

# Acerca de un dispositivo “interdisciplinario” en cuidados paliativos: cuando lo “inter” se vuelve totalitario y mistificador

[Sabrina S. Morelli](#)



## Introducción

La distinción entre los conceptos de multi, inter y transdisciplina tiene varias décadas de circulación y variedad de formas de apropiación e incluso militancia. Tales nociones han sobrepasado congresos, jornadas y ponencias de equipos de trabajo en salud, y el énfasis en el prefijo *inter* sigue funcionando como un plus de valor, aunque en muchos casos no sea más que una adjetivación errónea. La búsqueda de legitimación y reconocimiento de algunas prácticas vía el abuso o mal uso de estas dos categorías podría encubrir la perpetuación de prácticas estereotipadas y con jerarquías de poder bien establecidas que, al modo de un eufemismo, se disfrazan nominalmente con el semblante de lo *inter*.

Laing propuso hacer uso del concepto de mistificación de Marx, reconceptualizándolo para elucidar una manera de lidiar con las contradicciones en el campo de la interacción recíproca: las diferencias (desde desacuerdos insignificantes hasta intereses o puntos de vista radicalmente incompatibles y contradictorios) podrían ser zanjados vía la mistificación

En el presente escrito me referiré particularmente a algunas experiencias concretas al interior de un equipo de trabajo de cuidados paliativos (en adelante CP) de un hospital monovalente del sistema público de salud, sede de una residencia post básica e interdisciplinaria en CP, con miras a cuestionar la legitimidad de las apropiaciones que se operan a partir y sobre los conceptos mencionados, señalando sus riesgos. Es decir, el cuestionamiento tiene lugar en el marco de una experiencia particular y situada, no intenta ser ni general ni generalizable. De ninguna manera implica una crítica hacia la necesidad de prácticas paliativas, que constituyen un derecho de los

pacientes en su relación con los profesionales y las instituciones del sistema de salud nacional (Ley 26.742° y 26.529°).

## Cuidados Paliativos

La OMS (2018) define a los CP como un abordaje que mejora la calidad de vida de los pacientes (adultos y niños) y sus allegados cuando afrontan problemas inherentes a una enfermedad potencialmente mortal. Previenen y alivian el sufrimiento a través de la identificación temprana, la evaluación y el tratamiento del dolor y otros problemas (de orden físico, psicosocial o espiritual), utilizando el trabajo en equipo para brindar “un sistema de apoyo para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta la muerte”. Deben proporcionarse a través de servicios de salud integrados y centrados en la persona, que presten especial atención a las necesidades y preferencias del individuo.

Con esta definición, estaríamos frente a la propuesta de un abordaje que excedería a una única disciplina (la médica), aunque la configuración de este campo de cuidados, heredero del movimiento de los *hospices*, se denominó inicialmente “medicina paliativa”. Tal denominación no ha perdido vigencia, y esto tiene efectos prácticos, de configuración de prácticas: las disciplinas, y los “representantes” de cada una (dejo señalado el problema de la supuesta “representatividad” que tendría cada profesional que hable en nombre de una determinada disciplina) se configurarían como “auxiliares” de la medicina paliativa o medicina del dolor (o sea, de médicos paliativistas), aportando sus saberes y competencias específicas a un sistema de afectaciones recíprocas, pero visiblemente conservador de las jerarquías y relaciones de poder. Si más allá de interconsultas puntuales a las diferentes disciplinas, se conformara un equipo multidisciplinario de trabajo, la existencia de tales afectaciones no siempre será condición de posibilidad, ni menos aún garantía, de que lo *inter* tenga lugar.

Los CP se sustentan en una filosofía moral en la que el humanismo le hace lugar a la espiritualidad, y que sostiene como axiomas la afirmación de la vida, la consideración de la muerte como “un proceso normal”, la búsqueda de “no acelerar ni retrasar” la muerte y de ayudar a los pacientes a “vivir tan activamente como sea posible hasta la muerte”, y la integración de aspectos psicológicos y espirituales, entre otros. Es pertinente hacernos aquí la pregunta por el riesgo de que este abordaje, que inició siendo un intento de humanización de la gestión del proceso de morir en los contextos de salud, devenga en una medicalización más “integral”. ¿Se trata de una especialidad médica que toma –se apropia– de aportes de otras especialidades del campo de la salud (psicología, trabajo social, terapia ocupacional, musicoterapia, etc.) o de un campo al interior del cual se reproducen conflictos y tensiones entre distintas especialidades y el poder biomédico?

No abordaré aquí el cuestionamiento que se podría hacer en términos de la biopolítica en que se contextúan estas prácticas, que en el afán de aliviar el sufrimiento y mejorar la calidad de vida, regulan y normativizan los procesos de morir, medicalizando la muerte (fenómeno social que excedería al sistema de salud y en particular, a la biomedicina).

El problema del que me ocuparé será el de la *mistificación* en el marco de un equipo de CP particular, cuestionando las apropiaciones que, en nombre de la integralidad de los cuidados y el trabajo “transdisciplinario” en equipo, resolvían la tensión de la(s) diferencia(s) que lo habitaba(n) en la imposición de un dogma, en el que ciertas concepciones de espiritualidad eran las voces

autorizadas para vectorizar la práctica clínica de cualquiera de las disciplinas que se insertasen en dicho campo.

## Resolución y mistificación

El equipo de CP al que me referiré, recibía todos los años residentes de distintas disciplinas, que habían terminado sus residencias básicas y concursaban por una residencia post básica para especializarse en dicha sede, o aquellos que en el marco de su residencia básica tenían programada una rotación obligatoria (como en el caso de medicina general y familiar) o electiva.

La Resolución 357° (2016) del Ministerio de Salud, “Aprobación de Directriz de Organización y Funcionamiento en Cuidados Paliativos”, derogó la Resolución 643° (2000) que establecía normas de organización y funcionamiento en CP, a su vez sustituidas por la Resolución 943° (2001). En la Resolución del 2016 -a la que podríamos considerar como una estabilización de acuerdos y relaciones de poder, siempre transitoria-, los objetivos de asistencia en CP se dividen igual que en las previas, según niveles de abordaje en función de las necesidades del paciente y su familia o entorno afectivo (“unidad de tratamiento”, en adelante UT) que, a su vez, están medidas en función de una evaluación del “riesgo”. El nivel de riesgo está basado en el grado de sufrimiento o deterioro de la calidad de vida en relación a la patología padecida y no a la probabilidad de morir: se trata de la evaluación de una complejidad clínica dinámica, del riesgo en cualquiera de las áreas (física, psicológica, social o espiritual), en función de la cual se activaría uno de los tres niveles de recursos de asistencia. Para cada nivel, la resolución detalla objetivos específicos, recursos humanos y físicos necesarios, funciones del coordinador o jefe, funciones y actividades comunes a todo el equipo, funciones y actividades del área médica, funciones y actividades del área de enfermería, del área de psicología, del área de trabajo social y del área de terapia ocupacional (la resolución anterior estipulaba las del área farmacéutica); detallando también consideraciones sobre la formación académica de los recursos humanos y el marco normativo de funcionamiento necesario para cada nivel, dentro de un “equipo interdisciplinario” (la resolución anterior incluía la palabra “enfoque”).

El equipo de CP en cuestión se consideraba correspondiente al nivel 3 -en tanto sede de una residencia de formación post básica e interdisciplinaria-, aunque los recursos, funciones y actividades de las áreas no-médicas no correspondían a lo pautado para dicho nivel según la resolución vigente (en el Programa Docente de formación de residentes sólo se caracteriza a la otra sede como un tercer nivel). El equipo de planta estaba conformado por dos médicas paliativistas, una de ellas, coordinadora del grupo de trabajo, y una trabajadora social, cuyo cargo correspondía al Servicio Social del hospital. No había en el equipo ningún psicólogo de planta: ni del equipo de trabajo en sí mismo, ni que prestase sus horas pertenecientes al servicio de Salud Mental (de hecho, había una clara ausencia de relación de trabajo entre el servicio de CP y el servicio de Salud Mental), ni que formara parte de la Asociación Civil instalada en el hospital, que se ocupaba de brindar la formación académica a los residentes, de manera paga. La mencionada vacancia no solía traducirse en sobrecarga del residente *psi* ingresante, sino en serias limitaciones al desarrollo de su función. Amparándose en la “interdisciplina”, la propuesta para el/la *psi* era el desdibujamiento de su especificidad, con el objetivo de realizar las tareas comunes a todo el equipo. Antes de pasar a las propuestas de trabajo “interdisciplinarias”, voy a detallar las funciones y actividades del área psicológica que estipula la reglamentación de incumbencias previamente mencionada.

Entre las diez funciones estipuladas para el primer nivel, se encuentran, por ejemplo: favorecer el esclarecimiento de procesos emocionales, deseos y temores ante la muerte; propiciar el alivio de los

aspectos psicológicos del dolor; contener, prevenir y/o tratar a los familiares durante el proceso de duelo, etc. Entre las doce actividades estipuladas para este nivel, se incluye, por ejemplo: la realización de entrevistas de diagnóstico psicológico del paciente, familia y/o entorno significativo; la programación de entrevistas familiares; la realización de entrevistas de seguimiento psicológico y/o psicoterapia del paciente/familia y/o entorno significativo; la realización de psico-profilaxis frente a procedimientos y/o tratamientos; la implementación de planes de seguimiento del duelo a través de entrevistas familiares y/o individuales, y/o psico-terapéuticas (adultos, niños, adolescentes); etc.

No consignaré ninguna de las funciones y actividades del segundo y el tercer nivel que consigna la resolución (que aumentan en cantidad y complejidad), dado que en el equipo donde realicé mi especialización en CP, no se podían cumplir ni siquiera las funciones y actividades del nivel 1 en lo que respecta a mi área de desempeño. Para llevar a cabo algunas de ellas, me fue necesario justificar cada movimiento a realizar. Lejos del objetivo especificado en el Programa Docente de la residencia para área psicológica, no se trataba simplemente de “fundamentar la toma de decisiones”, sino más bien de esgrimir una defensa: imaginen una suerte de declaración jurada ante un tribunal en el que ninguna “toma de decisión” resultaba legítima de implementarse. Desautorizada en mi *habitus*, desautorizado mi marco teórico, desautorizada mi identidad profesional.

Las concepciones espirituales del equipo-sede ponían en cuestión cada concepto de la disciplina *psi* como si los mismos se trataran de una creencia, inoportuna para la asistencia clínica, inoportuna para realizarse en dicho equipo, e inoportuna sin más. La matriz de inteligibilidad para entender y abordar al sufrimiento se codificaba en términos espirituales. Tratándose de un(a) residente, no sólo habría que aprender CP sino “reaprender” (sic) lo propio (disciplinar), cuestionado y desautorizado. La lectura de los casos (es decir, la evaluación del nivel de riesgo de la UT) estaba hecha en función de una concepción espiritual que, al ser pronunciada por la voz médica de la coordinación, era la autorizada, válida e indiscutible. Así, se daba una extraña combinación entre la apelación a la autoridad médica, que a su vez mistificaba la evaluación clínica en un doble sentido. Por un lado, siguiendo la etimología de dicha palabra, “falseando y deformando” una compleja realidad clínica, reinterpretada únicamente en clave espiritual. Imaginen aquí una mezcla entre concepciones del Budismo, el Ayurveda, la doctrina de G. Gurdjieff, la de Eckhart Tolle, las “Constelaciones Familiares” de Hellinger, la Astrología, etc., como marco referencial de la experiencia clínica. En este punto, valdría también el sentido de la deriva popular: “mixtificada” como mezclada, perdiéndose la especificidad que podría aportar cada saber disciplinar en la interpretación co-construida de dicha realidad clínica, para imperar solamente el uni-verso de la interpretación mística. Pero también, para salir de las etimologías y del sentido común, la mistificación se jugaba tal como fue conceptualizada por el psiquiatra R. Laing, tomada luego por la psicoterapia sistémica.

Laing propuso hacer uso del concepto de mistificación de Marx, reconceptualizándolo para elucidar una manera de lidiar con las contradicciones en el campo de la interacción recíproca: las diferencias (desde desacuerdos insignificantes hasta intereses o puntos de vista radicalmente incompatibles y contradictorios) podrían ser zanjados vía la mistificación. Con ella se trastocaría “lo que está ocurriendo” (proceso) o “lo que se está haciendo” (praxis) al servicio de los intereses de los padres, que ocuparían el lugar de “clase dominante/explotador”, según la jerarquía de poder en el vínculo familiar asimétrico. No se trata de un mero acto de engaño o falseamiento, sino de un proceso vincular, que oculta o niega algún aspecto de la realidad, y que pretende forzar dicha realidad en un sentido concreto.

Según Laing, la función primordial de la mistificación es el mantenimiento del *statu quo*, el mantenimiento de los papeles estereotipados, de moldes prefabricados para cada persona, a la manera del lecho de Procusto, a través de hacer sentir al *mistificado* (aquel que pone en peligro la definición del sistema) confuso, culpable de un actuar, un pensar y/o un sentir *no válidos e indeseables*, forzándolo a adoptar la posición que el mistificador necesita.

De manera que se descalifica la autopercepción del mistificado, y el agente de tal descalificación es quien goza del derecho de *probar la veracidad* de las percepciones del otro. Los motivos, las intenciones, las explicaciones que aporte el mistificado son hechas a un lado, son cuestionadas y sustituidas por otras; sus experiencias se reinterpretan desde otro punto de vista. En el extremo teórico de este proceso, una persona intentaría inducir en otra persona una confusión (sin la necesaria autopercepción de dicha confusión) en lo que respecta a la totalidad de su experiencia: memoria, percepciones, fantasías, imaginación, etc.

Retornando la experiencia en el equipo de CP, los que devenían mistificados eran precisamente los residentes, en los saberes atinentes a su formación profesional de grado y de posgrado, es decir, en su identidad profesional. Pero también, en términos que excedían a la identidad profesional: se mistificaba su percepción no sólo del sufrimiento ajeno sino del propio.

Siempre que hay una mistificación, hay un conflicto que está siendo eludido. En este caso, el problema de la interdisciplina y la jerarquía de los saberes: como un lecho de Procusto, cada residente con su disciplina tenía un lugar pre-determinado, que no correspondía a las diferentes incumbencias detalladas por la Resolución del Ministerio de Salud, ni con las competencias específicas del Programa Docente de la Residencia (2006). La invitación a habitar el “inter” no era la de habitar la co-construcción de la realidad, era la de aceptar el uni-verso que pregona que la muerte y la vida son sagradas, que el abordaje integral y espiritual de la muerte requeriría que cada quien que ingresara al equipo y a la formación “se vaciara” (sic) de su formación profesional.

### **La ilusión de *lo inter/trans* y la abolición de la diferencia**

A continuación, compartiré algunas de las propuestas de trabajo que se hacía a los residentes en nombre de la interdisciplina, cuya conceptualización instituida se transmitía con la metáfora de la “preparación de una torta” (sic), una completitud superadora, es decir, la feliz mezcla que todo lo reúne hacia un pastiche disolutor de las peculiaridades (FOLLARI, 2005, P. 7). Así, cada integrante del equipo “aportaría” un elemento -en función de su disciplina- al armado de la masa, y entre todos se “amasaría” el producto final (sic). Sin embargo, la receta estaba previamente escrita, y no en función de las incumbencias detalladas legalmente, sino en función de preconcepciones instituidas y estereotipadas acerca de qué debería aportar cada especialidad disciplinaria. Con la idea de una torta, lejos estábamos de la complejidad en el intercambio y la posibilidad de lo inédito como resultante del mismo. Más aún, cuando se ocultaba que la receta ya estaba estipulada. Lo pretendidamente “interdisciplinar” corría el riesgo de volverse pre-disciplinar o, directamente, anti-disciplinar (FOLLARI, 2005, P. 10).

Reiteradas veces me sorprendió cómo esta prescripción resistía a la crítica racional y a la propuesta de repensar lo que significaba el trabajo interdisciplinario (ingenuidad de mi parte respecto de las relaciones de poder establecidas).

En el quinto apartado del Programa Docente de la residencia, se establecen como propósitos generales del programa de formación, tanto la promoción del “ejercicio del pensamiento crítico”,

como la formación de “una actitud comprometida hacia la investigación y producción científica”.

Sin embargo, se hacía caso omiso de ellos. La “receta” era propiedad de la coordinación: los residentes deberían “iniciarse” en el aprendizaje de una lectura (entendimiento y abordaje de las situaciones clínicas, por ejemplo, el atravesamiento de un final de vida) cuya traducción válida era en clave espiritual. Otras posibles traducciones eran desestimadas: “no es eso lo que pasó” (sic) y aún más, “no es eso lo que viste, no es eso lo que sentiste” (sic). Luego de lo cual, se solía sumar la adjudicación de un estado emocional al residente en cuestión (mistificación, abuso de poder, violencia de la interpretación impuesta).

La propuesta de trabajo al iniciar el primer año de residencia tenía que ver con transitar un período de observación no-participante de la tarea asistencial (que podía durar incluso todo el primer año) para “vaciar” de los saberes y competencias previas (es decir, vigentes hasta “antes” de la entrada al equipo), específicas de la disciplina particular (fundamentalmente las no-médicas, con especial hincapié en las provenientes del campo de la Salud Mental) para dar lugar a la percepción “despojada” (sic) de las situaciones clínicas. Sin embargo, ¿podría haber una percepción “despojada”? Se trataría, más bien, de adquirir la percepción médico-espiritual del *statu quo*.

Trabajar “interdisciplinariamente” no se trataba del intento de puesta en suspenso de certidumbres disciplinares previas o bien de la realización de una crítica racional de los supuestos teóricos previos, que se podrían confrontar y/o enriquecer con los saberes de otras prácticas. Pero tampoco se trataba de la propuesta de una co-construcción “superadora”. La invitación al “despojo” incluía la desautorización franca de cualquier aporte disciplinar -fundamentalmente *psi*- que evaluara la situación clínica. Incluía que el *statu quo* decretaba cómo el residente podría sentirse, se sentía o pensaba. Se anulaba el reconocimiento de las trayectorias profesionales en sus diferencias y sus formaciones específicas (residencias previas, carreras de grado). Esos saberes se deslegitimaban, pasaban a quedar inutilizados, bajo cierta promesa de que luego de un tiempo de mantenerlos “en reserva” (sic), podrían incluirse en tanto “reconvertidos” y “transformados” (sic) luego de pasar por el tamiz de la experiencia espiritual que implicaría el acompañamiento a la muerte del otro.

No obstante, luego de este entrenamiento en la abolición (¿o expropiación?) del saber de cada quien, era frecuente encontrarse con la inhibición y la frustración de los residentes más que con la “reconversión”. O sí, en la forma de una obediencia ideológica silente, y en el peor de los casos, como dijera Laing: confusión y locura. Contrariamente a uno de los fundamentos de los CP, que implica revalorizar y tener en cuenta las creencias y valores de las personas enfermas, con los profesionales que ingresaban al equipo dicho fundamento era una fórmula vacía: eso sí estaba “vaciado”.

Otra de las propuestas de trabajo tenía que ver con la “transdisciplina” entendida como “transversalización de los saberes” (sic), lo cual implicaba que cualquier residente de segundo año pudiera realizar una entrevista médica básica al paciente internado en las salas de internación clínica o al paciente ambulatorio en los consultorios externos de oncología. El cuestionario básico tenía que ver con la detección de sintomatología física (desde la presencia de náuseas, constipación, astenia, confusión, evaluación del dolor, etc.) así como la detección y abordaje de manifestaciones de la angustia y seguimiento del proceso de afrontamiento (del paciente y familiares) en el final de la vida. En relación a esta propuesta haré dos puntuaciones.

La primera tiene que ver con la falta de profesionales médicos al interior del equipo de CP, en función de la cual las especialidades no-médicas se encargaban de suplir la función de los mismos

en lo atinente a una suerte de “primer tiempo” de evaluación y detección, para dar lugar en un segundo tiempo a la concurrencia de un médico, para el abordaje de la situación en caso de necesidad (las más de las veces, reducido a la función de sellar indicaciones farmacológicas). Hubo años en los que la residencia estuvo conformada solamente por especialidades no-médicas, y la estructura de asistencia en las salas de internación y en los consultorios externos era sostenida desde esta supuesta “transversalización” de saberes (médicos), lo cual tenía el riesgo de la mala praxis (no se hablaba de eso) y la transgresión de las incumbencias profesionales reguladas por leyes de ejercicio profesional (no se hablaba de eso). Esto no podría ser entendido como transdisciplina, sino como una deriva de la práctica de los CP, que estimo inadmisibile. Por supuesto, formaba parte de un pacto de silencio impuesto por la coordinación, cuya transgresión conllevaría el riesgo de la expulsión misma del grupo, por ejemplo, bajo la forma de una renuncia al puesto (para el cual se ha ganado un concurso público, etc.).

En relación a la segunda puntuación, sólo propongo un ejercicio de la imaginación: imaginen a un residente de segundo año de CP cuya residencia previa fue la de Farmacia Clínica, encargado de llevar adelante una entrevista al paciente y su familia, para abordar e intervenir en las manifestaciones de angustia en relación al avance de la enfermedad. ¿Alcanzan los saberes *psi* transversalizados para realizar dicho abordaje sin una formación de grado y posgrado *psi*? ¿No se trataría de una clara invitación a transgredir su ley de ejercicio profesional y las normativas vigentes en relación a la organización y funcionamiento de los CP?

Mucho más podría decir sobre este punto, pero simplemente señalo lo flagrante de la renegación (negar que se niega) respecto de las incumbencias profesionales reguladas por la ley del ejercicio profesional en cada disciplina en particular, que deja lugar abierto a la *mala praxis*. La renegación lo era también respecto de la falta: no se hablaba abiertamente del problema (la falta de médicos), sino que se celebraba una (mala) solución. Así, la propuesta de lo “trans” se experimentaba como una intercambiabilidad de roles, a pesar y en contra de las diferentes disciplinas -como la de psicólogos, que nunca faltan, sino que parece que siempre sobran-, bajo la ficción de “todos podemos hacer todo”, que sostenía la grupalidad instituida. Iatrogénica para pacientes, iatrogénica para profesionales.

En relación a estos últimos, la relación entre la ausencia de funciones específicas de trabajo es directamente proporcional al aumento del malestar laboral, y está estrechamente vinculada con el riesgo de *burn out*. Si le sumamos a esta situación las múltiples mistificaciones (marco cognitivo de los juegos de poder) que adjudicaban y/o inducían estados mentales y afectivos al trabajador (residente), podríamos considerar que el dispositivo de CP en cuestión tenía un alto potencial neurotizante o, sencillamente, enloquecedor. En este punto, no hago referencia al “desgaste por empatía” o “fatiga por compasión”, categorías propias del campo de los CP para conceptualizar el impacto subjetivo en los profesionales que asisten procesos de morir. Apelar a ellos sería psicologizar el problema institucional: el malestar al que hago referencia era resultado de las relaciones de poder que se jugaban dentro del equipo, de la manera instituida y estereotipada de transmitir -imponer- un modo de trabajo “válido” en el equipo y una única clave (espiritual) de comprensión de los procesos de morir.

Entiéndase que en este punto no estoy cuestionando ni desestimando la dimensión espiritual inherente a dichos procesos, ni que la espiritualidad sea inherente al campo de los CP, ni cuestionando las creencias que pueda tener cada quien. Así como hay una resolución de incumbencias para profesionales, también hubo varios documentos de consensos resultantes de

*spiritual care task forces* respecto de los cuidados espirituales como “dimensión” de los CP, con directrices de implementación y guías de buenas prácticas. Lo que estoy cuestionando es que se elevaba dicha dimensión al estatuto de verdad incuestionable y totalizadora, deslegitimando otros saberes (imaginen, por ejemplo, una depresión clínica leída en clave astrológica, la contracción de una enfermedad como una necesidad del alma, o una psicosis explicada en términos de constelaciones familiares, etc.). Al provenir de la coordinación médica, la lectura en clave mística estaba facilitada por el lugar privilegiado que ocupa lo biomédico como discurso hegemónico en el campo de la salud, dándose una extraña mezcla entre la “verdad” biológica y la “verdad” espiritual, legitimada por su portavoz médico.

En lo que respecta específicamente a los psicólogos residentes, la propuesta era una prohibición: no mantener entrevistas “psicológicas” individuales, separadas de las entrevistas “integrales” llevadas a cabo por el grupo asistencial conformado cada día. Los grupos asistenciales se designaban diariamente y estaban conformados, como mínimo, por una dupla de profesionales, y como máximo, varios más, incluyendo rotantes y pasantes de diversas disciplinas (a veces, el grupo que asistiera a un paciente internado y/o a su familia podía subir al número de siete personas), sin incluir necesariamente al *psi*, porque “lo *psi* debería poder ser transversal a todos los perfiles, y abordado independientemente del título profesional” (sic). Gran manera de diluirlo y abolirlo: está tan en todos lados, que no está en ninguno de ellos.

Los grupos asistenciales que incluían en su conformación a un médico eran los privilegiados (se sentía la sensación de alivio entre los residentes), y como anteriormente mencioné: la falta no se nombraba y no se aceptaba como impedimento para llevar adelante la tarea. De alguna manera, esta modalidad deja en claro que el saber específico del profesional entrevistador no era ni podía ser el que definiera el tipo de entrevista que se llevaría a cabo, sino al revés. Sin embargo, el núcleo duro del abordaje nunca podría descuidar lo central: el control del dolor y otros síntomas físicos, que formaban parte del cuestionario estándar. Luego, cada quien que dirigiera la entrevista haría uso de la transversalización como quisiera o como pudiera. ¡Gran “transdisciplina”!

Volviendo al eje de este punto, la especificidad *psi* quedaba diluida: atravesaría a todas las entrevistas y situaciones, pero no se particularizaría nunca. Se constituía como un saber expropiado del profesional: su función sería más bien la de “socializar” (sic) sus herramientas en el equipo, para poder hacerlas co-extensivas y apropiables por todas las especialidades. Se proponía que se compartieran lecturas *psi* en las discusiones de los ateneos, pero absolutamente escindidas de un contexto de aplicación (“psicoterapia” era una palabra prohibida, y una incumbencia vedada: como si los psicólogos que entraban a la residencia no tuvieran matrícula habilitante, como si no hubieran completado una residencia de Salud Mental –“es que no hay un referente de planta” (sic)-, se excusaban). Se les proponía que su función era la de “apuntalar” (sic) al médico. Con tal reducción a la auxiliaridad, pareciera que no se habrían enterado de la ley de ejercicio profesional (otra renegación), como si continuara vigente el “auxiliarismo psicotécnico” de la década de los '50. Así, se desdibujaban los límites de las situaciones clínicas que ameritaban una derivación específica, en función de que el médico “no rehuyera de aquello que reconoce como su límite” (sic), el abordaje de la angustia del paciente, por ejemplo. Otra vez, renegación de los límites, y en nombre de lo “inter” o lo “trans”, aleatoriamente. Con el argumento más sofisticado de que el médico paliativista debería entrenarse en habilidades de comunicación, en empatía, compasión y espiritualidad para brindar una “atención integral” y “perder el temor” ante la muerte: no retroceder. No retrocedería... pero empujaría de la escena al *psi*, habiendo tomado de él los saberes que le sean funcionales.

En relación a esto, es interesante el planteo que hizo Barbero, desde su inserción profesional en la asociación madrileña de CP, que invita a los médicos a hacerse varias preguntas, respecto de este avance en las incumbencias específicas del psicólogo. Luego del cuestionamiento afirma: “Da la impresión de que se le tiene miedo a la interdisciplinariedad real. Trabajo interdisciplinar supone, como condición necesaria, la interacción profesional continuada y en condiciones de simetría moral entre profesionales expertos más en lo biológico y profesionales expertos más en lo biográfico. ¿No será que hay un cierto miedo a poder deliberar desde estas condiciones de simetría?” (BARBERO, 2008, P. 187).

## **El reverso del “no hay más nada para hacer”**

Reconocer los límites de la medicina (curativa), y facilitar el pasaje del curar al cuidar. En el apartado anterior mencioné varias propuestas que implicaban el desconocimiento (activo) de los límites (tanto de la falta de recursos médicos, como de la necesidad de derivación, en tanto un médico no podría aunar en sí mismo todas las disciplinas, aunque pretenda un enfoque “integral”).

Es importante destacar dicho mecanismo, dado que resulta en una clara contradicción con uno de los fundamentos mismos de los CP, que es reconocer los límites de la medicina (curativa), y facilitar el pasaje del curar al cuidar. Una de las “competencias de adaptación” detalladas en el Programa Docente para esta residencia es justamente: “demostrar cambios de actitudes al enfrentar situaciones que requieren reconocer los límites de la medicina, informando al paciente y su familia de los mismos”. Citado en este contexto, la contradicción resulta evidente.

Si afinamos el análisis, podemos encontrar esta contradicción en un amplio abanico de propuestas de los CP, en las que se reafirma de manera contundente que tras decretar ciertos límites (el de los tratamientos desproporcionados o fútiles, el encarnizamiento terapéutico, con la consecuente limitación del esfuerzo terapéutico) habría, sin embargo, una inmensa “actividad” para llevar a cabo: el slogan es claro, mientras la medicina curativa suele decretar “no hay más nada para hacer”, los equipos de CP toman el relevo (en el mejor de los casos, no relevan sino que acompañan) y decretan: “Ahora hay todo por hacer”.

El desconocimiento activo de los límites y las diferencias -en particular, del saber *psi*, toda vez que marca un límite- a lo que se presentaba como verdad incuestionada e incuestionable, nos conduce al terreno del abuso del poder, la locura (en este caso, vía las múltiples mistificaciones), y el riesgo de la mala praxis en la atención que se ofrece a los pacientes

Así, se emprende el camino de acompañar procesos de morir, en los que el cuidado no es para nada pasivo: el programa de gestión de tales procesos es altamente complejo. Recordemos la definición de la OMS: “La asistencia paliativa ofrece un sistema de apoyo para ayudar a los pacientes a vivir *tan activamente* como sea posible hasta la muerte”.

El “todo por hacer” tiene el riesgo de convertirse en un imperativo: el retorno de la limitación (“no hay más nada por hacer”) como un mandato, que genera sobrecarga y malestar en los equipos de atención. En este punto, el análisis de la limitación del esfuerzo terapéutico que corresponde a los tratamientos médicos del paciente, sería oportuno de realizarse al interior del equipo de CP mismo.

Volviendo a la experiencia que intento transmitir, lo que me interesa resaltar de este asunto es cómo el desconocimiento activo de los límites y las diferencias -en particular, del saber *psi*, toda vez que marca un límite- a lo que se presentaba como verdad incuestionada e incuestionable, nos conduce al terreno del abuso del poder, la locura (en este caso, vía las múltiples mistificaciones), y el riesgo de

la mala praxis en la atención que se ofrece a los pacientes: ¿desde qué posiciones éticas podrían sostenerse las mencionadas concepciones instituidas sobre inter y transdisciplina? Dejo señalada la necesidad de reflexionar sobre este problema en términos de la Bioética.

## Conclusión

“De eso no se habla” suele ser un título o subtítulo frecuente de trabajos y presentaciones en el campo de los CP, en lo que hace referencia a lo que no es tan frecuente en el sistema de salud: nombrar lo que nos pasa ante la muerte y nombrar a la muerte, sin que sea sinónimo de fracaso (del tratamiento ofrecido y en el peor de los casos, una auto atribución del profesional). Sin embargo, estimo que aquello de lo que continúa sin hablarse no es de la muerte, sino del abuso de poder, de la opresión y de diversas formas de maltrato a las que se somete a los profesionales en formación, que en nombre de distintos ideales –sea uno de ellos, por ejemplo, la inter o la transdisciplina-, se perpetúan como mecanismos de control y sumisión. Mecanismos que, si bien se enmarcan en el devenir de tantas prácticas que en el campo de la salud operan una inversión entre la hospitalidad esperada y la hostilidad recibida, tanto para los profesionales como para los pacientes o usuarios, tienen una especificidad.

Intenté dar cuenta de la dinámica particular, instituida en un equipo de trabajo que es sede de una residencia interdisciplinaria. Esto último debiera enmarcar al equipo a cierta sujeción a una responsabilidad y una legalidad que, en función de los fragmentos expuestos, vemos cómo es transgredida.

A través de esta exposición no intento la personalización ni la psicologización de los problemas expuestos, sino su visibilización. El malestar vivenciado en dicha residencia se reactiva para cada una de las capas de residentes ingresantes: algunos se sentían alojados, adoptaban el dogma y las atribuciones que se hacían sobre sus personas, otros *mistificados* denunciábamos fallidamente lo que allí ocurría, entre nosotros ideábamos estrategias de supervivencia y de evasión, estrategias para poder preservar las diferencias y hacer uso de ellas burlando al dogma. Nos preguntábamos cómo podíamos aprender y pensar críticamente en ese contexto de mortificación, de malestar hecho cultura.

Sin embargo, el silencio al respecto se transmite de generación en generación (de capas de residentes), como una repetición sin recuerdo o como un “pacto de silencio”, como aquel que se propone abordar y diagnosticar en los familiares que se obstruyen en la imposibilidad de hacer partícipe a su familiar-paciente-enfermo del diagnóstico. Un ocultamiento sintomático. Volviendo a Laing: al representar las formas de mistificación como si fuesen de benevolencia, los mistificadores confunden al mistificado, para que se sienta unido a los primeros o para que sienta gratitud por su mistificación (de la que no se da cuenta) y por último para que se sienta mal o incluso loco al sólo pensar en la rebelión (LAING, 1976, P. 397).

Intento aquí romper la alianza tácita, funcional a aquella sentencia explícita, que flotaba en la superficie, en el mar de la violencia de la interpretación: “Lo que pasa en paliativos queda en paliativos” (sic). No siempre.

Sabrina S. Morelli

[sabmorelli@hotmail.com](mailto:sabmorelli@hotmail.com)(link sends e-mail)

Psicóloga de planta en Hospital de Quemados Dr. A. Illía.]

Ex residente y jefa de residentes de Cuidados Paliativos en Hospital de Gastroenterología “Dr. C. B.

Udaondo” (2016-2019)

Ex residente de Salud Mental en Hospital Gral. de Agudos “Dr. J. M. Ramos Mejía” (2012-2016)

## Referencias bibliográficas

- Alonso, J. P. (2013). *Cuidados paliativos: entre la humanización y la medicalización del final de la vida*. En: Revista *Ciência & Saúde Coletiva*, Vol. 18, Nro. 9, Pp. 41-48. Río de Janeiro.
- Barbero, J. (2008). *Psicólogos en Cuidados Paliativos: la sinrazón de un olvido*. En: *Psicooncología*. Vol. 5, Nro. 1. Pp. 179-191. Madrid.
- Benito, E. (2016). *El acompañamiento espiritual en Cuidados Paliativos*. En: *Psicooncología*. Vol. 13, Nro. 2-3, Pp. 367-384. Madrid.
- Carpintero, E.; Vainer, A. (2004). *Las Huellas de la Memoria: Psicoanálisis y Salud Mental en la Argentina de los 60 y 70*. Tomo I: 1957-1969. Buenos Aires: Topía.
- Elichiry, N. (2009). *Importancia de la articulación interdisciplinaria para el desarrollo de metodologías transdisciplinarias*. Cap. 9. En: Elichiry, N. *Escuela y Aprendizajes. Trabajos de Psicología Educacional*. Buenos Aires: Manantial.
- Follari, R. (2005). *La Interdisciplina Revisitada*. En: *Andamios*. Año 1, Nro. 2. Pp. 7-17. Argentina.
- Heath, I. (2018) *Ayudar a morir*. Buenos Aires: Katz.
- Laing, R. D. (1976). *Mistificación, confusión y conflicto*. Cap. 9. En: Boszormenyi-Nagy, I; Framo, J. *Terapia Familiar Intensiva. Aspectos teóricos y prácticos*. México: Trillas.
- Laing, R. D. (1978) *Mistificación de la Experiencia*. Cap. 3. En: Laing, R. D. *La Política de la Experiencia*. Barcelona: Orijalbo.
- Ley N° 26.529 (2009). *Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud*.
- Ley N° 26.742 (2012). *Modifícase la Ley 26.529 que estableció los Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud*.
- Martorell, J. L. (1988). *Mistificación y juegos de poder en la terapia de pareja*. En: *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*. SEMPP, Vol 2, Nro 1. España, 2012.
- Najmanovich, D. (1998). *Interdisciplina: riesgos y beneficios del arte dialógico*. En: *Revista Tramas. Asociación Uruguaya de psicoanálisis de las configuraciones vinculares*. Tomo IV, N° 4.
- OMS (2018). *Palliative Care*. Recuperado de: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care\(link is external\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care(link%20is%20external))
- Puchalskia, C. et al. (2011). *La mejora de la calidad de los cuidados espirituales como una dimensión de los cuidados paliativos: el informe de la Conferencia de Consenso*. En: *Medicina Paliativa*. (18) 1, Pp. 55-78. España.
- Programa Docente. (2006). *Residencia Post básica interdisciplinaria en cuidados Paliativos*. GCBA. Ministerio de Salud.
- Resolución 943° (2001). *Normas de Organización y Funcionamiento en Cuidados Paliativos*. Ministerio de Salud de la Nación Argentina.

Resolución 357° (2016). Aprobación de Directriz de Organización y Funcionamiento en Cuidados Paliativos. Ministerio de Salud de la Nación Argentina.

Stolkiner, A. (1999). *La Interdisciplina: entre la Epistemología y las prácticas*. En: Revista digital El Campo Psi.

Stolkiner, A. (1987). *De interdisciplinas e indisciplinas*. En: Elichiry, N. (Comp). El niño y la escuela. Reflexiones sobre lo obvio. Buenos Aires: Nueva Visión.

Ulloa, F. (2011). Salud ele-Mental. Con toda la mar detrás. Buenos Aires: Zorzal.