

Limitaciones del paradigma biomédico en las instituciones geriátricas

María Laura Robledo

Médica geriatra
E-mail: mlaurarobledo@yahoo.com.ar

Cecilia Cabello

Médica geriatra

Silvina Dahl

Médica clínica

Resumen

La percepción social del envejecimiento vinculada con la pérdida de funciones, tanto físicas como psíquicas, que determinan en muchos casos la institucionalización de los adultos mayores en residencias geriátricas, genera que la atención médica esté determinada por un modelo biomédico, centrado en factores orgánicos, como condicionantes de la enfermedad. La enfermedad no es una condición aislada en una persona, sino que tiene una dimensión subjetiva y social; es por eso que la historia biográfica se convierte en el principal referente en la atención de los adultos mayores.

Las personas experimentan su enfermedad dentro de una narrativa que le da sentido a sus vivencias, lo cual no está contemplado en el modelo biomédico, donde los factores psicosociales que influyen en el desencadenamiento o en el mantenimiento de la patología son desconsiderados.

Este artículo intenta hacer una revisión del problema que se presenta cuando la atención de los adultos mayores que residen en instituciones geriátricas está centrada en el modelo biomédico.

Palabras claves: Instituciones geriátricas - Modelo biomédico - Narrativa - Historia biográfica.

LIMITATIONS OF THE BIOMEDICAL PARADIGM IN GERIATRICS INSTITUTIONS

Abstract

The social perception of ageing related to the loss of both physical and psychological functions that determine in many cases the institutionalization of the elderly in nursing homes, leads to a medical care focused on a biomedical model, centered on organic factors as determinants of the illness.

Illness is not an isolated condition in an individual, but has a subjective and social dimension. For this reason the biographic history becomes the main reference point in the care of the elderly.

People experiment their disease within a narrative that gives a meaning to their experience; but this is not considered by the biomedical model, where the psychosocial factors that influence the onset or progression of the pathology are disregarded.

This article attempts to explore the problem that arises when the care of the elderly that reside in geriatric institutions is centered on the biomedical model.

Key words: Geriatric institutions - Biomedical model - Narrative - Biographical history.

Introducción

El envejecimiento es un proceso que está en relación directa con cambios biopsicológicos interpretados por una cultura que le da una significación, en un contexto particular y cambiante. En este contexto, la percepción social sobre la vejez suele estar ligada al deterioro, a la falta de desarrollo y a la dependencia, esté o no atravesada por algún tipo de enfermedad.

Esta mirada, en donde prevalece el deterioro y la disminución de las capacidades (físicas y/o intelectuales), coloca a los adultos mayores en un lugar de cuidado, donde el protagonismo lo tiene el modelo asistencial y, con ello, el paradigma biomédico. Es decir, el foco está en el cuidado de la persona y en el tratamiento de la enfermedad.

Siendo críticos de este paradigma y convencidos de que la forma de abordaje debe ser mucho más amplia, es que creemos que la Medicina debe pensarse de una manera diferente al modelo clásico y tradicional. Sería desafortunado creer que la enfermedad es una situación aislada en una persona y que los médicos solo tratamos enfermedades. Las personas llegan a la consulta atravesadas por una historia de vida, una historia social, familiar, económica, laboral, etc. Es la historia biográfica la que construye la identidad del individuo. El modelo biomédico desarma los relatos porque el foco está puesto en las enfermedades, no en las personas. Según Sacks (1) "nosotros tenemos, todos y cada uno, una historia biográfica, una narración interna, cuya continuidad, cuyo sentido es nuestra vida. Podría decirse que cada uno de nosotros edifica y vive una "narración" y que esa narración es nosotros, nuestra identidad" (1).

La biografía se convierte en el principal referente de la atención y del trato personalizado. Ésta puede ser definida como el conjunto de informaciones recogidas, identificativas y significativas de las trayectorias vitales del individuo.

Esta visión de la Medicina complementa la visión médico-técnica con la visión desde el paciente, basada en las subjetividades, es decir, lo que la persona *siente* que es su enfermedad. Y entonces, más que un interrogatorio es necesario –en palabras del Dr. Paco Maglio- un "escuchatorio" que nos permita conocer la experiencia social del padecimiento del paciente, más allá de lo biológico (2).

En este sentido, se presentará un hipotético caso clínico (un posible ingreso) de una residencia de larga estadía. Cabe aclarar que esta es una situación frecuente en nuestra práctica asistencial y, por este motivo, consideramos la posibilidad de extrapolar lo que se desarrollará a otros ámbitos caracterizados por una estadía prolongada. El objetivo es analizar y confrontar las diferentes miradas que se tiene sobre un mismo tema: la del médico que describe un conjunto de síntomas y signos que surgen del interrogatorio y del examen físico, y los significados, sensaciones y sentimientos que experimenta el paciente.

Caso clínico

Historia clínica: El señor J. R., de 78 años, lúcido, presenta enfermedad de Parkinson de 12 años de evolución,

con fluctuaciones motoras severas caracterizadas por episodios on-off, fenómeno de fin de dosis, y *freezing*. Presentó efectos adversos a la amantadina (edemas y lividesces) y al pramipexol (ludopatía). Presenta trastornos en el sueño, principalmente insomnio, y trastornos del ritmo evacuatorio. Se sugiere seguimiento neurológico, psiquiátrico, kinésico, fonoaudiológico y clínico. Requiere asistencia para las AVD. Posee certificado de discapacidad. Antecedentes: enfermedad coronaria, IAM en 2001, 2 stents. Otros datos relevantes: viudez reciente, ocupación anterior: contador. Medicación habitual: levodopa/benserazida, entacapone, ropirinole, lorazepam, atorvastatina, aspirina, carvedilol, pregabalina.

Durante la entrevista, el Sr. J. R. expresa: *"Es muy difícil poder expresar todas las sensaciones y síntomas, la qui-jotesca lucha que se establece entre la fuerza de la voluntad en pro de valirme por mi mismo, tratando de evitar la dependencia humana y farmacológica, los altibajos anímicos que se producen durante el día y la noche, el insomnio, la alternancia entre la constipación y las explosivas deposiciones, los episodios que el médico llama on/off y freezing, el esfuerzo para no sentirme diferente al otro, la discriminación que te va llevando la enfermedad. El aislamiento, lento, progresivo y contradictorio, el esfuerzo puesto al servicio del movimiento. Como contrapartida, las ideas brotan y brotan, como si la mente tuviera un antiparkinson, tan disociada de mi cuerpo, la actitud corporal, la lateralización, el babeo constante. Los pensamientos negativos, el sentirme en deuda con todo el mundo que me da una mano, la alimentación oral compulsiva, el gasto compulsivo...las broncas con el otro que no son más ni menos que las broncas conmigo mismo. La disociación que veo entre lo que pienso, sueño, digo y lo que termino haciendo."*

¿Qué le pasa a ese sujeto que está atravesando un proceso de enfermedad crónica y degenerativa? ¿Con qué herramientas cuenta para adaptarse a esta nueva situación, ser viejo y estar enfermo? ¿Cuál es el conocimiento que debe tener el profesional para acompañar en este proceso?

Cuestiones teóricas

¿De qué manera el modelo biomédico continúa estando vigente en la práctica diaria, cuando nos referimos a la atención de nuestros pacientes? Los factores psicosociales que influyen en el desencadenamiento o en el mantenimiento de la patología son desconsiderados, para darle prioridad a un sistema determinado exclusivamente por el paradigma médico (3). La mayor fuente de información que los profesionales adquirimos de los pacientes está relacionada con los diferentes estudios complementarios (laboratorios, tomografías, etc.), pero poca es la información psicosocial que se recibe de la persona.

Si bien la entrevista clínica (4) es la intervención utilizada con más frecuencia en la práctica médica y la relación médico-paciente es una de las bases en las que se apoya el cuidado de la salud, la formación profesional en las habilidades de comunicación es –en la mayoría de los centros de formación- difusa, fragmentada y considerada como una parte menor (si se la compara con el

énfasis puesto en el entrenamiento de competencias en otras áreas como la anatomía, la semiología o la farmacología).

Según un estudio de Beckman y Frankel (4), los médicos interrumpimos a nuestros pacientes a los 18 segundos, en promedio, mientras relatan su problema; aquellos que no son interrumpidos no se explayan por mucho más tiempo. Podríamos pensar que, siguiendo el modelo médico, han aprendido la conveniencia de ser breves en el relato de sus padecimientos.

Como expresa Francisco "Paco" Maglio en su libro *La dignidad del otro: Puentes entre la biología y la biografía*, para el paciente, el médico es un técnico con guardapolvo que extiende recetas, y para el médico, el enfermo es un "libro de texto", con signos y síntomas que hay que interpretar y codificar.

La deshumanización de la práctica médica, y la insatisfacción tanto de los pacientes como de los médicos, generan nuevas formas de pensar el modelo de atención. Diversas corrientes provenientes del campo de las ciencias humanas critican el modelo biomédico, por ser un modelo reduccionista y por presentar las enfermedades como hechos exclusivamente naturales, despojándolos de su categoría de hechos socio-culturales.

Como señala Stagnaro: "estas críticas no pretenden, obviamente excluir ni restar importancia a la dimensión biológica sino que ponen énfasis en señalar la necesidad de construir un paradigma médico que no incluya lo biológico como hegemónico en el pensamiento médico" (5).

Discusión

Como se observa en el caso clínico, el contraste de ambas visiones de un mismo tema, la del médico y la del paciente, no solo el diagnóstico se codifica por el relato de los pacientes al hablar de sus síntomas, sino también por la comprensión profunda y terapéutica de las personas que los sufren.

Cada vez más, la Medicina sofisticada que se practica hoy deja insatisfechos a médicos y pacientes, porque vuelve difícil su encuentro y se revela insuficiente para abarcar la experiencia de sus mutuos padecimientos: el de los enfermos, en particular de aquellos que sufren problemas crónicos o de diagnóstico difícil o incierto, y el de quienes tienen a cargo su cuidado, generando en ellos frustración, impotencia o agotamiento.

Probablemente la responsabilidad no sea de los profesionales, sino de un sistema de enseñanza que no los prepara para ampliar la mirada, y abarcar todos los aspectos que condicionan el estilo de vida de un individuo atravesando una enfermedad.

Las habilidades de escuchar, interpretar y reinterpretar con una mirada integral los relatos de los pacientes, no tienen lugar en los programas de formación del médico, tanto en el pregrado como en el postgrado. El énfasis está puesto en adquirir la capacidad de formular el problema del paciente en el formato estructurado y estandarizado que es la historia clínica, donde, de hecho, no hay espacio para la narrativa del mismo (6).

Seguramente, factores económicos y empresariales influyen en la organización de los servicios de salud e instituciones geriátricas y conceden cada vez menos tiempo a la entrevista médica. Por otra parte, el aumento de la atención de enfermedades crónicas, con las que se convive por años, ponen a médicos y pacientes en relaciones prolongadas en las que las capacidades de comunicación y de compartir/acordar elecciones éticas de tratamiento y cura resultan cada vez más necesarias (6). El caso clínico es un ejemplo más, de la falta de información que provee la mirada unicista del modelo biomédico, en donde el paciente aparece volcado en una historia clínica basada en patologías y manifestaciones orgánicas. Sin embargo, las personas experimentan su enfermedad dentro de una narración que le da significado a lo que están sintiendo. Los médicos interpretan esos mismos acontecimientos desde las categorías que les provee la ciencia, suponen que ven las cosas como son, pero en realidad lo hacen desde un marco interpretativo.

Comprender el contexto narrativo de la enfermedad a través de una escucha empática por parte del médico permite acercarse no solo a la patología, sino al problema del paciente de una manera integral, accediendo al verdadero proyecto de vida del paciente, su "motor" para vivir tanto en la salud como en la enfermedad.

Por otro lado, y centrándonos en la atención de paciente mayores, y mucho más, si nos referimos a la atención en residencias de larga estadía, debemos tener en cuenta que las diferencias interindividuales son una característica del envejecimiento, por lo que rompen con el tópico de la uniformidad y hacen indispensable que la atención sea individualizada. Cada persona es un ser multidimensional en el que interactúan aspectos biológicos, psicológico y sociales. Reconocer la singularidad de la persona es imprescindible para la atención personalizada, una atención que ha de concretarse en un plan individual en coherencia con cada proyecto de vida donde la persona participe y ejerza control (7).

Las modificaciones que ocurren en la vejez en sus diferentes esferas obligan al sujeto a ir reformulando la apreciación, el concepto de sí mismo y de su propia identidad. Si este proceso de reconfiguración es atravesado por una enfermedad degenerativa, crónica e incapacitante como en este caso es la enfermedad de Parkinson, el sujeto puede encontrarse en una situación de gran vulnerabilidad. Es por esto que la mirada del profesional debe ser mucho más amplia, alejándose del paradigma biomédico.

Por otro lado, es importante entender que las enfermedades en la vejez, más que en cualquier otra etapa de la vida, hacen aparecer en el imaginario individual el fantasma de la dependencia, la discapacidad, el miedo a sobrecargar a la familia, al aislamiento social, la desvalorización, y la muerte. El envejecimiento alude a la noción de finitud, de pérdida de roles, de prejuicios sociales, a cambios a nivel de la imagen y del cuerpo que pondrán a prueba los lazos narrativos y podrán requerir un significativo trabajo de configuración que facilite la integridad de la identidad-persona (6, 7, 8).

Conclusión

Cada individuo tiene una trayectoria vital propia, que la diferencia: una biografía que comprende un pasado, que contextualiza su presente y determina, al menos en parte, su futuro. Una trayectoria vital trazada desde el contacto del individuo con su medio y que ha sido construida fundamentalmente desde la relación social. Este es el hecho que hace que cada persona sea única y, por tanto, deba ser tratada desde su singularidad (9). Esto cobra una especial relevancia cuando la persona se encuentra en una situación de vulnerabilidad, atraviesa-

da por una enfermedad crónica, discapacitante, que la pone frente a una mayor indefensión, y suele depender del apoyo y decisiones de los demás.

En este sentido, creemos que cualquier tipo de intervención debe estar orientada a potenciar aquellos recursos personales y sociales que ayuden al sujeto a afrontar positivamente los cambios, reafirmando su propia identidad. Es por esto que el trabajo con adultos mayores, y en particular los que residen en instituciones geriátricas, no puede entenderse de otra manera que no sea en el sentido psicosocial, haciendo que el clásico modelo biomédico sea insatisfactorio ■

Referencias bibliográficas

1. Sacks O. Una cuestión de identidad. En: El hombre que confundió a su mujer con un sombrero. Barcelona: Muchnik Editores, 1987.
2. Maglio F. La dignidad del otro: puentes entre la biología y la biografía. 2da ed. Buenos Aires: Libros del Zorzal, 2011.
3. Salvarezza, L. (comp.). La vejez. Una mirada gerontológica actual. 2ª reimp. Buenos Aires: Paidós, 2005.
4. Durante E. La entrevista clínica: una aproximación metodológica. En: Rubinstein A, Terrasa S, Durante E, editores, et al. Medicina familiar y práctica ambulatoria. Buenos Aires: Panamericana, 2001.
5. Stagnaro JC. Biomedicina o Medicina Antropológica. *Vertex, Rev. Arg. de Psiquiat.* 2002, Vol. XIII: 19-26.
6. Carrió S. Aproximaciones a la medicina narrativa. *Rev. Hosp. Ital. B.Aires* Vol. 26 Nº 1, marzo 2006.
7. Martínez Rodríguez T. La atención gerontológica centrada en la persona: Guía para la intervención profesional en los centros y servicios de atención a personas mayores en situación de fragilidad o dependencia. Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, 2001.
8. Rodríguez Rodríguez P. "La atención integral centrada en la persona". Madrid, Informes Portal Mayores, nº 106. [Fecha de publicación: 04/11/2010].
9. Resumen sobre identidades y envejecimiento. Cátedra: Iacub. "Identidades y Envejecimiento", www.bibliopsi.org