del análisis psicosocial, única trama, a nuestro juicio, capaz de dar cuenta de las situaciones aquí planteadas y de poner en funcionamiento recursos existentes y no usados.

## Dimensión de análisis 3:

Causalidad lineal *versus* percepción de procesos y causalidad circular.

### 3.1 Situación modelizante:

Paciente: niño de 5 meses

Diagnóstico: desnutrición grado II

Antecedentes clínicos: no registra

Situación familiar actual: grupo familiar compuesto por padre (27 años, jornalero), madre (24 años, ama de casa) y 4 hermanos de 5, 4, 3 y 2 años. Por observación durante la consulta se describe la relación de la madre con el paciente como desafectivizada. El padre se queja de la actitud de indiferencia de la mujer en relación con las tareas domésticas. Ambos se quejan de las injerencias de las dos suegras en la vida de la familia, no traducibles en términos de cooperación. La madre fue medicada en el pasado con fármacos anticonvulsivantes, a raíz de ataques recurrentes de gritos y llantos, que no cedieron con la medicación y en los que esporádicamente incurre en la actualidad.

*Habitat:* Vivienda precaria en "villa de emergencia". El padre participa con algunos vecinos en actividades deportivas. La madre está aislada.

### 3.2 Análisis de la situación por los miembros del grupo y propuestas de intervención

El estado de desnutrición del bebé obedece al desapego materno de una mujer sobrecargada precozmente por embarazos y partos muy seguidos. Se propone diagnosticar y tratar la enfermedad de la madre, enviándola a un servicio de neurología dada su probable patología neuropsiquiátrica; impartir educación médica a la madre con respecto a las necesidades nutricionales y afectivas del bebé; diagnosticar y controlar a los otros niños de la pareja.

### 3.3 Análisis de las respuestas del grupo

El énfasis de las respuestas se puso en plantear como causa de la desnutrición del bebé, el desapego materno, que se explica por la sobrecarga de exigencias y por una eventual patología neuropsiquiátrica de la mujer. Se manifiesta también la preocupación por cada uno de los demás hijos del matrimonio, presuponiendo su desatención. Por consiguiente, se analiza la relación de pareja, la relación con ambas familias extensas y la relación con el medio social circundante.

### 3.4 Obstáculos epistemológicos puestos de relieve en el análisis de las respuestas del grupo

El modelo científico que subyace a las respuestas del grupo es el correspondiente a la causalidad lineal, en el que se plantea un factor que antecede temporalmente a otro, que es su consecuencia. En este caso, el desapego materno es considerado como el desencadenante de la desnutrición del niño. A su vez, el desapego es consecutivo a una probable patología neuropsiquiátrica de la mujer y a un exceso de responsabilidades. El esquema causal propuesto obedecería pues, a la secuencia:

patología neuro-psiquiátrica  
exceso de responsabilidades → desapego → desnutrición

Es esta una típica secuencia lineal, en la que determinados factores son relacionados unidireccionalmente, aislándolos del contexto en el que surgen.

### 3.5 Constructos teóricos necesarios para el análisis eco-sistémico

El énfasis en el carácter de *bucle* de la mayor parte de las relaciones humanas es uno de los principales postulados de la concepción holística, que exige un modelo de causalidad circular y múltiple. Por otra parte, contrariamente al punto de vista positivista, los nuevos paradigmas científicos postulan la existencia de una cierta magnitud de azar en la ocurrencia de los hechos estudiados, que hace que determinados fenómenos entren en combinación con otros.

Las nociones de retroalimentación positiva y negativa han demostrado ampliamente su utilidad en el análisis de la dinámica familiar, así como la clasificación de relaciones simétricas y complementarias en las interacciones a nivel de la pareja.

La desnutrición del bebé en este caso podrá confirmar, por ejemplo, la sensación de inutilidad de una madre acosada por conflictos en sus relaciones de parentesco (dados los datos sobre conflictos en la relación de pareja y sobre interferencias por parte de miembros de las familias extensas), y reforzar así el círculo desapego → desnutrición → sensación de impotencia → aislamiento social → desapego.

### 3.6 Estrategias de intervención derivadas del análisis eco-sistémico

Se impone en este caso trabajar para intentar modificar el patrón relacional de la pareja, claramente complementario, tornándolo más simétrico, en el sentido de lograr que la madre encuentre para sí un lugar propio por el que no lucha, salvo que se queja por medio de crisis que refuerzan su papel de desvalida y que hacen que se le rotule como enferma epiléptica. La desrotulación en este sentido y la convalidación de sus posibilidades como sujeto activo en la toma de decisiones (por ejemplo, a través de la búsqueda y empleo de métodos anticonceptivos), así como el unir a la pareja en el esfuerzo por transformar las interferencias de las suegras convirtiéndolas en patrones colaborativos, pueden ayudar a modificar el clima emocional de esta familia, del que la desnutrición del bebé es el exponente inmediato.

### 3.7 Comentario

Un estudiante de medicina aprende básicamente que las enfermedades tienen una etiología que a veces se conoce y otras no, pero que se supone que se llegará a conocer con el avance de la ciencia. Si bien en todos los casos no es aislable un agente etiológico como en las enfermedades infecto-contagiosas, el modelo para el resto de las enfermedades preconiza el mismo esquema causa-efecto. Si bien podemos pensar, por ejemplo, que la desnutrición infantil es el efecto del subdesarrollo socioeconómico, tal

esquema conceptual, por más que sea correcto, no aporta ningún tipo de herramienta en la tarea asistencial, como no sea ideologizar a la población, en cuyo caso estaremos haciendo una tarea política que podría reivindicarse como legítima a largo plazo, pero que no ofrece perspectivas para la acción inmediata en la situación asistencial\*. Cada niño desnutrido (y entendemos la desnutrición como una enfermedad social) tiene un particular contexto interaccional inmediato sobre el que habrá que actuar necesariamente. Limitarse a las medidas médicas del caso (rehidratación, consejos a la madre, etc.), será en la mayor parte de los casos insuficiente en relación con la prevención de las recidivas de la misma enfermedad o de otra, de las consideradas "prevenibles", lo que indica que más allá del contexto socioeconómico, que actúa como telón de fondo de la situación, existe una condición de falta de espacio afectivo para ese niño en particular, condicionada, a su vez, por la trama relacional específica del grupo que convive en el momento de la consulta. Pensar en términos del binomio madre-niño, culpando a la madre por su falta de apego hacia el bebé, implica aplicar un esquema causal lineal, en el que el microorganismo de las enfermedades infecciosas ha sido reemplazado por la figura "madre desapegada". Intentar actuar sobre esta dimensión vincular aislándola del contexto relacional más amplio en el que está inserta, es tan limitado como rehidratar al niño y volverlo a su *habitat* natural.

### Dimensión de análisis 4:

Proceso de producción de síntomas *versus* patrones de mantenimiento de síntomas.

#### 4.1 Situación modelizante:

Paciente: niña de 13 años

Diagnóstico: asma bronquial

Antecedentes clínicos: accesos asmáticos severos desde los 8 años, que no han requerido internación, pero que provocan la asistencia frecuente de la paciente a la guardia del hospital, en horas de la noche, permaneciendo allí hasta el día siguiente. La paciente manifiesta que en la guardia se siente confortada.

Situación familiar actual: la paciente vive con su padre y un hermano de 9 años, tras el abandono del hogar por parte de la madre, ocurrido hace 5 años; los contactos de los niños con la madre son muy esporádicos, dado que ella vive lejos y no los visita; el padre es muy severo con la paciente y controla especialmente sus relaciones con sus pares; los fines de semana y en vacaciones sale con sus hijos; no tiene amigos ni parientes cercanos.

*Habitat*: Vivienda modesta en barrio de clase media baja, acorde con el trabajo de empleado público del padre.

#### 4.2 Análisis de la situación por los miembros del grupo y propuestas de intervención

La niña expresa, por medio de sus ataques asmáticos, la sensación de opresión provocada por el abandono de la madre y el hipercontrol del padre. Se propone indicar psi-

\* Esta era la propuesta, en el plano de la medicina, del movimiento de mayo del 68 en Europa.

coterapia individual para la paciente, y recomendar mayor contacto con la madre.

#### 4.3 Análisis de las respuestas del grupo

Los comentarios evidencian la tendencia a buscar como desencadenante de la situación actual de la paciente, un hecho traumático de su historia personal, como lo que representa para una niña el haber sido abandonada por su madre. La terapia individual recomendada está encaminada hacia el intento de elaborar el duelo por tal acontecimiento, a la par que se insiste en la posibilidad de crear un contacto con la madre, el cual no se sabe si será o no nuevamente frustrante.

#### 4.4 Obstáculos epistemológicos puestos de relieve en el análisis de las respuestas del grupo

Tanto la difusión en nuestro medio de la teoría psicoanalítica como el modelo científico transmitido en las escuelas de medicina, enfatizan la dimensión etiológica, la pregunta de por qué se llega a la situación en estudio. La idea implícita aquí es que no se puede intervenir en un sistema sin conocer sus razones intrínsecas. En este caso, el abandono de la madre es postulado como el desencadenante de una enfermedad psicósomática como el asma. Se intenta así reconstruir el contexto original de la aparición del asma y se proponen intervenciones enfocadas a modificar la vivencia provocada por tal situación. El supuesto es que la elaboración del conflicto que dio origen al síntoma disolverá la matriz en la que está apoyado, con su consiguiente desaparición.

#### 4.5 Constructos teóricos necesarios para el análisis ecossistémico

C. Sluzki (1983) ha desarrollado claramente la diferenciación entre los procesos de producción de síntomas y las pautas de mantenimiento de síntomas. Estas últimas abarcan tanto lo que no se hace para que no aparezca la conducta sintomática, como lo que activamente el propio sujeto o su contexto interaccional desarrollan como patrones que la mantienen. En este caso, las pautas de mantenimiento deberán buscarse en el excesivo control que el padre ejerce sobre la paciente, teniendo en cuenta su momento evolutivo (la eclosión de la pubertad), y lo que ella consigue asistiendo a la guardia del hospital, un lugar atendido por jóvenes profesionales que la distraen haciéndola participar de sus momentos libres. La concurrencia al hospital se ha convertido, pues, para esta paciente, en una salida frente al riguroso control ejercido por el padre, que éste no puede coartar. Estos datos nos hacen correr el riesgo de plantearnos el síntoma desde una óptica teleológica, en la que se reemplace de un modo mecánico el por qué por el para qué. Sin embargo, poner el énfasis en las pautas de mantenimiento de síntomas lleva a detectar, por un lado, las secuencias interactivas en las que éstos están incluidos, y por otro, el sentido actual de la conducta sintomática, cuya adecuada exploración va más allá que la simple pregunta sobre el para qué. En el caso clínico que estamos analizando, el sentido de los ataques de asma de la paciente debe buscarse en el particular momento del ciclo vital familiar, y en el modo en que éste está siendo procesado por esta familia de un solo padre, en

términos del riesgo que el crecimiento de los hijos implica para este hombre solo y aislado.

#### 4.6 Estrategias de acción derivadas del modelo ecossistémico

Un modo de romper la particular secuencia interactiva descrita consistió en convencer (lo cual no resultó fácil) a los profesionales de la guardia del hospital de que no ofrecieran a la paciente el grado de atención que venían brindándole en las noches en las que concurría al establecimiento, al mismo tiempo que se trabajó con el padre para que éste pudiera aceptar que sus hijos se relacionaran con sus pares y entre sí, no estando él presente. Se le alentó asimismo a que emprendiera actividades de recreación en su tiempo libre, sin ellos, y a que reanudara antiguas relaciones que había interrumpido tras su separación. Gradualmente se llegó a poder plantear a la paciente que sólo sería atendida en el hospital durante el día, y que si necesitaba atención nocturna debía dirigirse al hospital de adultos, donde el trato que recibió, una vez que lo intentó, fue estrictamente profesional. Al cabo de un tiempo la paciente dejó de presentar ataques de disnea.

#### 4.7 Comentario

Resulta difícil aceptar que en muchos casos, intentar una estrategia que rompa la secuencia interactiva que contiene una conducta sintomática, no requiere otro diagnóstico que el de la secuencia misma. Sin pretender desmerecer el aporte de las teorías que enfatizan el valor de la etiología para la comprensión de los fenómenos, hoy sabemos también que existen procesos auto-perpetuantes, que adquieren una suerte de autonomía con respecto a aquello que originariamente los dispara.

Pretender descubrir un alérgeno específico en un ataque de asma equivale a buscar una situación emocional específica a la que el ataque constituye una respuesta. Como dice el mismo Sluzki, en una gran mayoría de los casos, los procesos disfuncionales, tanto a nivel orgánico como interaccional, se repiten más allá de su "tiempo crítico útil", aludiendo con esto a una reacción correspondiente a una situación de tensión frente a la que el síntoma puede haber constituido en su momento un tipo de respuesta. Pero ocurre que en lo sucesivo puede no ser respuesta a nada. Sólo ocurre y en esta ocurrencia es importante el modo en que es mantenido como síntoma.

#### Dimensión de análisis 5:

Biologismo *versus* integración cuerpo-mente-contexto ambiental.

##### 5.1 Situación modelizante:

Paciente: niña de 15 años

Diagnóstico: diabetes juvenil

Antecedentes clínicos: consulta en estado de acidosis; es diabética desde los 5 años; presenta retardo de talla, aspecto cushinoide, sin desarrollo puberal, hepatomegalia y trastornos visuales.

Situación familiar actual: es la mayor de 3 hermanos, siendo los dos menores 2 varones de 13 y 3 años; los padres, oriundos de España, se trasladaron al país cuando

la paciente tenía 1 año; tienen un almacén, en el que trabajan junto con la paciente, quien no terminó la escuela primaria, a pesar de su buen rendimiento escolar, debido a que era necesaria en el negocio; actualmente trabaja 12 horas al día y maneja las compras y la contabilidad del almacén; sus hermanos, por el contrario, se dedican a sus tareas escolares; los padres experimentan dificultades para adaptarse al medio; la paciente actúa como traductora de los códigos de la comunidad en la que viven.

*Habitat:* vivienda en un barrio obrero; la casa es continuación del negocio.

## 5.2 *Análisis de la situación por parte de los miembros del grupo y propuestas de intervención*

Se hace especial hincapié en la necesidad de ajustar el diagnóstico clínico, en cuanto al estado actual de la diabetes. Se aventura la posibilidad de que se trate de un síndrome de Mauriac por mal manejo de la diabetes. Se piden análisis clínicos para confirmar la presunción diagnóstica. Se insiste en que se deben dar indicaciones precisas a la paciente y a sus padres en cuanto al control de la diabetes.

## 5.3 *Análisis de las respuestas producidas por el grupo*

Las respuestas enfocan la enfermedad de la paciente abstrayéndola del contexto en el que ella se mueve, por un lado, y de los concomitantes psicológicos de su estado actual, por el otro. Se pone entre paréntesis, pues, la situación global que impidió en esta familia el adecuado control de la enferma. El supuesto con el que el grupo se maneja parece ser el que hecho el diagnóstico, el grupo familiar y la paciente seguirán las indicaciones terapéuticas pertinentes. Se escotomizan, pues, los datos de la historia, tras la fascinación ejercida por la función diagnóstica.

## 5.4 *Obstáculos epistemológicos puestos de relieve en el análisis de las respuestas del grupo*

La posibilidad de certificar un diagnóstico (se llegó a la conclusión que se trataba de un síndrome de Mauriac) es en esta situación, como en muchas otras en la práctica médica, entendida como aquello que define estrictamente la función profesional. El poder ubicar al paciente en una categoría diagnóstica es priorizado como actividad clasificatoria que legitima la situación del enfermo, ubicándolo en algo ya descrito por otros. El diagnóstico de síndrome realizado en este caso obtura la visión sintetizadora acerca de una niña puesta por su familia en un rol de puente con la parte externa del grupo, lo cual la ha llevado a una sobreadaptación en algunas dimensiones de su crecimiento, en detrimento de los cuidados de su enfermedad.

## 5.5 *Constructos teóricos necesarios para el análisis eco-sistémico*

El modelo ABCX propuesto por Hill (1949) para el análisis de las situaciones críticas provocadas por la separación y posterior reunión del grupo familiar como consecuencia de la guerra; la modificación más reciente de dicho modelo realizada por McCubbin y Figley (1983) en

lo que denominaron el modelo doble ABCX, los conceptos de vulnerabilidad familiar y los de poder regenerativo definidos por Burr (1973), el concepto de familia energizada de Pratt (1976) y el modelo de ciclo vital familiar propuesto por Carter y MacGoldrick (1980), que incluye la diferenciación entre factores tensionantes verticales (provenientes del sistema social, de la familia extensa y de la familia nuclear) y factores tensionantes horizontales (evolutivos y externos), son algunos de los constructos que es necesario introducir para llegar a una conceptualización que incluye una óptica en la que se visualizan los marcos de la familia nuclear, de la familia extensa y los patrones culturales concretizados en los mitos y creencias acerca de la enfermedad en cuestión en el grupo familiar en particular (cf. Kornblit, A., 1984 y 1985).

## 5.6 *Estrategias de acción derivadas del modelo eco-sistémico*

La posibilidad de que la paciente ejerza un control adecuado sobre su diabetes depende de que se revierta la inversión de roles presente en esta familia, en la que es la paciente la que vela por sus padres, a costa del descuido de su enfermedad. Poner a los padres a cargo de la hija, en lo que respecta a la enfermedad, es el primer paso de una estrategia de acción que modifique el proceso seguido durante estos años en esta familia. Enfocar la posibilidad de desarrollar los aspectos cercenados en el ciclo vital de esta joven, por ejemplo, su relación con pares, es un objetivo prioritario, con la salvedad de que esto debe alentarse concomitantemente con técnicas que lleven a un afianzamiento de la integración de los padres a la comunidad en la que viven.

## 5.7 *Comentarios*

El modelo biológico ha constituido el paradigma del análisis científico en una amplia gama de disciplinas, entre las que la medicina ha demostrado ser una de sus más devotas seguidoras. Lo biológico, asimilado a "lo natural", parece legitimar a la medicina como ciencia. Por otra parte, la práctica médica, al abocarse principalmente a la terapéutica de las enfermedades, se ha limitado a estudiar los cambios corporales asentados en el nivel biológico, abstrayendo, en la mayor parte de los casos, los niveles psicológico y social, a la vez co-determinantes y expresión de los procesos atinentes a la salud y a la enfermedad.

La jerarquización de lo biológico en el pensamiento médico tiene que ver con la antigua dicotomía mente-cuerpo, asimilada a la de naturaleza-sujeto, nunca del todo zanjada, y con el prestigio de lo orgánico como justificación de la incapacidad.

La apelación médica a la biología como basamento científico oculta el sentido social del continuo salud-enfermedad y lo recorta de las condiciones concretas y cotidianas de la existencia, que enmarcan los fenómenos biológicos y les confieren sentido.

## **Dimensión de análisis 6:**

Unidad de análisis individual *versus* unidad de análisis grupal.

### 6.1 *Situación modelizante:*

Paciente: niño de 13 años.

Diagnóstico: diabetes juvenil

**Antecedentes clínicos:** inicio de la enfermedad: 4 años atrás; ha estado internado repetidas veces por descompensación acidótica; el inadecuado control de su enfermedad lo ha llevado a padecer precozmente complicaciones visuales (cataratas) y a un retardo pondero-estatural marcado.

**Situación familiar actual:** vive con su madre, la nueva pareja de ésta y 3 hermanos, hijos de esta unión; el padrastro manifiesta un claro rechazo hacia él, y la madre, incapaz de manejar la situación de otra manera, ha optado por enviarlo todas las veces que puede a la casa de una hermana, donde tampoco es bien recibido por sus primos. Ante cada nueva descompensación de su enfermedad, la tía lo reenvía a la casa materna.

**Habitat:** ambas familias habitan en la misma "villa de emergencia"; el niño cursa su escolaridad exitosamente, aunque con interrupciones a causa de sus crisis; mantiene una buena relación con sus maestros y compañeros, y los directores de la escuela a la que asiste manifiestan preocupación por su estado.

### 6.2 *Análisis de la situación por los miembros del grupo y propuestas de intervención*

Se considera que la descompensación de la diabetes del niño se deriva de la situación de rechazo y abandono en que lo tiene su madre, en primer lugar, y su tía, en segundo. Se plantea la posibilidad de buscar una familia sustituta que quiera hacerse cargo del niño y velar por el cumplimiento de los cuidados que impone la enfermedad.

### 6.3 *Análisis de las respuestas producidas por el grupo*

Si bien se expresa en las respuestas el reconocimiento de la importancia de un contexto interaccional apropiado en la evolución de una enfermedad, especialmente como la diabetes, la propuesta de la búsqueda de un nuevo contexto, como sería una familia sustituta, desconoce el hecho del sentimiento de abandono definitivo que surgiría probablemente en el niño en este caso. Se desconoce también el hecho de que el paciente pelea por la recuperación del vínculo con la madre, dado que al no controlarse entra en descompensaciones que reclaman su presencia. Es ajena a esta propuesta la idea que el objetivo primero de toda intervención a nivel micro-social es poner en juego los recursos disponibles en el sistema, y no provocar discontinuidades sin valorar el alto costo psicológico de las pérdidas que ellas traen aparejadas.

### 6.4 *Obstáculos epistemológicos puestos de relieve en el análisis de las respuestas del grupo*

El modelo médico, basado en la concepción biológica, ha legitimado la esfera individual como campo de acción único de su acción. La unidad de intervención será así, necesariamente, el individuo, aún cuando ocasionalmente pueda considerarse necesario incluir en la consulta a sus otros parientes significativos para protegerlo del microsistema al que pertenece. El *locus* de la patología,

tal como lo describe Minuchin (1978), será necesariamente "interno", ya se trate de fenómenos que aparecen primariamente a nivel biológico o a nivel "mental", definiéndose este último como los procesos intrapsíquicos que configuran el sí mismo de un sujeto.

### 6.5 *Constructos teóricos necesarios para el análisis eco-sistémico*

Lo mental, concebido como lo intrapsíquico, difiere de su significado en el marco teórico sistémico, que a partir de Bateson (1966) es entendido como un circuito auto-correctivo que abarca al sistema global en el que el acto individual tiene lugar. La unidad de intervención debe pensarse siempre en términos de un subsistema en relación con otros subsistemas. El *locus* de la patología será, pues, el individuo en su contexto.

Diversas situaciones críticas por las que atraviesan los grupos familiares demuestran que los recursos disponibles en el ámbito intragrupal no son suficientes para enfrentarlas. Se hace necesario en estos casos apelar entonces a la red social que rodea a la familia, o aún construirla, para poder enfrentar la crisis. La red social se convierte en la unidad de trabajo para los profesionales de la salud en la búsqueda de apoyos sociales y recursos necesarios en una situación de extrema tensión. La idea básica es la de reforzar las redes sociales naturales de la familia, por medio de una expansión de la pertenencia y del suministro de apoyo. El énfasis en la construcción de redes está relacionado, pues, con estructuras sociales que faltan o están debilitadas (Erikson, 1984).

### 6.6 *Estrategias de acción derivadas del modelo eco-sistémico*

Dado el interés que el niño es capaz de despertar en el medio escolar, se propone construir una red social alrededor de él y de sus familiares, convocando a los integrantes de sus dos familias de pertenencia (la de la madre y la de la tía), su maestro actual y los anteriores que quieran participar, el personal directivo de la escuela y los padres de sus compañeros que deseen intervenir. Se reunieron así alrededor de quince personas, quienes tomaron a su cargo la responsabilidad de encontrar algún tipo de solución para efectivizar el control de la enfermedad. De ellas surgió la idea de buscar una vecina que, actuando como voluntaria, supervisara diariamente al niño en cuanto a la aplicación de insulina según los datos de los controles urinarios. El grupo se mostró comprensivo frente a las exigencias que para la madre y la tía representaban el tener que ocuparse de sus respectivos grupos familiares, sobrecargados a su vez por otras situaciones vitales, y la demanda de la enfermedad del niño. Se modificó así el tono de reproche que ambas recibían cuando eran citadas por los médicos del hospital, lo que redundó en un vínculo más fluido entre ellas y el niño.

### 6.7 *Comentarios*

Como lo señala Elkaim (1980), si transmitimos a las familias en situaciones de riesgo psico-social la idea de que sus problemas están exclusivamente ligados a su pasado o a sus conflictivas relaciones interpersonales presentes,

participamos del ocultamiento de las contradicciones que surgen de la estructura social, convirtiéndonos en agentes de control social. Si, por el contrario, incluimos en nuestra apreciación de las situaciones por las que atraviesan, elementos de sus contextos sociales, económicos, culturales y políticos, idearemos intervenciones que comprendan las redes sociales naturales en las que las familias están insertas, o construiremos redes de solidaridad para las familias o los individuos aislados, tendiendo a lo que el mismo Elkaim ha denominado desfamiliarización, coincidente con el movimiento de desmedicalización y despsiquiatrización propugnado por la antipsiquiatría y retomado por antropólogos como E. Menéndez (1979, 1983)\*. Es obvio que esta orientación sólo puede intentarse desde un equipo de salud homogéneo ideológicamente, dado que tendrá que enfrentarse con múltiples oposiciones desde las más variadas estructuras de poder. En el campo de los trastornos orgánicos esta concepción lleva a propugnar como primer nivel de atención primaria a la comunidad misma, controvertida idea en medicina.

### **Dimensión de análisis 7:**

Relación asimétrica en el equipo de salud (jerarquía médica) *versus* relación de simetría profesional en el equipo de salud.

#### **7.1 Situación modelizante:**

Paciente: niña de 15 años  
Diagnóstico: obesidad

Antecedentes clínicos: importante sobrepeso (25 %) desde los 11 años; ha realizado varios tratamientos para adelgazar, pero los abandona al poco tiempo; le va mal en el colegio, es repetidora, no tiene amigas ni compañeras a las que frecuente.

Situación familiar actual: vive con su madre y la nueva pareja de ésta, tras la muerte de su padre, ocurrida cuando la paciente tenía 8 años. Tanto la madre como su compañero trabajan muchas horas fuera de la casa, de modo que la paciente, al volver de la escuela, permanece sola en la casa toda la tarde.

*Habitat:* vivienda en casa de departamentos, barrio de clase media baja.

#### **7.2 Análisis de la situación por parte de los miembros del grupo y propuestas de intervención**

La obesidad de la paciente se considera como respuesta al "duelo no elaborado" por la muerte del padre y a su probable dificultad para aceptar la nueva pareja de la madre. La joven debe realizar un tratamiento psicoterapéutico que la ayude en estos aspectos e ingresar a un grupo de autogestión para obesos (tipo A.A.). Se propone también la intervención de un psicopedagogo que nivele a la joven en su escolaridad, para que encuentre en ella nuevas fuentes de satisfacción, hasta ahora no discutidas.

Llama la atención que no se citen en los trabajos sobre el punto de vista sistémico en psiquiatría, las obras de psicólogos sociales como H. Becker (1971), Th. Scheff (1973), E. Goffman (1970) o T. Szasz (1973), cuya producción puede considerarse coincidente en muchos aspectos con la de los primeros.

#### **7.3 Análisis de las respuestas dadas por los miembros del grupo**

Se recorta nuevamente a la paciente de su contexto interaccional inmediato (familia y pares), indicando lo que sería deseable que hiciera, sin detenerse a instrumentar los medios para conseguirlo, dados los fracasados intentos anteriores. Las intervenciones propuestas apuntan a lograr modificaciones en la joven sin alterar su contexto.

#### **7.4 Obstáculos epistemológicos puestos de relieve en el análisis de las respuestas del grupo**

Se parte de una estrategia que ignora las posibilidades que aportan las intervenciones de otros integrantes del equipo de salud, como los asistentes sociales. Se evidencia en las respuestas la ausencia de modelos integradores en la aprehensión de las situaciones, capaces de ser alcanzados a través del aporte conjunto de otros profesionales del equipo de salud. Se mantiene el punto de vista de que cada profesional enfoca la situación de la paciente desde su propia perspectiva. Así, el psicólogo deberá ocuparse de los aspectos intrapsíquicos, el especialista en nutrición enfocará la obesidad y el psicopedagogo los trastornos de aprendizaje. Lo que está ausente en esta conceptualización es la idea de la necesidad de trabajar sobre los puntos de intersección entre los subsistemas involucrados en la situación (Auerswald, 1981), por medio de una investigación *in situ* del medio habitual en el que se mueve la paciente. El modelo "interdisciplinario" fracasa al querer proveer una visión unificada y una planificación consecuente de las acciones encaminadas a modificar contextos.

#### **7.5 Constructos teóricos necesarios para el análisis eco-sistémico**

La idea del entrenamiento en equipos integrados interdisciplinariamente y que trabajan en conjunto está siendo incorporada con dificultad en el ámbito del quehacer médico. En este tipo de enfoque, la coordinación del equipo es rotativa, según el peso actual de las variables en juego en una situación. La función médica es así desplazada al equipo de salud que arbitrará los pasos a seguir en cada caso, tras de hacer el análisis global de la situación. Si bien puede pensarse que esta modalidad de trabajo complica la operatividad de un servicio asistencial, en realidad ello implica trasladar la interdisciplinariedad de la derivación al análisis de la situación en el momento de la consulta, lo que redundará en una real economía de esfuerzos, convergiendo en una red de intervenciones que al programarse desde la comprensión global de la situación tienden a ser más eficaces. Estos equipos deben estar integrados por especialistas que manejen, más allá de su propio campo de conocimientos, un código compartido respecto al análisis y enfoque de las situaciones de crisis en una familia (cf, Engel, 1980). Esto requiere un proceso de aprendizaje grupal en experiencias del tipo de las que proponemos en este trabajo.

#### **7.6 Estrategias de acción derivadas del modelo eco-sistémico**

Se propuso recabar datos por medio de una investiga-

ción *in situ* de los contextos interrelacionales de la paciente (profesores, compañeros de estudio, vecinos), además de trabajar conjuntamente con la madre y su pareja respecto a la posibilidad de reordenamiento de su vida cotidiana, con el objetivo de intentar modificar un estilo familiar centrífugo, con poco contacto entre sus miembros. Las asistentes sociales del equipo de salud realizaron un trabajo de campo conectándose con los grupos naturales de la paciente, investigando en ellos los recursos disponibles para modificar las situaciones cotidianas de la paciente. Así se logró que se formara un grupo de compañeras para estudiar juntas por la tarde, y otro para realizar actividades al aire libre. Al mismo tiempo, las autoridades de la escuela ofrecieron a la paciente la posibilidad de cooperar en tareas docentes vespertinas con los niños más pequeños. Fueron entrevistados también los jefes de la oficina de la madre, obteniéndose permiso para que la paciente almorzara con ella en el comedor de la empresa. El marido de la madre se ofreció, durante los fines de semana, a ayudar a la joven con sus lecciones. Este tipo de intervenciones surgieron del análisis que el equipo de salud hizo de la situación, y del estudio de los recursos que podían ser movilizados a nivel de los grupos naturales de la joven, teniéndose especial cuidado en contar en cada caso con su consentimiento, antes de promover la ayuda específica de cada uno de ellos.

## 7.7 Comentarios

El trabajo en equipo realizado en forma conjunta tropezó en nuestro medio con la asimetría presente en los grupos conformados por los trabajadores de la salud, en cuanto a los factores de prestigio y de poder. El médico goza tradicionalmente de una situación de privilegio en el área de la salud, derivada probablemente de su capacidad para actuar en situaciones de crisis en las que está involucrada la eventualidad de la muerte biológica.

La concepción acerca de la salud como ausencia de enfermedad está ligada al ejercicio de una praxis médica que ignora el hecho de la construcción social de ambos fenómenos. Entender que la asignación de sentido tanto a los síntomas como al particular estado de bienestar asociado a la salud depende de representaciones sociales, en las que intervienen sistemas culturales e ideológicos, modifica el funcionamiento del equipo de salud, asignándole roles equivalentes a los profesionales no-médicos.

Hay que señalar que el modelo médico hegemónico es tributario no sólo de los profesionales de la salud, sino también del público consumidor de la oferta médica, que orienta su demanda siguiendo las líneas de la ideología dominante en este campo.

Las intervenciones del equipo de salud orientado eco-sistémicamente encontrarán, pues, la doble oposición de

Dimensión.	Modelo médico hegemónico.	Modelo eco-sistémico.	Obstáculos epistemológicos.	Constructos teóricos.	Estrategias de acción.
1	Focalización en la queja.	Reconocimiento del contexto interpersonal; reconocimiento del contexto socio-cultural.	Autonomía de los sistemas; a-relacionabilidad de los niveles de la realidad (mente-cuerpo-individuo-grupo).	Jerarquías e integración de subsistemas; grupo doméstico; alianzas y coaliciones; familia nuclear y extensa.	Trabajo con grupos familiares y con redes comunitarias.
2	Eficacia pragmática actual.	Evaluación de familias en riesgo.	Tarea médica: fundamentalmente asistencial.	Crisis normativas y paranormativas.	Acciones de seguimiento y control preventivo a partir de la evaluación de situaciones críticas.
3	Causalidad lineal.	Percepción de procesos; causalidad circular.	Modelo científico causa-efecto; aislamiento de las variables en juego.	Retroalimentación positiva y negativa en lo relacional; multicausalidad e incertidumbre; relaciones simétricas y complementarias.	Intervenciones multifocales.
4	Proceso de producción de síntomas.	Patrones de mantenimiento de síntomas.	Necesidad de conocimiento de la etiología como condición del acto médico.	Elementos de teoría de la comunicación, procesos auto-perpetuantes.	Ruptura de secuencias interactivas.
5	Biologismo.	Integración cuerpo-mente-contexto ambiental.	Legitimación del cuerpo como objeto único de la acción médica.	Modelo ABCX; vulnerabilidad familiar; ciclo vital familiar; mitos y creencias en torno a la enfermedad.	Abordaje familiar de la enfermedad orgánica.
6	Unidad de análisis individual.	Unidad de análisis grupal.	Legitimación de la esfera individual como campo único de la acción médica; lo mental como intrapsíquico.	Lo mental como immanente al sistema relacional; unidad de intervención: relación entre subsistemas, <i>locus</i> de la patología: individuo en contexto.	Reforzamiento de redes comunitarias naturales o construcción de las redes faltantes.
7	Relación asimétrica en el equipo de salud (jerarquía médica).	Relación de simetría profesional en el equipo de salud.	Propuestas interdisciplinarias que carecen de modelos integradores del conocimiento.	Necesidad de entrenamiento en conjunto; producción social del conocimiento.	Coordinación grupal rotativa según el tipo de situación a la que se enfrenta; participación de la comunidad en la promoción de la salud.

profesionales atrincherados en roles específicos y de los consumidores de una medicina que los ubica en un papel de sumisión pasiva a una ciencia pretendidamente omnisciente. Los proyectos que alientan la participación de la comunidad en el área de la promoción de la salud forman parte de las estrategias recomendadas por expertos de la OMS, aún cuando su concreción se ha limitado a experiencias piloto. Tales estrategias requieren, como es obvio, equipos de salud integrados simétricamente por profesionales provenientes de diferentes campos del saber.

## Síntesis

A modo de sistematización presentamos en un cuadro las correspondencias entre cinco categorías mencionadas en el texto:

1. Características del modelo médico hegemónico.
2. Características del modelo eco-sistémico.
3. Obstáculos epistemológicos que deben vencerse para poder llegar a la conceptualización eco-sistémica.
4. Constructos teóricos necesarios para poder llegar al desarrollo del modelo eco-sistémico.
5. Estrategias de intervención que surgen a partir del modelo eco-sistémico.

## BIBLIOGRAFIA

1. ACHARD P Y COLS: *Discurso Biológico y Orden Social*. Nueva Imagen, México, 1980.
2. APONTE H: The family-school interview: An eco-structural approach, *Family Process*, 15:303-311, 1976.
3. AUERSWALD E: Conceptos y modelos cambiantes sobre el tratamiento de pacientes internados. En: Caplan, G. y Lebovici, S. (comp.). *Psicología Social de la Adolescencia*. Paidós, Buenos Aires, 1973.
4. AUERSWALD E: El enfoque interdisciplinario y el ecológico, en Ackerman, N y cols. *Grupoterapia de la Familia*. Paidós, Buenos Aires, 1981.
5. AUERSWALD E: The government health services program: An experiment in ecosystemic community health care delivery. *Family Systems Medicine*, 1:5-24, 1983.
6. AUERSWALD E: Thinking about thinking in family therapy. *Family Process*, 24:1, 1985.
7. BACHELARD G: *La Formación del Espíritu Científico*. Siglo XXI, Buenos Aires, 1974.
8. BATESON G: *Pasos Hacia una Ecología de la Mente*. C. Lohlé, Buenos Aires, 1966.
9. BECKER H: *Los Extraños, Sociología de la Desviación*. Tiempo Contemporáneo, Buenos Aires, 1971.
10. BERGER P, LUCKMAN T: *La Construcción Social de la Realidad*. Amorrortu, Buenos Aires, 1976.
11. BRONFENBRENNER U: *The Ecology of Human Development*. Harvard University Press, Cambridge, Mass., 1979.
12. BURR W: *Theory Construction and the Sociology of the Family*. Wiley, N.Y., 1973.
12. bis CARTER E, MCGOLDRICK M: *The Family Life Cycle*. Garden Press, N.Y., 1980.
13. DOHERTY W, BAIRD M: *Family Therapy and Family Medicine*. Guilford Press, N.Y., 1983.
14. ELKAIM M: Sistema familiar y sistema social. En: Andolfi, M, Zwerling I: *Dimensiones de la Terapia Familiar*. (Ed) Paidós, Buenos Aires, 1985.
15. ENGEL G: The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196:129-136, 1977.
16. ENGEL G: The biopsychosocial model. *Am J Psychiatry*, 137:535-544, 1980.
17. ERIKSON G: A framework and theories for social network intervention. *Family Process*, 23:2, 1984.
18. FIGLEY Ch, McCUBBIN H: *Stress and the Family*. Brunner Mazel, N.Y., 1983.
19. GLENN M: *On Diagnosis: A Systemic Approach*. Brunner Mazel, N.Y., 1984.
20. GOFFMAN E: *El Ritual de la Interacción Social*. Tiempo Contemporáneo, Buenos Aires, 1970.
21. GÓMEZ E: La enseñanza de la psiquiatría de enlace. *Acta Psiq Ps Amér Lat*. XXX (1):65-70, Buenos Aires, 1984.
22. GRAHAM H: *Woman, Health and the Family*. Harvester Press, Escocia, 1984.
23. HORKHEIMER M: *Eclipse de la Raison*. Payot, París, 1974.
24. HILL R: *Families Under Stress*. Harper and Row, N.Y., 1949.
25. HUYGEN F: *Family Medicine*. Brunner Mazel, N.Y., 1982.
26. KEENEY B: Eco-systemic epistemology: An alternative paradigm for diagnosis. *Family Process*. 18, 1979.
27. KEENEY B, SPRENKLE D: Ecosystemic epistemology: Critical implications for the aesthetics and pragmatics of family therapy. *Family Process*. 21(1):1-19, 1982.
28. KORNBLIT A: *Semiótica de las Relaciones Familiares*. Paidós, Buenos Aires, 1984.
29. KORNBLIT A: *Somática Familiar*. Gedisa, Barcelona, 1985.
30. KUHN T: *La Estructura de las Revoluciones Científicas*, F C E, México, 1972.
31. LIMA B: Las intervenciones preventivas y el registro tri-axial de los problemas de salud en la atención primaria: oportunidades y dificultades. *Salud Mental*, 7(2):10-19, 1984.
32. MENÉNDEZ E: *Cura y Control. La Apropiación de lo Social por la Práctica Psiquiátrica*. Nueva Imagen, México, 1979.
33. MENÉNDEZ E: Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud. Cuaderno 86 de la Casa Chata, México, 1983.
34. MINUCHIN S: *Psychosomatic Families*. Harvard Univ. Press, Cambridge, Mass., 1978.
35. MORIN E: *El Método. La Vida de la Vida*. Cátedra, Madrid, 1981.
36. O M S: Atención de salud mental en los países en

- desarrollo: análisis crítico de los resultados de las investigaciones, Serie de informes técnicos, núm. 698, Ginebra, 1984.
37. PRATT L: *Family Structure and Effective Health Behavior: The Energized Family*. Houghton Mifflin, Boston, 1976.
  38. SCHEFF T: *El Rol de Enfermo Mental*. Amorrortu, Buenos Aires, 1973.
  39. SLUZKI C: *Proceso de producción y pautas de mantenimiento de síntomas. Terapia Familiar*, Buenos Aires, 12:139-154, 1983.
  40. SLUZKI C: A brief rejoinder to a brief rejoinder, *J Marital Family Therapy*, 8:399-401, 1982.
  41. SASZ T: *El Mito de la Enfermedad Mental*. Amorrortu, Buenos Aires, 1973.
  42. TORRADO S: The family life strategies approach in Latin America: Theoretical-methodological trends. Trabajo presentado en la General Conference of IVS-SP, Manila, mimeo, 1981.
  43. WALSH F: *Normal Family Processes*. The Guilford Press, N.Y., 1982.
  44. WATZLAWICK P: *Pragmática de la Comunicación Humana*. Tiempo Contemporáneo, Buenos Aires, 1974.
  45. WEAKLAND J: Family somatics: a neglected edge. En: *The Interaction View*. Norton, San Francisco, 1977.
  46. WORLD HEALTH ORGANIZATION: The risk approach in health care, Public Health Papers, Ginebra, 1984.
  47. ZALES M: *Stress in Health and Disease*. Brunner Mazel, N.Y., 1985.