

**TITULO: El modelo biopsicosocial: La práctica de la teoría es imposible sin una política práctica.**

Jorge L. Tizón

**Publicado en** Aten Primaria.2007;39(8):451-453.

**Palabras clave:** Política sanitaria, atención Primaria, modelo biopsicosocial, comunicación, relación.

Sr. Director:

Recibo con agrado los comentarios sobre mi último trabajo acerca del Modelo Biopsicosocial, publicado por la revista de su dirección. Y digo con agrado: por un lado por su contenido y, por otro, porque ya han sido varios los compañeros que me han escrito comentando el tema. Para un autor que intenta plantear reflexiones sobre situaciones que él cree ver desde una óptica diferente a la común y con unas perspectivas alternativas, eso supone un doble apoyo. Supone el reconocimiento de que no estamos tan solos como a menudo nos parece en estas reflexiones y estas actitudes. Pero también supone una demostración de que se ha conseguido crear reflexión e incluso polémica. Y es lo que interesa, tanto por la importancia del tema como para la revista.

Además, con el Dr. Loayssa nos han unido más de un trabajo de reflexión en común y más de una nevada en la alta montaña, o sea que hay más motivos para coincidir y comentar. Por eso, con la confianza en que sabrá disculparme lo apresurado de mis comentarios, recogeré diversos apartados de su carta en el mismo orden en el cual aparecen en ella. Por ejemplo, cuando habla de la desaparición de los grupos Balint, yo no sería tan pesimista. Actualmente hay una fuerte presión para que así sea, pero también una fuerte aunque minoritaria presión en sentido contrario. Tengo el placer de invitarle a él y al resto de los lectores a las *Jornadas sobre la Formación del Médico: ¿Bioingeniería o medicina?*, que co-dirijo por cuenta del Institut d'Estudis de la Salut y el Institut Catalá de la Salut, y que se celebrarán en Barcelona el 8 y 9 de febrero del 2008. Su núcleo fundamental y el punto de partida para su puesta en marcha es la preocupación por esos temas incluso de la dirección actual de dicho Institut d'Estudis de la Salut (y, por supuesto, de los propios organizadores).

Otro campo en el que creo que hemos dado poca batalla, y en el que buena parte de los profesionales hubieran estado de nuestro lado, es el campo de la historia clínica informatizada. Como defendía en los lejanos tiempos de la preparación de mi tesis doctoral, que fue sobre esos temas, la informática puede y debe proporcionar una mayor libertad para el clínico, no un sistema más de mantenerle arrinconado y contrahecho. Las modernas tecnologías proporcionan inmensas posibilidades de libertad para la anotación y verificación de nuestra práctica clínica. Es responsabilidad de nuestros gestores y nuestra propia el que nos hayamos dejado imponer sistemas, técnicas y dispositivos que unidimensionalizan nuestra actividad en vez de facilitar su creatividad. Les recuerdo a los lectores que, cuando comencé a trabajar con historias clínicas computerizadas, el ordenador con el que trabajábamos, de "tecnología punta" (fichas perforadas), ocupaba... una habitación de 200 metros cuadrados, que había que mantener isotérmica, sin polvo, sin agentes exteriores, sin entrada de humanos... No puede ser que ese aumento de libertad se aplique tan sólo a la música y los vídeo-clips... Algo muy serio nos estamos dejando hacer o creemos delirantemente que nos han hecho... ¿Y si probáramos a rebelarnos?.

Durante los últimos tiempos de franquismo, un grupo de "neuropsiquiatras de zona" decidimos que no íbamos a soportar más la tiranía de la organización del sistema de "psiquiatría ambulatoria" que llevaba decenios imponiéndose a los sanitarios y a la población española, una de cuyas grandezas consistía en que, a menudo, teníamos que visitar a cuarenta

o cincuenta pacientes en dos horas. Ese reducido grupo de (5) “neuropsiquiatras”, aunque habíamos ganado nuestra plaza por concurso-oposición, decidimos imponer la cita previa y realizar visitas algo más cuidadosas, más largas y prolongadas. En mi caso, yo había llegado a encontrarme con 101 pacientes ¡de neuropsiquiatría! esperando en mi sala de espera para una consulta de 2 horas. Imaginen ustedes la situación que se produjo con la “cita previa”: le llamamos “la batalla de Sabadell y La Verneda”. Hubo todo tipo de presiones, amenazas, peleas, agresiones... Con dudas y miedo, nos mantuvimos. Hasta que un día los directivos de mi dispositivo sanitario me conminaron a volver al “orden” anterior o ser expedientado inmediatamente. Tras reflexionarlo en conjunto, y ya que era sólo uno el amenazado, decidí personalmente... pedir que esa orden me la dieran por escrito. En el bien entendido, comuniqué al directivo, de que con ese escrito iba a acudir directamente al Juzgado de Guardia, ya que dudaba que ningún Juez quisiera obligarme a visitar a pacientes neuropsiquiátricos a dos minutos por paciente. La reforma se mantuvo y supuso el éxito de las primeras visitas programadas en los ambulatorios del Instituto Nacional de Previsión, que así se llamaba la Seguridad Social en aquella época.

Les recordaba a todos esa anécdota no sólo por la idea de que “oponerse por la justicia, la equidad y la solidaridad” puede dar buenos resultados, incluso en el franquismo. También, y sobre todo, porque tenemos en nuestra mano pequeñas y grandes reformas que nos harían la vida profesional más vivible simplemente si decidiéramos ser honestos con nosotros mismos y nuestros consultantes (también en el horario, la formación y los “pichigüilis”) y revitalizármolos en nuestras sociedades científicas y profesionales esa afán solidario y de confianza mutua. Es ese elemento emocional y político, y no sólo cuestiones teóricas o teórico-técnicas, lo que ha permitido que el modelo biopsicosocial haya sido frenado activamente por quien o quienes: 1) Les interesaba frenarlo. 2) O no les interesaba comprometerse a fondo en su trabajo clínico. Pero como digo a menudo en mis seminarios, si en atención primaria no te comprometes emocionalmente con los pacientes, estás ya poniendo el combustible de la hoguera en la que más tarde te quejarás de estarte “quemando”. Un equipo que no soporta los duelos de sus pacientes terminales, es un equipo emocionalmente terminal.

Me alegra enormemente la anécdota que cuenta mi comunicante en la que una ayuda psicoanalítica le resultó la mejor forma de mejorar la relación con los pacientes. En eso mi experiencia coincide punto por punto: los seis años que, gracias al franquismo de otras instituciones, tuve que trabajar como Médico de Cabecera, coincidieron con años de mi psicoanálisis personal. Como desde entonces vengo repitiendo y mantiene el psicoanálisis desde su fundación, la mejor forma de entender a nuestros pacientes es entender nuestros propios núcleos conflictivos, sufrientes, patológicos... Ya hay incluso estudios empíricos abundantes, y no sólo experiencias aisladas, mensurando que la mejor vía para formarse en comunicación y relación clínica es la experiencia de psicoanálisis o psicoterapia personal, la terapia de grupo y las técnicas grupales, los grupos de sensibilización y los grupos “tipo Balint”... Pero, para el apresurado médico y el apresurado ciudadano de nuestros días, eso “implica mucho tiempo”, “supone mucho esfuerzo”. ¡Como si el tema fuera poco importante o sencillo!

Pero siempre ha habido personas e incluso grupos humanos y masas que se dejan embaucar por los “becerros de oro” de los cursillos, cursetes y “actividades formativas” que prometen “el oro y el moro” en sencillas y rápidas actividades puntuales y, además sin compromiso emocional, ni de tiempo, ni de dinero (porque lo paga la industria)... No es mi caso ni el de ningún formador o tutor serio que intente orientar en estos ámbitos. Como digo, ya hay estudios empíricos que prueban que la mejor forma de cambiar y mejorar nuestra práctica asistencial son las experiencias personales, terapéuticas o vivenciales, suficientemente mantenidas, las tutorías profundas y bien llevadas que abarquen la entrevista y las técnicas de entrevista, la supervisión (Si, Sí: La supervisión) de nuestras entrevistas y exploraciones, las

técnicas de observación, algunos grupos “Balint” y “tipo Balint”, etc. Ya se que en ese mundo de lo “psi” no es fácil orientarse, pero a mi me resulta mucho más difícil orientarme en un abdomen agudo o en casi todos los tipos de distritmias cardíacas, y a ustedes no. Si uno es consecuente, encuentra profesionales consecuentes. Si queremos auto-engañarnos ¡es tan fácil!

Porque uno siempre es libre de creer en la feria a quien quiere vendernos duros a cuatro pesetas...

**Jorge L. Tizón**