

MANAGED CARE Y LA RELACION MEDICO-PACIENTE

Por EFRAIN GOMEZ* y GERDA GOMEZ*

RESUMEN

Los autores relevan el efecto negativo que fuerzas externas, a la práctica médica, pueden tener con respecto al aspecto curativo de la relación médico paciente. Este es el caso del llamado "Managed Care".

SUMMARY

The authors highlight the negative effects that forces, to the practice of medicine, may have on the curative aspects of the doctor patient relationship. This is the case of the so called Managed Care.

PALABRAS-CLAVE: Relación médico-paciente.

KEY WORDS: Managed care, patient physician relation ship.

El enfoque de esta comunicación se centra en la relación médico-paciente y el efecto negativo que fuerzas externas a la medicina, pueden tener sobre su aspecto cicatrizante o curativo. Este es el caso del llamado *Managed care*.

Managed care es un nuevo sistema, vigente en los Estados Unidos de Norte América, creado para controlar el alto costo de la atención médica en ese país. Para este nuevo sistema de control, el cliente no es el paciente, sino el que paga por el tratamien-

to: la corporación donde trabaja el paciente, la compañía de seguros que lo representa, o el estado en el caso de pacientes indigentes.

La filosofía del *Managed Care* se basa en la siguiente proposición: menos es más, y esto se consigue controlando los beneficios del paciente y determinando los honorarios del médico.

En psiquiatría, la filosofía de este nuevo sistema de control, se traduce en tratamientos breves, focales, pero más que todo tratamientos económicos. El médico

* University of Texas, Houston.

trata a sus pacientes siguiendo el principio de la frugalidad y la parsimonia. Las intervenciones médicas preferidas, por este sistema, son las menos intensas, las menos costosas, y las menos intrusas.

En estas condiciones, ¿cuál es el futuro de los tratamientos psicodinámicos de larga duración como el psicoanálisis? Para empezar, debemos anotar que los que practicamos, o hemos practicado terapias de larga duración no podemos culpar a nadie, sino a nosotros mismos. En forma sistemática hemos rechazado, a veces en forma arrogante, otras en silencio, la investigación seria y continuada de nuestra práctica clínica, en especial la investigación del efecto, las consecuencias y los resultados de nuestros tratamientos. Uno de los argumentos, el más repetido, es el que afirma que es difícil validar empíricamente el intrincado proceso del análisis y de la psicoterapia intensiva. Repetidamente hemos rehusado perdernos en los vericuetos y las extravagancias de la investigación y la estadística no porque éstas sean innecesarias, sino porque demandan tiempo y sobre todo porque son poco remunerativas.

En resumen, directa o indirectamente, hemos contribuido a la creación de un mundo diferente al que estábamos acostumbrados. En este nuevo mundo, menos es mejor, y médico y paciente tienen que aceptar lo que otros determinan.

Una de las consecuencias de esta manera de pensar es la pérdida, o la disminución, del valor curativo de la relación médico-paciente. Este concepto básico está siendo reemplazado por otros, como la noción de que cualquier técnica breve es buena, o cualquier intervención episódica es mejor, o que basta la administración de medicamentos para poder curar. Otra suposición es que todos los síntomas psiquiátricos son exclusivamente de origen

biológico. Esta aseveración se deriva de la afirmación de ABOOD en 1960: *No twisted thought without a twisted molecule.*

Afortunadamente, en una serie de libros y artículos^{1,2,3} se debate y se pone en tela de juicio esta "certeza". Los trabajos a los que nos referimos rechazan en forma exhaustiva y erudita, todo reduccionismo incluyendo el biológico. Si examinamos el otro lado de la moneda, es fácil encontrar serias imperfecciones metodológicas en la mayor parte de los estudios sobre los cuales descansa el edificio de la psiquiatría biológica. En más de cien años de investigación biológica, no se ha encontrado la cura específica de un solo desorden psiquiátrico mayor, ni se ha descrito su patogénesis en forma completa.

Relaciones interpersonales curativas

Está bien documentado que una relación médico-paciente bien cultivada, tiene efectos cicatrizantes en algunos casos, curativos en otros. Uno de los estudios recientes más importantes⁴ indica, por ejemplo, que en el tratamiento de la depresión, la psicoterapia es más efectiva que el uso exclusivo de psicofármacos. De la misma manera un meta-análisis de varios estudios llevado a cabo en la Universidad de Yale⁵ sugiere que el tratamiento psicoterapéutico debe ser el tratamiento inicial en toda depresión. Desde 1985 LUBOSKYR⁶ ha documentado que la capacidad del paciente para la formación de una relación terapeuta-paciente, es uno de los criterios mayores para predecir los resultados del tratamiento. El paciente educado por KRAMER⁷ sabe que la fluoxetina disminuye los síntomas objetivos de su depresión, pero no disminuye sus síntomas subjetivos, su carácter, su insatisfacción en el trabajo, su falta de intimidad en las relaciones interpersonales.

Los descubrimientos de factores genético-familiares en las enfermedades afectivas y en los desórdenes ansiosos, y el uso cada vez más creciente de los psicotrópicos no significa que todo en psiquiatría es de origen biológico. Cuando tratamos una psicosis maníaco depresiva, no tratamos la psicosis maníaco depresiva, sino a la persona que la padece, tratar los síntomas no es lo mismo que tratar a la persona. La relación terapéutica es el sello distintivo de la psicoterapia psicodinámica. Pero esto que ahora parece evidente, no siempre fue así, ni aún en el tiempo de FREUD. Para entender mejor, hagamos un esbozo de su historia en los últimos cien años.

FREUD empieza a leer a SHAKESPEARE a los ocho años de edad y queda muy impresionado con la descripción de sus personajes, tal vez éste es el origen de su gran interés, en la personalidad y el carácter de sus pacientes. FREUD empieza su carrera primero como investigador y después como clínico. Sus estudios en neuropatología como investigador y sus estudios sobre la naturaleza humana como clínico, inspirado por el ensayo sobre la naturaleza de GOETHE, hacen de FREUD un investigador y un clínico. Sus primeros trabajos se centran en la investigación de la afasia y de la parálisis cerebral infantil, pero en 1886 después de su matrimonio con Martha Bernays, para poder mantener a su familia, se dedica a una carrera más lucrativa, la práctica privada. Encuentra en Josef BREUER un verdadero mentor. Trabajando con él, adopta el "método catártico" que BREUER ya había empezado a desarrollar, usando la hipnosis. En 1895, publican "Estudios en Histeria". Este trabajo es importante en lo que respecta al desarrollo de la "cura hablada", considerada como el comienzo de la teoría psicoanalítica.

FREUD conceptualiza el papel del analista como el de un experto, un investigador objetivo. Los pacientes acuden a él para ser "analizados", no como hoy, para estar en análisis. Para el observador objetivo los sentimientos del analista, incluyendo los sentimientos expresados en la contratransferencia, son interferencias que deben evitarse. No olvidemos que el psicoanálisis de FREUD tiene sus raíces en el positivismo científico del siglo diecinueve, en el que se distingue con toda claridad, el observador del observado.

Es más, a FREUD le interesa el aspecto pernicioso de los sentimientos y esto se manifiesta en su preocupación sobre los peligros de la contratransferencia. Adicionalmente, no enfoca su atención en los sentimientos conscientes, sino en los conflictos relegados al inconsciente, porque estos amenazan la integridad de la personalidad que tanto le interesa. FREUD los identifica, indirectamente, mirando a través de varias "ventanas". El lenguaje corporal, la transferencia, los *lapses*, las asociaciones y los sueños.

Los sentimientos del terapeuta

No debe sorprendernos que FREUD mostrara desconfianza por los sentimientos del terapeuta. No hay que olvidar que su nueva profesión tiene que ver con cosas privadas, secretos vergonzosos, sentimientos reprimidos; más específicamente investiga el sexo y la agresividad. La era histórica no es propicia, el sexo es considerado tabú y entrar en este tema es desacreditarse. Es más, esta nueva profesión la practican hombres maduros con pacientes mujeres histéricas jóvenes. Entonces, es fácil entender que los sentimientos del terapeuta tienen que mantenerse fuera de la arena terapéutica.

Todo esto, combinado con la noción del terapeuta como investigador objetivo, hace que los sentimientos del analista no se estudien. Tiene que pasar más de cuatro décadas para poder re-examinar, críticamente, el papel que juega los sentimientos del terapeuta, y para que el concepto de la contratransferencia empiece a cambiar. Al final de los años cuarenta FERENCZI en Europa y ALEXANDER en los Estados Unidos intentan alterar el *status quo* del psicoanálisis clásico. Pero la "experiencia emocional correctiva"^{8,9} que ALEXANDER propone y el "análisis mutuo"¹⁰ de FERENCZI son conceptos radicales condenados como tales a refutaciones peyorativas o, a una agonía de ignominia.

Sin embargo, empiezan a aparecer otros estudios cuestionando el papel del analista como ecran blanco. Estos estudios incluyen los trabajos de Paula HEIMAN, Theodore REIK, Donald WINNICOTT, Peter GIOVACCHINI, entre otros. Estos autores tratan de estudiar el origen y el papel que desempeñan los sentimientos del terapeuta en el tratamiento.

OGDEN¹¹ habla de tres tipos de subjetividad: la del paciente, la del terapeuta y la co-creada entre el paciente y el terapeuta. La realización de que la subjetividad del analista influencia el tratamiento en forma no antes aceptada, ayuda a legitimizar el estudio de la contratransferencia. La historia de este concepto es ilustrativa, porque aclara una de las paradojas básicas del psicoanálisis. ¿Cómo puede uno crear una ciencia de la subjetividad si el observador está sumergido en las mismas subjetividades que estudia? Es como mirarse frente a un espejo para ver lo que antes no veíamos. El descubrimiento de esta ceguera, nos ayuda a reconocer que la certidumbre y el conocimiento de otros es tan abrumador y ténue, como el conocimiento de nosotros mismos.

El tratamiento de enfermos fronterizos y psicóticos ha demostrado que la contratransferencia no sólo es más intensa, sino también más precisa en la comprensión de estos enfermos. En la investigación de la patogénesis de un paciente fronterizo, la contratransferencia puede convertirse en la brújula que orienta el tratamiento, pero para que ésto suceda el terapeuta tiene que estudiar y soportar sentimientos muy intensos. La reacción emocional del terapeuta, que trata a un paciente fronterizo es tan intensa, que puede compararse a una tormenta avasalladora que amenaza no sólo el curso del tratamiento, sino también la integridad emocional del paciente y del terapeuta. En estas condiciones, el manejo diestro de la contratransferencia no es sólo un aspecto importante del tratamiento, sino el cimiento sobre el cual otros esfuerzos se levantan o caen.

Para poder facilitar el tratamiento, KERNBERG¹² re-introduce el concepto de Melanie KLEIN de la identificación proyectiva. El papel del terapeuta en la identificación proyectiva es el de un recipiente, o receptáculo destinado a contener todo lo primitivo e indeseable que el paciente rechaza. El papel del terapeuta es recibir, contener y reciclar estos aspectos primitivos y patológicos para hacerlos menos tóxicos. El material que se devuelve al paciente en la identificación proyectiva, es un material mejor metabolizado y por lo tanto menos tóxico.

Esta nueva manera de ver la contratransferencia cambia no sólo la dirección y el enfoque del análisis, sino también su lógica. La entera complejidad del proceso contratransferencial se transforma en algo nuevo. Hoy día, se reconoce que la psicoterapia ocurre en el contexto de una relación interpersonal en la que ambos participantes son afectados.

La Teoría de las Relaciones Objetales

La teoría de las relaciones objetales conceptualiza más radicalmente la importancia de la relación terapéutica. Su teoría tiene muchas raíces. Uno de sus orígenes parte de Melanie KLEIN y de la teoría de los instintos de FREUD.

Desde el punto de vista clínico, FAIRBAIRN¹³ y WINNICOTT¹⁴ contribuyen, más que otros, a ampliar y modificar nuestra concepción sobre lo que es la relación terapéutica. A diferencia de FERENZCI y ALEXANDER presentan sus ideas en forma más aceptable al establecimiento psicoanalítico más conservador, el norteamericano.

En su concepto *holding environment*, WINNICOTT compara el uso que el paciente hace del analista, con el uso que el bebé hace de su madre.

Encerrado en su concepto de *good enough mothering*, encontramos dos alternativas de como el bebé entra en el mundo de las relaciones objetales. Si lo hace utilizando su máximo potencial creativo y en forma activa, el bebé desarrollará un verdadero ser (*true self*). Si lo hace pasivamente con sumisión reactiva y sin iniciativa, el bebé desarrollará un pseudo ser (*false self*).

En la relación médico-paciente el terapeuta debe separar lo saludable de lo neurótico, lo creativo de lo reactivo, para poder asegurar que la relación no se convierta en psiconóxica. WINNICOTT crea sus teorías moviéndose fluidamente entre el mundo interactivo de la madre y el niño que ve como pediatra, y el mundo interactivo del analista y el paciente que ve como psicoanalista. Esta experiencia le permite articular un cambio mayor en el trabajo del analista. En su propio trabajo, la importancia de la interpretación pasa a un segundo plano, y la importancia de la relación interpersonal creativa pasa a un primer plano.

KOHUT nos da una variante del mismo tema. Para KOHUT^{15,16} el rol de los padres es mantener las necesidades narcisistas saludables y la autoestima del bebé. Según él, el concepto de separación/individuación de MAHLER es sólo un ideal, no una realidad. KOHUT argumenta que la separación del *self* del *selfobject* (rol de los padres, o sustitutos) nunca se llega a completar. Según su teoría, todos necesitamos por el resto de nuestras vidas afirmación, reconocimiento, admiración, empatía del objeto o de los objetos que nos rodean. Lo único que cambia con el crecimiento es la maduración del *self* y del *selfobject*. Por lo tanto, la función del analista, en este contexto, es de apoyo y de empatía con el objeto de mantener la autoestima del paciente. El terapeuta no sólo provee un *forum* y una oportunidad para promover el desarrollo, sino que la retro-alimentación emocional empática del terapeuta es más básica de lo que se supone. El paciente busca en el analista confirmación, validación, aceptación. El analista debe responder sin ambages, con lo que KOHUT llama, *the gleam in the mother's eye*.

En resumen, según WINNICOTT y FAIRBAIRN, la necesidad de buscar relaciones objetales no es solamente un instinto, sino el más básico de todos los instintos.

Para FREUD, el sujeto del análisis es el paciente, para la teoría de las relaciones objetales el sujeto del análisis es la relación objetal. Dentro de este modelo, el individuo nunca logra saciar su hambre por relaciones objetales. Para la escuela de las relaciones objetales, la fuente de información más importante, es la forma y el estilo con que el paciente se relaciona con los objetos que le importan. La manera más obvia de estudiar este estilo, es la manera como el paciente se relaciona con el terapeuta en el presente, que es el punto de encuentro del pasado y del futuro. En este

tipo de terapia, el terapeuta entra en la relación terapéutica, en forma más transparente, más activa y más directa que el caso del terapeuta opaco, distante, que sólo se contenta con ser una figura transfe-rencial.

Psicoanálisis y Psiquiatría

Tradicionalmente el *locus* de la psi-quiatria ha sido la educación médica. Pero la parte central de esta educación es el aprendizaje y la investigación de la rela-ción médico-paciente, sus aspectos negativos y patologizantes y sus aspectos curativos o cicatrizantes.

Es esta misión la que está en peligro debido al reduccionismo biológico de la psiquiatría y a factores externos a la medi-cina como el *Managed Care*. La impresión de nuestra experiencia en la educación de estudiantes de medicina y entrenamiento de residentes en psiquiatría es la siguiente: en el primer año de entrenamiento los resi-dentes muestran gran entusiasmo y certidumbre en lo que hacen; en el segun-do, tercer y cuarto año, el entusiasmo y la certidumbre disminuye. ¿Que ha sucedi-do? Todos los pacientes que ven en el primer año son pacientes hospitalizados. A partir del segundo año empiezan a ver pa-cientes ambulatorios lo que explica la paradoja, a más entrenamiento y más expe-riencia clínica, menos entusiasmos y menos certidumbre en lo que hace. El entusiasmo inicial viene de la experiencia con enfer-mos psicóticos hospitalizados con síntomas alarmantes y ruidosos. Estos síntomas res-ponden en forma dramática al tratamiento psicofarmacológico, testimonio innegable del gran avance de la psicofarmacología moderna. La desilusión empieza cuando los residentes empiezan a ver pacientes ambulatorios con síntomas menos alar-

mantes, pero con severos problemas del carácter y de personalidad. El residente empieza a enfrentarse con problemas de puntualidad, conformidad, incumplmien-to con lo prescrito, lo que a su vez ocasiona problemas familiares, laborales, vocacio-nales, etc. En el hospital, el residente puede controlar al paciente y manipular el medio ambiente. Esto es posible porque el pacien-te en el hospital es cautivo y el medio ambiente esta diseñado para ser manipula-do. En la práctica ambulatoria, el paciente es libre y su medio ambiente es más com-plejo y más difícil de manipular. El residente tiene que aprender a tratar no sólo los síntomas del paciente, sino su carácter que está en conflicto con factores ambientales internos y externos.

En su origen, el psicoanálisis concibió la mente humana como un receptáculo ais-lado de conflictos, agencias, mecanismos de defensa etc. Ahora se interesa en un nuevo proyecto, el estudio de la relación médico-paciente. Creemos que ambos pro-yectos deben permanecer centrales a la psiquiatría y al psicoanálisis.

CONCLUSIONES

A propósito del *Managed Care* se presenta una reseña de la historia y las vicisitudes de la relación médico-paciente en el último siglo. El estudio y la investiga-ción de esta relación no debe darse por terminada. La mejor manera de conseguir-lo es a través de la investigación de nuestra práctica clínica y la educación de futuros médicos. Nuestra intención es presentar, no abogar por ningún modelo. La teoría de relaciones objetales empieza con un salto de fe, tanto como el salto de fe de ABOOD y la biología. Para terminar, no todos los síntomas psiquiátricos son manifestacio-nes de genes o de moléculas retorcidas.

RÉSUMÉ

L'effet négatif des forces externes a la pratique médicale sur l'effet curatif des rapports médecin-patient est remarqué par les auteurs. Le cas du "managed care" est discuté.

ZUSAMMENFASSUNG

Die Verfasser zeigen, wie wichtig die negative äussere Wirkung in der Beziehung Therapeut Patient sein kann. Solche Wirkungen sind bekannt als "Managed Care".

BIBLIOGRAFIA

1. ROSS C. & PAM A. (1995): "Pseudoscience in Biological Psychiatry". In *Blaming the body*. New York, Wiley-Interscience.- 2. FRANCHER RT. (1995): *Cultures of Healing: Correcting the Image of American Mental Health Care*. New York, WH Freedman et al.- 3. ANTONUCCIO, D. (1995): "Psychotherapy for depression: no longer Medicine". *The American Psychologist*, 450-455.- 4. MUNOZ, RF. HOLLON, SD., McGRATH, E. et al.: "Depression in Primary Care: further considerations for practioners". *American Psychologist* 49: 42-61.- 5. WEXLER, BE. & CICCHETTI, DV. (1992): "The outpatient treatment of depression". *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 180: 277-286.- 6. LUBORSKY, L. (1985): "Therapist success and its determinants". *Archives of General Psychiatry*, 42: 602-611.- 7. KRAMER, P. (1993): *Listening to Prozac*. New York, Vicking Press.- 8. ALEXANDER, F. (1961): "Analysis of the therapeutic factors in psychoanalytic treatment". In *The Scope of Psychoanalysis 1921-1961. Selected Papers of Franz Alexander*. New York, Basis Books.- 9. LOEWALD, H. (1960): "On the Therapeutic action of psychoanalysis". *Int J. of Psychoanalysis*.- 10. DUPONT, J. (1988): *The Clinical Diary of S. Ferenczi*. Cambridge, Harvard University Press.- 11. OGDEN, TH. (1994): "The analytic third: working with intersubjective clinical facts". *Int J. of Psychoanalysis*, 75: 3-20.- 12. KERNBERG, O. (1975): *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. New York, Aronson.- 13. FAIRBAIRN, WR. (1952): *Psychoanalytic Studies of the Personality*. London, Routledge & Kegan.- 14. WINNICOTT, DW. (1965): "Ego distortion in terms of true and false self". In *Maturational Process and facilitating Enviroment*. New York, International Universities Press.- 15. KOHUT, H. (1977): *The Restoration of the Self*. New York, International Universities Press.- 16. KOHUT, H. (1979): "The two analysis of Mr. Z." *Int J. of Psychoanalysis*, 60:3-27.