



UNIVERSIDAD DE CHILE
Facultad de Ciencias Sociales
Departamento de Psicología
Magíster en Psicología Clínica de Adultos

Pacientes (poli)consultantes a la Atención Primaria de Salud

Análisis de la policonsulta en un Centro de Salud Familiar desde la teoría psicoanalítica

Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología clínica de
adultos

2011

Autora: Ximena Saffie Gatica

Profesor guía: Gonzalo Miranda.

Profesor Patrocinante: Roberto Aceituno

La compañía de mis hijas y mi marido fueron centrales para lograr mi proyecto, muchas gracias a ellos y a mis papás por el apoyo incondicional.

“En una sociedad medicalizada la influencia de los médicos se extiende no sólo al bolsillo y al botiquín sino también a las categorías en las que se encasilla a la gente. Los burócratas médicos subdividen a las personas en aquellas que pueden guiar un automóvil, aquellas que pueden faltar al trabajo, aquellas a quienes hay que encerrar, aquellas que pueden servir en el ejército, (...) aquellas que están muertas, aquellas que son competentes para cometer un crimen y aquellas que podrían cometerlo” (Illich, 1978, p. 105).

INDICE

1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	5
2. MARCO TEÓRICO-REFERENCIAL.....	11
2.1 Desarrollo histórico de la medicina	11
2.2 Psicoanálisis y medicina	18
2.3 Cuerpo en psicoanálisis	20
2.4 Políticas sanitarias en Chile	27
3. OBJETIVOS.....	35
3.1 Objetivo General	35
3.2 Objetivos Específicos	35
4. MARCO METODOLÓGICO.....	36
4.1 Tipo de estudio.....	36
4.2 Muestra o sujetos.....	36
4.3 Instrumentos.....	38
4.4 Procedimiento.....	39
4.5 Plan de análisis	40
4.6 Aspectos Éticos.....	41
5. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	43
5.1 Entrevistas a pacientes	43
5.2 Entrevistas a funcionarios de la Institución de salud	59
5.3 (Des) Encuentro entre el discurso de pacientes policonsultantes y el de funcionarios 73	
6. DISCUSIÓN DE RESULTADOS A LA LUZ DEL PSICOANÁLISIS	77
6.1 Cuerpo silenciado	77
6.2 El lugar del otro: La transferencia	82
7. REFLEXIONES FINALES.....	92
8. BIBLIOGRAFÍA.....	98

RESUMEN

Los Centros de Salud Familiar se presentan en el actual Sistema de Salud como instituciones cuyo objetivo es fomentar una visión “biopsicosocial” de los pacientes, donde se incluya un análisis de las características familiares, sociales y psicológicas de la comunidad a la que prestan servicio. Sin embargo, la denominación de algunos pacientes como “policonsultantes” da cuenta de la permanencia del modelo biomédico en estas instituciones, ya que la dificultad por precisar biológicamente su diagnóstico repercute en que éstos sean excluidos del sistema.

El paciente denominado “policonsultante” se resiste a ser segregado, por lo que continúa su recorrido por distintos profesionales del Centro, ante quienes da cuenta de la queja a nivel somático que espera que se le resuelva. Por medio de esta insistencia sólo consigue consolidar la cualidad de “demandante” que se le atribuye, recibiendo en muchos casos como única respuesta la negación de la atención, por lo que no logran encontrar un espacio donde se valide su padecer.

Es así como la presente investigación surge a partir del interés en profundizar en aquella demanda del policonsultante y la respuesta que le ofrece la Institución, analizando el desencuentro que se produce entre ambos. En razón de esto, el estudio tiene como objetivo la identificación de elementos preliminares que aporten a la elaboración de un marco comprensivo que, desde una perspectiva psicoanalítica, permita entender el fenómeno de la policonsulta en el Centro de Salud Familiar Cardenal Silva Henríquez. Considerando que se trata de una problemática poco investigada, y que por lo tanto cuenta con pocos antecedentes teóricos, se realizó un estudio de tipo exploratorio, donde por medio de un diseño cualitativo se profundizó en el discurso de pacientes que cumplían con los requisitos para ser denominados policonsultantes y de funcionarios del Centro de Salud Familiar.

El análisis del material obtenido, permitió concluir que el desencuentro que se produce entre la demanda que realizan los policonsultantes y la respuesta de los funcionarios, se debe principalmente al desconocimiento de la transferencia. Debido a esto, los funcionarios se incomodan ante estos pacientes al interpretar su conducta como una manipulación o un interés por obtener alguna ganancia del Sistema de Salud, debido a que al no reconocer la transferencia, se ignora la demanda de amor y de saber que realizan los policonsultantes. Ante esto, los profesionales intentan responder desde la técnica, pero su saber resulta insuficiente para comprender la queja de los policonsultantes, en tanto es un saber que desconoce la dimensión simbólica del cuerpo.

1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Constitución del año 1946, enfatizó la importancia de entender la salud desde una dimensión que abarque distintas aristas de la vida de los sujetos y no simplemente como la ausencia de enfermedad. A partir de esta inquietud, desarrolló una definición que comprende la salud como un *“estado de completo bienestar físico, mental y social”* (OMS, 1948, p. 28). Esta noción se refuerza en la Declaración Alma-Ata, donde en base a dicha concepción de salud, se establecen ciertas normativas específicas para la Atención Primaria de Salud (APS), por medio de las cuales se busca potenciar una mirada médica que favorezca la inclusión de variables sociales y psicológicas en la comprensión de los enfermos y la enfermedad (Gómez, 2002).

Esta tendencia se fortaleció en los años setenta, con el uso que dio George Engel al término *“biopsicosocial”*, presentándolo como una alternativa al modelo biomédico predominante en el siglo XX. La inclusión de lo biopsicosocial respondía al interés de desarrollar comprensiones holísticas, que reconocieran la importancia que adquieren las características particulares de los sujetos al momento de entender el origen de las patologías. De esta manera, se buscaba reivindicar la palabra del paciente, para así sacarlo del lugar de objeto en el que fue ubicado por el ideal cientificista del modelo médico y resitarlo como sujeto del acto clínico (Borrell, 2002).

En Chile se han acogido tales principios, lo cual se ha traducido en la implementación de políticas sanitarias que buscan modificar el modelo de atención desde un enfoque biomédico hacia uno biopsicosocial. Entre las medidas que se han llevado a cabo para este propósito, se encuentra la transformación de los consultorios a Centros de Salud Familiar (CESFAM). En dichos Centros se intenta implementar una modalidad de atención que incorpore el contexto de quien consulta, lo cual implica la consideración de la calidad de vida, además del entorno familiar y social del paciente. En relación con esto se menciona: *“La transformación de los consultorios a CESFAM involucra de manera prioritaria el cambio desde un paradigma centrado en la enfermedad a uno centrado en la persona y su contexto biopsicosocial”* (Ministerio de Salud Chile, 2008, p. 1).

Al profundizar en la implementación de esta política, se evidencia que la incorporación de los CESFAM ha significado una reestructuración de ciertas características de los consultorios, tales como la sectorización de la población a la que le presta servicios- medida que busca favorecer una relación de mayor cercanía con los pacientes-, sin embargo, no se ha traducido necesariamente en un cambio de paradigma en la comprensión de las patologías de los consultantes. En tal sentido, la incorporación de “factores psicosociales” ha favorecido la consideración de variables subjetivas para comprender el padecer de pacientes que presentan alteraciones propias del área de salud mental, no ocurriendo lo mismo cuando se trata de sujetos que presentan malestares físicos, con quienes aún prevalece una lógica de comprensión básica y exclusivamente biomédica. Es así como la permanencia de este modelo se traduce en un quehacer focalizado exclusivamente en el cuerpo en tanto organismo biológico, apartando cualquier variable subjetiva que pudiera estar implicado en el enfermar de un paciente. En este sentido, *“el médico opta por captar los signos que le informan del funcionamiento biológico, con independencia de las significaciones que se ponen en juego para la persona enferma”* (Galende, 1990, p. 256).

A pesar de la declaración del Estado respecto a la implementación de medidas sanitarias que favorezcan una mirada integral del ser humano, existen ciertas políticas que refuerzan la mantención del modelo biomédico que se intenta abolir. Tal es el caso de la manera en que se ha implementado el plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas de Salud (AUGE), ya que la selección de las patologías AUGE responde a una lógica que enfatiza el tipo de manifestación corporal por sobre la subjetividad que subyace dicho malestar, llegando inclusive a entender el cuerpo desde sus distintas partes más que como una totalidad. Esta situación se acentúa a partir de la clasificación que se realiza de las enfermedades incorporadas al Plan, ya que al distinguir, por ejemplo, entre las patologías de salud mental, cardiovascular y respiratorias, no sólo se favorece la disociación entre mente y cuerpo, sino que incluso, se realiza una fragmentación del ser humano en sus distintos órganos, atentando directamente contra la comprensión holística del sujeto (Román y Muñoz, 2008).

Asimismo la existencia de protocolos de atención para cada una de las patologías AUGE, representa un esfuerzo de estandarización de la manifestación corporal que resulta

coherente con la manera en que la lógica biomédica comprende la enfermedad, ya que en ellos se definen los criterios diagnósticos que deben cumplir los pacientes para que su afección sea validada. En tal sentido, esto consolida el lugar protagónico que adquiere el diagnóstico para la ciencia, ya que es un ejercicio que nombra un padecer que permite, tanto al médico como al enfermo, salir del ámbito de lo desconocido. (Gómez, 2002). Esta normalización de la enfermedad, y por tanto de los sujetos, se refuerza al considerar que en dichos protocolos no sólo se establecen los criterios de inclusión de las patologías, sino también las directrices a seguir en cada caso, poniendo el énfasis en la patología por sobre la necesidad particular de cada paciente. Se trata así de *“una respuesta para todos igual: todos organismos sin biografía ni circunstancias”* (Irizar, 2000).

Las consecuencias de lo anteriormente descrito, se evidencian incluso desde el primer acercamiento de un paciente a la Institución, ya que al momento de solicitar una hora médica, sólo se admiten como válidas algunas molestias físicas por sobre otras. De tal modo, para evitar dar horas a sujetos que “no las necesitan”, el paciente tiene que dar cuenta a un funcionario de su malestar y es él, quien decide la pertinencia de otorgarle dicha atención de acuerdo al tipo de afección corporal que presenta. Para esto lo interroga acerca del lugar donde se localiza su molestia, si se acompaña de otros síntomas, etc. Lo que se expresa por medio de esta práctica, es que la atención es sólo para quienes presentan malestares coherentes a los diagnósticos propios de la lógica médica, es decir, aquellas molestias que se ajustan a alguna patología validada por la ciencia, entre las cuales ocupan un lugar privilegiado aquellas afecciones definidas como “patologías AUGE”. Se aprecia de esta forma, que la influencia de la medicina es tal, que ha llegado incluso a regular las demandas de salud, por medio de la definición de criterios que establecen las condiciones de bienestar físico y generando como consecuencia, la validación de algunos padecimientos por sobre otros (Galende, 1990).

La subsistencia del modelo biomédico en los CESFAM resulta problemática, en tanto implica una mirada que reduce al ser humano a su funcionamiento biológico, ofreciendo una respuesta sólo a quienes logran ser etiquetados con algún rótulo conocido para la ciencia. De esta manera, la medicina orgánica al nombrar, clasificar y organizar las diferentes enfermedades, favorece una normalización del cuerpo cuya consecuencia es la segregación

de toda persona que no se ajusta a sus criterios (Foucault, 2001). Al mismo tiempo esto fomenta la concepción de la enfermedad como un agente externo a quien la padece, ya que la medicina sitúa a la enfermedad como una realidad ajena al hombre, de manera que el hecho patológico obtiene así autonomía y categoría ontológica (Galende, 1990). Dicha comprensión de la enfermedad genera como consecuencia un grupo de segregados cuyos malestares no logran ser comprendido en un contexto biomédico, entre los que se encuentran los denominados “policonsultantes”.

A pesar que en la literatura no existe una definición clara acerca de lo que se entiende por este término, existe cierto consenso en que la denominación de policonsultante responde al elevado número de consultas que presentan estos pacientes, precisando que asisten más de siete veces al año, sin haber sido citados por algún funcionario de la institución (Picado, 2002; Servicio de Salud Metropolitano Norte, 2005). Pero lo que resulta más relevante, es que dichas consultas aparecen como injustificadas para la lógica médica, en tanto se trata de pacientes que presentan síntomas orgánicos como náuseas, vómitos, cefaleas, e incluso síntomas que agrupados constituyen síndromes funcionales como la fibromialgia y colon irritable, pero ni las causas de éstos ni el curso que siguen, corresponden al habitual del enfermar; por lo que no se logra comprender el origen de dichas molestias (Velasco, Ruiz, Alvarez-dardet, 2006).

Teniendo en cuenta la alta presencia de este fenómeno en el ámbito público- se estima que entre un 10% a un 30% del total de consultas de APS corresponden a este tipo de pacientes (Di Silvestre, 1998)-en conjunto con la falta de recursos propias de este sector, se ha situado la policonsulta como un problema prioritario a resolver, ya que atenta directamente contra el uso eficiente de los recursos. Esto afecta principalmente a la APS, ya que al ser la “puerta de entrada” a la red pública, es el único nivel de atención al que las personas acceden de manera directa. Sin embargo, es un fenómeno que repercute igualmente a la atención secundaria y terciaria, ya que como estos niveles responden a una mayor especialización, los funcionarios de APS derivan a los policonsultantes con las esperanza que exámenes más específicos logren precisar su diagnóstico (Servicio de Salud Metropolitano Norte, 2005).

A pesar de esto último, a los médicos les resulta infructuoso vincular la queja de estos pacientes con signos clínicos que las justifiquen, ya que tanto las técnicas diagnósticas como

el examen clínico, suelen mostrar que el enfermo “no tiene nada.” Esta dificultad para acoger y comprender el padecer de los policonsultantes, más que generar una pregunta acerca de lo que les ocurre a nivel subjetivo, repercute en que los profesionales demuestren actitudes ambivalentes e incluso agresivas hacia ellos. Se desencadena así una resistencia a seguir atendiendo a estos pacientes, por lo que a partir de su identificación con nombre y apellido, este rechazo se generaliza al resto de los funcionarios. Es así como el policonsultante no recibe una respuesta del sistema, ya que se produce una subvaloración de cualquier tipo de demanda que ellos realicen a la Institución de salud, por lo que quedan a la deriva, sin que se les ofrezca un espacio donde su queja sea acogida y donde se valide su sufrimiento. Se aprecia así cómo la medicina convierte el *“dolor en un problema técnico y priva así al sufrimiento de su significado personal intrínseco”* (Illich, 1978, p. 179).

Resulta central detenerse en este punto, en tanto se trata de demandas de atención canalizadas a través del Sistema de Salud, las cuales, al no cumplir con ciertos estándares, son excluidas. De esta manera, la violencia del diagnóstico médico no sólo se ejerce sobre aquellos que reciben una etiqueta a la cual se identifican, sino también sobre aquellos que carecen de ésta, lo que incluso puede tener mayores repercusiones subjetivas. Así es como *“en una sociedad morbosa predomina la creencia de que la mala salud definida y diagnosticada es infinitamente preferible a toda otra forma de etiqueta negativa o a la falta de toda etiqueta”* (Illich, 1978, p.158).

En suma, la reflexión en torno al padecer de los denominados policonsultantes resulta escasa, prevaleciendo una tendencia a su descalificación que disminuye tanto la comprensión de los conflictos intrapsíquicos que pudieran presentar estos sujetos, como la posibilidad de pensar en las debilidades que evidencia el sistema sanitario. De esta manera, el predominio del enfoque biomédico tiene como consecuencia la desestimación de la demanda que realizan estos sujetos, por lo que es una molestia que es acallada para que no interfiera con el “normal” funcionamiento del sistema.

Es así como el fenómeno de la policonsulta pone en evidencia las debilidades del enfoque biomédico, el cual tiende a asumir la demanda de los pacientes tal como le es formulada y a responder a ella anteponiendo su propio saber. En tal sentido, los avances de la ciencia han contribuido a que la medicina pueda cumplir este objetivo prescindiendo del

reconocimiento de la subjetividad del paciente (Nepomiachi, 2001). Sin embargo, como la técnica se muestra insuficiente para comprender la queja de los policonsultantes, el sistema se paraliza ante ellos. Es por esto que el psicoanálisis ofrece un enfoque distinto para pensar acerca de estos pacientes, en tanto es una ética que *“no puede dejar de interrogarse por el sufrimiento sintomático: ¿a qué sirve el síntoma?, ¿por qué en este momento?, ¿qué quiere o reclama al médico?, ¿por qué acude a este lugar?, ¿qué relación tiene ese lugar con lo que quiere?”* (Galende, 1990, p. 270).

Es a partir de la dificultad que presenta el Sistema de Salud en la comprensión de los pacientes policonsultantes que surge la presente investigación, con la finalidad de aportar elementos que permitan entender este fenómeno, analizando el desencuentro que se produce entre la demanda que realizan estos pacientes y la respuesta que reciben de parte de los funcionarios de la Institución.

Específicamente la pregunta que guía esta investigación es, ¿cómo comprender el fenómeno de la policonsulta en un Centro de Salud Familiar, desde la teoría psicoanalítica?

2. MARCO TEÓRICO-REFERENCIAL

Con la finalidad de contextualizar el problema que se aborda en la presente investigación, se desarrollarán algunos antecedentes teóricos que permiten enmarcar la temática a tratar. En primer lugar se profundizará en torno al recorrido histórico a través del cual la medicina se constituye en tanto disciplina científica, de manera de evidenciar cómo va definiendo su objeto de estudio y cómo desarrolla un método para conocer dicho objeto. Detenerse en este recorrido permite comprender el por qué los pacientes policonsultantes resultan conflictivos para la lógica médica, ya que desafían la comprensión del cuerpo desarrollado históricamente por la medicina. Luego, se abordará la relación entre psicoanálisis y medicina, de manera de enunciar ciertos puntos que pueden resultar problemáticos entre ambos; para posteriormente profundizar de manera específica en la noción de cuerpo desarrollada por el psicoanálisis. Para esto último se recurrirá puntualmente a los planteamientos de Sigmund Freud, considerado el fundador del psicoanálisis, además de incluir postulados correspondientes al psicoanálisis francés, representado por Jacques Lacan y Françoise Dolto. Así mismo se incluirán antecedentes respecto a las políticas sanitarias en nuestro país, incluyendo una referencia específica acerca de la Atención Primaria de Salud y una descripción del CESFAM Cardenal Silva Henríquez, ya que corresponde a la Institución en la cual se desarrolló la investigación.

2.1 Desarrollo histórico de la medicina

“La superposición exacta del “cuerpo” de la enfermedad y del cuerpo del hombre enfermo no es, sin duda, más que un dato histórico y transitorio”
(Foucault, 2003, p. 17).

La medicina, tal como la conocemos en la actualidad, es el resultado de un recorrido histórico, cuyas etapas han estado marcadas por condiciones políticas, económicas y sociales; variables que en interacción han ido determinando una definición particular de la enfermedad. Esto implica el desarrollo de una concepción respecto al origen de las patologías y a sus respectivos tratamientos, situación que ha repercutido en el tipo de

posición social que ha ido ocupando la figura del médico, y del lugar en que se ha situado al enfermo respecto a su propio padecer.

Al momento de situar un punto donde se origina el desarrollo de la medicina naturalista, racional, a fin de cuentas científica, existe cierto consenso en considerar a Hipócrates como aquel personaje que representa el primer intento de sistematización ajena a toda explicación mágico-religiosa. La teoría de los humores por él desarrollada, releva la salud como un estado de equilibrio de las cuatro sustancias que componen el organismo- sangre, pituita, bilis y atrabilis-; por lo que la enfermedad era considerada la manifestación de un desequilibrio entre los humores. A partir de Hipócrates, la salud en Grecia adquirió gran protagonismo, debido al énfasis otorgado al desarrollo armónico de la mente y el cuerpo. Esto repercutió en que la figura del médico comenzara a adquirir prestigio y reconocimiento social, ya que la teoría de los humores, al definir la enfermedad como algo totalmente vinculada al ámbito físico y no ligado a la religión, situaba en manos de los médicos la posibilidad de curación (Muena, 2007).

La influencia de Hipócrates resultó clave en el desarrollo de la medicina, ya que sus proposiciones impulsaron nuevas teorías que contribuyeron a la comprensión de las enfermedades. Galeno fue uno de los personajes que basándose en la teoría de los humores, desarrolló sus planteamientos en fisiología, los cuales representan un aporte clave al ámbito de la anatomía. Sin embargo, el auge en la investigación se vio contrarrestado en la Edad Media, ya que la influencia de parte del cristianismo favoreció un retorno a la noción del enfermar vinculada a la idea de castigo divino. Esto significó una detención de los avances científicos, en tanto se limitó el desarrollo de la medicina a la investigación de textos autorizados por la iglesia, quien además estableció la prohibición de la disección de cadáveres, de la experimentación y la observación (Muena, 2007).

Esta situación cambió radicalmente en el Renacimiento, donde se reimpulsó la posibilidad de aprehender el mundo de manera experimental, más allá de la dimensión especulativa. Es en dicho sentido que este período representa la antesala para la aparición del método científico. Un ejemplo de esto, lo constituye Paracelso, quien en el siglo XVI, entendió la enfermedad a partir de un origen local y con la posibilidad de ser originada por agentes externos al organismo. La relevancia de esta concepción es que al otorgar a la enfermedad

una existencia autónoma y la posibilidad de ser clasificada, hace posible establecer estrategias para su control (Mueña, 2007).

La figura de Descartes juega un rol clave en el Renacimiento, ya que sus planteamientos relevaban la razón como método fundamental para alcanzar el conocimiento, por lo que sostuvo que la ciencia debía enfocarse en el estudio de los elementos posibles de ser medidos y cuantificados. La distinción que realizó entre mente y cuerpo, contribuyó a la formación de una creciente noción mecanicista del cuerpo humano, eliminando la concepción que sostenía al alma como el principio de vida. Como consecuencia de estos avances, en el siglo XVII se inaugura una nueva etapa que marca una revolución científica, ya que la enfermedad comienza a ser considerada una entidad neutral y objetiva posible de ser estudiada a través de un método que conserve la misma objetividad. Es así como a partir de Descartes, *“el cuerpo ya no puede pensarse como un lugar de fuerzas en equilibrio, sino que como una máquina en movimiento”* (Kottow, Bustos, 2005, p.162, citado por Mueña, 2007).

El siglo XVIII se caracterizó por el énfasis atribuido a la clasificación de las enfermedades. Es así como la “medicina clasificadora” de esa época, como la denomina Foucault, sostuvo la existencia de una configuración particular de la patología, cuya organización se definió por medio de sistemas de relación en el cuerpo. El interés otorgado al orden de las especies, significó una revaloración de las variables propias del enfermo, ya que se consideraba que al tener claridad de la edad, forma de vida y acontecimientos de la historia del paciente, se podía distinguir aquello que era “propio” de la enfermedad, de lo que correspondía al sujeto (Foucault, 2003).

“Es preciso que el que describe una enfermedad tenga el cuidado de distinguir los síntomas que la acompañan necesariamente y que le son propios de los que no son sino accidentales y fortuitos, tales como los que dependen del temperamento y de la edad del enfermo” (Sydenham, 1784, citado por Foucault, 2003, p.23).

Es más tarde, precisamente a fines del siglo XVIII, donde disminuye el acento atribuido a la individualidad al momento de referirse a la enfermedad. Esto ocurre como consecuencia del

creciente desarrollo de la medicina de las epidemias, a partir de la cual se definieron las enfermedades epidémicas como todas aquellas que *“atacan al mismo tiempo, y con caracteres inmutables, a un gran número de personas a la vez”* (Le Brun, 1776, citado por Foucault, 2003, p. 43).

Esto marcó un hito en la manera en que se enfrentaban las enfermedades, ya que al situar el énfasis en lo colectivo por sobre lo particular, se comenzaron a gestar las condiciones para la creación de la Salud Pública. A esto se sumaron una serie de descubrimientos que se presentaron como la antesala para el surgimiento de políticas públicas, entre los que destacaron las contribuciones de Louis Pasteur, quien aportó al control de las enfermedades infecciosas, y el descubrimiento de la vacunación. Comenzó así un interés progresivo en el desarrollo de estrategias cuyo fin fue prevenir la propagación de enfermedades en la sociedad (Rada, 2007).

El carácter colectivo de la medicina de las epidemias, significó una contraposición radical a la antecesora medicina de clases, ya que el énfasis se situó en la percepción colectiva del enfermar, por sobre la particularidad del sujeto. Esto condujo que la presencia médica comenzara a extenderse en el espacio social; por lo que se convirtieron en constantes vigilantes y controladores de las prácticas cotidianas, a fin de evitar una mayor propagación de las epidemias (Foucault, 2003).

En palabras de Foucault:

“No habría medicina de las epidemias, sino reforzada por una policía: vigilar el emplazamiento de las minas y de los cementerios, obtener lo más rápidamente posible la incineración de los cadáveres en vez de su inhumación, controlar el comercio del pan, del vino, de la carne, reglamentar los mataderos, las tintorerías y prohibir los alojamientos insalubres” (2003, p. 47).

A pesar de la complejidad que fue adquiriendo la clínica, la medicina no alcanzó aún el reconocimiento científico de años posteriores sino hasta fines de este siglo, momento en que cambió la relación con aquello que se percibía. En este sentido, es a principios del siglo

XIX cuando *“los médicos describieron lo que, durante siglos, había permanecido por debajo del umbral de lo visible y de lo enunciable”* (Foucault, 2003, p. 5).

Este momento resulta crucial, en tanto representa el punto en el que se produce la superposición del espacio de configuración de la enfermedad con el del mal en el cuerpo, situación que fue posible a partir de los avances de la anatomía patológica. Se supone una vinculación natural entre la mirada y el objeto, en tanto la mirada médica desenvuelve el secreto oculto por la enfermedad, permitiendo que ésta sea accesible a la percepción. Se convierte de esta manera a la enfermedad en un *“ser discernible, aislable, clasificable, cuya etiopatogenia se hace visible y faculta al médico a predecir su evolución”* (Galende, 1990, p. 245).

De esta forma la anatomía patológica se constituye como una manera de eludir aquel obstáculo que representa la piel y la carne. Se funda así un nuevo método de exploración, que a través de las autopsias permite al médico detenerse en las anomalías de los órganos, para así establecer relaciones con los síntomas de la enfermedad. Es en este sentido, que la anatomía patológica, representada en la figura de Bichat, se presenta como una reactualización de la tendencia clasificadora del siglo XVIII, ya que le da un nuevo impulso al proyecto nosológico de esa época, pero agregándole un aporte que resulta clave, en tanto otorga un análisis real a partir de superficies perceptibles (Foucault, 2003).

Al sumergirse en la apertura del cuerpo, los anatomistas comenzaron a relacionarse con los órganos con independencia de la persona a quien pertenecían. Esto repercutió en que los órganos comenzaran a ser estudiados como entidades autónomas, produciéndose así una disociación entre el cuerpo y el sujeto. A partir de este ejercicio se modificó la relación médico- paciente, ya que este método implicó la deshumanización de la enfermedad, convirtiendo al enfermo *“no en el heredero de la historia singular de un hombre determinado en determinado espacio y tiempo, sino en la falla impersonal de una función o de un órgano indiferente al hombre, al menos en sus repercusiones”* (Le Breton, 2002, p.198).

Incluso el organismo sufrió los efectos de la apertura producida por la anatomía patológica, ya que significó el desarrollo de una concepción de la enfermedad que la relevaba como un

proceso local, lo cual atentaba contra la comprensión del organismo como una totalidad. Esto conllevó que en el siglo XIX la enfermedad comenzara a ser descrita a partir de distintas entidades morfológicas, situación que condujo que los médicos se especializaran en el estudio de cada uno de los órganos, produciéndose así una fragmentación del cuerpo humano (Seguí y García, 2002). Se marca así un punto fundamental en el desarrollo de la medicina, que es considerado la antesala del origen de las especialidades médicas. A partir de estos avances, cada especialidad se hizo cargo de un fragmento del cuerpo, de manera que *“la enfermedad se ha transformado y se ha hecho de un órgano, perdiéndose de esta manera el paciente como persona y surgiendo como cosa”* (Gómez, 2002, p. 172).

A lo largo del siglo XIX el continuo desarrollo de los avances científicos significó un fortalecimiento de la noción mecanicista del cuerpo. Esta situación se evidencia, por ejemplo, en la concepción de enfermedad planteada por Claude Bernard, para quien la patología consistía en una falla mecánica, posible de reparar (Bustos, 1998, citado por Muenza, 2007). De esta manera, se introdujo la fisiopatología, a partir de la cual se estableció que la enfermedad podía ser estudiada utilizando los métodos de investigación de la física y la química. Es así como se sugirió que las leyes que gobiernan la naturaleza también rigen la vida y la materia, sosteniéndose un determinismo absoluto que vinculó estrechamente cada uno de los fenómenos patológicos a condiciones físico-químicas (Nepomiachi, 2001). La tendencia biomédica se consolidó con el surgimiento de la teoría bacteriológica, a partir de la cual se reforzó la idea de la enfermedad como entidad independiente.

El desarrollo tecnológico que se produjo a partir del siglo XX, repercutió en la implementación de nuevas técnicas diagnósticas que permitieron acceder con mayor precisión al cuerpo enfermo, por lo que continuó el interés en perfeccionar los métodos que permitían conocer el funcionamiento del organismo. De este modo, es posible señalar que en el paso del siglo XIX al XX existió una continuidad, que respondía a la creciente biologización de la concepción de la patología y del acercamiento al cuerpo humano (Laplantine, 1999).

Resulta relevante que a partir de los avances médicos, la figura del enfermo comenzó a ocupar un lugar cada vez más secundario respecto a su patología, ya que las ganancias técnicas significaron una pérdida del discurso del sujeto acerca de su enfermedad. Dicha

situación se ejemplifica en la práctica cotidiana del médico, ya que hasta el siglo XIX éste obtenía la información que requería preguntándole directamente al paciente, y secundariamente lo complementaba con la observación médica. Radicalizando esto es que se podría señalar que *“el médico podía ser ciego, pero ciertamente no sordo”* (Laplantine, 1999, p. 287). Sin embargo, los métodos que se fueron desarrollando, desde la anatomía patológica hasta la medicina celular, fueron cambiando esta situación, dando mayor relevancia a lo que dichas técnicas podían ofrecer a la mirada.

Le Breton se refiere a esto señalando:

“Con la radiografía y los métodos actuales de la medicina nuclear, la eminencia de la mirada en la constitución del conocimiento no disminuyó. Los aparatos alcanzaron un alto grado de complejidad técnica, especialmente los que se utilizan en el diagnóstico por imágenes por resonancia magnética nuclear (RMN), pero no suprimieron la mediación esencial de la mirada” (2002, pp. 196-197).

Cabe precisar que los avances científicos no sólo significaron un cambio en la posición del enfermo, sino también de manera, quizás más sutil e insidiosa, en la figura del médico, ya que surge una nueva paradoja, en tanto el poder atribuido al desarrollo tecnológico mermó su prestigio y autoridad. El médico se convirtió así en aquel que mediatiza la relación entre el paciente y la técnica, de manera que se le exige que beneficie a los sujetos de los avances científicos que se han alcanzado. De este modo, *“los avances tecnológicos desplazaron la medicina del enfermo a la enfermedad y este movimiento, que deja de lado la relación y el contacto con el paciente, sustituye el acto médico por el acto técnico”* (Nepomiachi, 2001, p.3).

En síntesis, es posible evidenciar que los distintos momentos de la historia de la medicina, han estado vinculados a los avances que la ciencia ha desarrollado para conocer de manera más precisa la patología y su ubicación en el cuerpo. Esto no sólo ha significado que la posición social del médico se ha ido movilizando en distintos niveles de reconocimiento social, sino que también ha repercutido en la manera que el paciente se relaciona con su enfermedad. En este sentido, el sujeto cada vez es menos requerido por la medicina para

realizar el diagnóstico, en contraposición del lugar protagónico que ha ido adquiriendo la tecnología para este fin. Esto al mismo tiempo ha significado que la figura del médico también comienza a estar supeditada al desarrollo tecnológico, por lo que las técnicas comienzan a constituirse como elementos claves para que la práctica médica alcance su objetivo de “atravesar” con su mirada el cuerpo del enfermo.

Los esfuerzos que la medicina ha realizado para definir lo que entiende como enfermedad, se han traducido en el establecimiento de criterios de inclusión que permiten considerar como patológicas algunas manifestaciones somáticas por sobre otras. Esto ha implicado una focalización de la mirada del médico, ejercicio que ha conducido a una exclusión de algunos sujetos, no sólo por no cumplir con los requisitos establecidos por la ciencia, sino además debido a que sus molestias físicas no son lo suficientemente estandarizados para ser estudiados por medio de la objetividad que han desarrollado sus técnicas diagnósticas, situación que ocurre, por ejemplo, con los llamados “policonsultantes.”

2.2 Psicoanálisis y medicina

Desde sus inicios, el psicoanálisis estableció una relación particular con la medicina, ya que los planteamientos desarrollados por Freud, surgieron como una respuesta a la incertidumbre a la que se vio enfrentado el médico ante los fenómenos histéricos. En tal sentido, la manera en que la medicina entendía el cuerpo, no resultaba suficiente para comprender las manifestaciones de la histeria, en tanto éstas no podían ser explicadas exclusivamente desde un origen orgánico.

El aporte del psicoanálisis fue despejar la incompreensión que reinaba en esa época, ya que a partir de la escucha ofrecida a estas pacientes advirtió que sus alteraciones resultaban más cercanas al sentido común que a la ciencia. En palabras de Freud, la histeria *“toma los órganos en el sentido vulgar, popular del nombre que llevan: la pierna es la pierna hasta la inserción de la cadera; el brazo es la extremidad superior tal como se dibuja bajo los vestidos”* (1893, p.206).

En tal sentido, el desarrollo freudiano no sólo cuestionó el origen neurológico de las parálisis histéricas, sino que además estableció una nueva lógica vinculada con el registro de la

representación. Esto permitió situar al cuerpo como una vía de expresión de lo mental; de modo que la histeria abrió la posibilidad de comprender simbólicamente una perturbación somática (Freud, 1893).

La medicina, en su afán por alcanzar la descripción más precisa y fidedigna de la patología en el cuerpo, había convertido el lecho del enfermo en un campo de investigación que requería tomar en consideración al sujeto sólo para meterlo entre paréntesis (Foucault, 2003). Este es uno de los puntos donde se evidencia la contraposición de discursos en la que surge el psicoanálisis; ya que mientras éste promovía una detención en la palabra del sujeto, para la medicina era un obstáculo que individualizaba a los enfermos. Se produce así un agujero entre el discurso de la ciencia y el del psicoanálisis, en tanto aquel sujeto que no logra encontrar un lugar de existencia en el saber científico, es reconocido por el psicoanálisis como sujeto del inconsciente, de manera que *“lo que fue rechazado por la ciencia ha vuelto por el psicoanálisis”* (Miller, 1996, p. 102).

Las diferentes concepciones respecto al cuerpo, y por consiguiente, a la enfermedad, repercuten en lo que cada disciplina admite como objeto de estudio y como tratamiento. De tal modo, la medicina perpetúa en su actuar un ideal cientificista en tanto desarrolla *“una clínica muda, una clínica (...) de la pura medicación. Una clínica en la que bastaría reducir el diagnóstico a una cifra para indicar el medicamento adecuado”* (Laurent et al., 2007, p.11). Esto conlleva que la medicina tienda a desarrollar explicaciones genéricas, por sobre aquellas que relevan al sujeto en su particularidad; situación que se expresa en la implementación de tratamientos que resulten válidos para todos quienes padecen la misma patología, enfatizando la concepción del “cuerpo máquina.” En contraposición, para el psicoanálisis adquiere mayor relevancia la subjetividad que está implicada en cada caso (Soler, 1999).

Estas diferencias se evidencian desde el primer acercamiento con un paciente, ya que mientras el médico busca aliviar la sintomatología física- tal como se le solicita-, el analista pone en primer término la subjetividad implicada, interrogando aquello que se le presenta como una demanda. En tal sentido, si la medicina considera exclusivamente la exterioridad del cuerpo, responde con un diagnóstico y un tratamiento, mientras que si se reconoce los

efectos de la dimensión inconsciente, es decir, si se reconoce que el cuerpo es de lenguaje, se admite que algo a nivel inconsciente se pone en juego en esta demanda (Gorali, 1996).

Admitir la existencia de la dimensión inconsciente, implica marcar una diferencia entre aquello que demanda el paciente y su deseo, ya que este último no necesariamente se condice con aquello que solicita. En palabras de Lacan:

“Cuando el enfermo es remitido al médico o cuando lo aborda, no digan que espera de él pura y simplemente la curación. Coloca al médico ante la prueba de sacarlo de su condición de enfermo, lo que es totalmente diferente, pues esto puede implicar que él esté totalmente atado a la idea de conservarla.” (1999, p. 91)

En tal sentido, si la medicina acoge la demanda del enfermo tal como es formulada, excluye la relación al goce del cuerpo implicado en toda manifestación corporal. Por esto, Lacan acentúa la importancia que adquiere para la medicina la posición que adopta frente a la demanda que se le realiza. La respuesta que da la medicina ante la demanda del paciente tiende a obviar la dimensión del goce, ya que suele asumir sin cuestionamientos lo que se le solicita: poner barreras al goce ignorándolo como una dimensión corporal propia de la subjetividad (Braunstein, 2006).

En suma, es posible apreciar que la medicina y el psicoanálisis desarrollan distintas comprensiones respecto al cuerpo y por ende sobre la enfermedad. Mientras la medicina enfatiza la dimensión biológica del cuerpo, excluyendo cualquier tipo de subjetividad que pudiera ser un obstáculo para conocer cabalmente el funcionamiento de los órganos, el psicoanálisis resitúa al sujeto como protagonista de su padecer. De esto se desprenden quehaceres particulares para cada uno-médico y analista-, que enmarca al mismo tiempo, un tipo de relación específica con aquel sujeto que realiza una demanda.

2.3 Cuerpo en psicoanálisis

“El inconsciente no existe sin incidencia sobre el cuerpo” (Soler, 1999, p.1).

Para profundizar en la noción de cuerpo desarrollada por el psicoanálisis, resulta ineludible referirse al inconsciente, en tanto el reconocimiento de fenómenos que se escapan de la

conciencia fue lo que permitió al psicoanálisis pensar las manifestaciones corporales desde una lógica distinta a la médica.

De tal modo, Freud plantea:

“Toda vez que tropezamos con un síntoma tenemos derecho a inferir que existen en el enfermo determinados procesos inconscientes, que, justamente, contienen el sentido del síntoma. Pero, para que el síntoma se produzca, es preciso también que ese sentido sea inconsciente” (1917, p. 255).

La inclusión del inconsciente en relación al cuerpo, significó destituir a la anatomía del lugar protagónico en el que la había situado la medicina, dejando incluso de ser un referente respecto a la diferencia sexual, ya que el “genio” de Freud, como dice Serge André, consistió en señalar *“que las consideraciones anatómicas nada ayudan en este punto”* (André, 2002, p.13). En tal sentido, a partir de la concepción de cuerpo sostenida por el psicoanálisis, la relevancia de lo biológico comenzó a mermar, cobrando mayor preeminencia la significación del cuerpo. Se trata por lo tanto de un cuerpo con el cual no se nace, ya que lo viviente no es lo mismo que el cuerpo. Es así como a partir de la lógica instaurada por el psicoanálisis el cuerpo es una realidad, pero *“en el sentido de que la realidad, después de Freud, tiene un estatuto subordinado: es algo que se construye”* (Soler, 1999, p.1).

Se evidencia que Freud realiza un rescate de la subjetividad que se relaciona con la vinculación de las manifestaciones corporales con aspectos inconscientes de los sujetos. Es así como otorga un nuevo estatuto a la manifestación somática, inaugurada con la comprensión del síntoma histérico a partir de mociones de deseo sexual conflictivas para el yo. Freud señala que a raíz de este carácter conflictivo, dichas mociones son reprimidas y destinadas al inconsciente, lo cual implica que la tendencia pulsional que sostiene dicha moción de deseo queda insatisfecha. En búsqueda de otros caminos para satisfacerse, la moción reprimida es intervenida por mecanismos de transfiguración- como condensación y desplazamiento-, para así vincularse a representaciones inconscientes, de manera de modificarse hasta encontrar una formación que resulte tolerable para el yo. Es por esto que

“el síntoma se engendra como un retoño del cumplimiento del deseo libidinoso inconciente, desfigurado de manera múltiple” (Freud, 1917, p.328).

Uno de los aspectos relevantes que se desprenden de estos planteamientos, es que la tendencia pulsional goza en el síntoma, produciendo un cumplimiento de deseo, pero de manera desfigurada, dicho de otro modo, el síntoma constituye un sustituto para la satisfacción frustrada (Freud, 1917). Esto representa una manera distinta de acercarse a la realidad corporal, ya que se inaugura la posibilidad de "leer" el cuerpo de la histérica, en tanto manifestación del conflicto psíquico del sujeto.

De la misma manera, Jaques Lacan desarrolla una comprensión del cuerpo que va más allá de lo orgánico, sosteniendo que la existencia del sujeto no se limita a la materialidad del cuerpo.

“El sujeto es alguien del cual se habla antes de que pueda incluso hablar, el sujeto está efectivamente en la palabra antes de tener un cuerpo, sencillamente antes de nacer y permanece ahí aún después de no tener cuerpo, es decir, después de la muerte: la duración del sujeto, al estar sostenido por el significante, excede pues a la temporalidad del cuerpo” (Soler, 1999, p.3).

Para comprender el cuerpo de acuerdo a lo desarrollado por Lacan, cobra relevancia la distinción de registros sostenida por dicho autor, a saber, lo real, lo imaginario y lo simbólico, en tanto la constitución del cuerpo implica una articulación particular de estas tres dimensiones. De tal manera, Lacan presenta el estadio del espejo como aquel momento mítico donde el cuerpo en tanto real, se unifica en una imagen, ya que lo real no es aprehensible, sino por intermedio de lo imaginario y lo simbólico.

“El estadio del espejo no tiene ya nada que ver con un verdadero estadio, ni con un verdadero espejo, ni siquiera con cualquier experiencia concreta. Se convierte en una operación psíquica, incluso ontológica, por la cual se constituye el ser humano en una identificación con su semejante cuando percibe, siendo niño, su propia imagen en el espejo. El

estadio del espejo en el sentido lacaniano sería así la matriz, por anticipación, del devenir imaginario del yo” (Roudinesco, 2005, p. 174).

De este modo, Lacan refiere que el infante requiere de otro, que tal como un espejo, le ofrezca una imagen unificada de sí mismo. Es así como en el estadio del espejo el niño descubre su imagen aún antes de alcanzar el dominio motor, constituyéndose una ilusión de unificación sobre el cuerpo fragmentado del infante. En tal sentido, *“maquina las fantasías que se sucederán desde una imagen fragmentada del cuerpo hasta una forma que llamaremos ortopédica de su totalidad”* (Lacan, 2002, p. 90). El hecho que el sujeto asuma esta imagen como propia, da cuenta de la apropiación de una *“identidad enajenante”* que va a repercutir en el desarrollo emocional del sujeto.

Sin embargo, dicha identificación imaginaria resulta insuficiente, en tanto se requiere del lenguaje para que el cuerpo se constituya en su dimensión simbólica, ya que éste lo integra como significante en la cadena de significantes (Cruz, 2006). De esta manera se evidencia cómo se requiere de otro para que ese real que es el cuerpo en tanto órgano, se convierta en sujeto, ya que *“ese real sobrevendrá realidad únicamente si es hospedado, invadido, usurpado, violado por el lenguaje”* (Bicecci, 1999, p. 276).

Una de las implicancias de esto, es que mediante el ingreso del lenguaje, es decir, por la castración, se produce una pérdida de goce propia del estado anterior, el cual es entendido como un goce mítico, un goce real. Esto aparece como condición de la constitución psíquica, en tanto el cuerpo adquiere su humanidad al incluirse en esta transacción que permuta el goce por la palabra. A partir de esto, se desencadena una búsqueda incesante de aquello que se perdió, ya que el cuerpo constituido queda vaciado de goce (Braunstein, 2006).

Es en este punto donde cobra relevancia la libido, en tanto se incorpora al nivel de las zonas erógenas, como un intento por recobrar en el exterior, el goce perdido en el interior (Monribot, 2003).

“La libido se implanta al nivel de las zonas erógenas, de los orificios, y viene a envolver o doblar al cuerpo, tal como una esfera que recubre otra, con una función precisa: recuperar permanentemente, en el

exterior, el goce perdido en el interior, evacuado del cuerpo” (Monribot, 2003, p.5).

A partir de los planteamientos de Freud y Lacan se evidencia que el psicoanálisis acentúa la concepción de cuerpo como una realidad que trasciende su materialidad. Es en la misma línea, que Françoise Dolto desarrolla la noción de cuerpo en su dimensión simbólica, planteando específicamente una distinción entre “esquema corporal” e “imagen del cuerpo.” El primero de estos términos hace referencia al cuerpo en tanto “realidad de hecho,” es decir, da cuenta de aquella dimensión de la corporalidad por medio de la cual se establece contacto con el mundo físico; mientras que el segundo corresponde a la dimensión simbólica del cuerpo. En este sentido el esquema corporal sería el mismo para todos los seres humanos, mientras que la imagen del cuerpo es particular de cada uno, ya que se relaciona con el sujeto y su historia (Dolto, 2007).

Respecto a esto Dolto señala:

“Si el esquema corporal y la imagen del cuerpo se hallan en relación, es sólo por los dos procesos que son tensiones de dolor o de placer en el cuerpo, por una parte, y palabras venidas de otro para humanizar estas percepciones, por la otra” (2007, p. 36).

De acuerdo a esto, el esquema corporal corresponde a la materialidad del organismo, por lo que es independiente de la historia de cada sujeto. Muy por el contrario, la imagen del cuerpo se constituye por medio de un recorrido que representa la “huella estructural” de la historia emocional de un sujeto, es decir, se relaciona estrechamente con las emociones. En este sentido, la integridad de esta imagen se vincula con la atención y el estilo de afecto que se le entregó al niño, en tanto *“depende del comercio afectivo con la madre y los familiares” (Dolto, 2007, p.42).*

Esto revela la importancia que adquiere el ambiente en el momento de la constitución de la imagen del cuerpo, ya que a diferencia del cuerpo en tanto organismo, requiere de un ambiente afectivo para que se desarrolle de manera óptima. La ausencia del otro trae consecuencias en la estructuración de dicha imagen, así como también el tipo de

vinculación que se establece cobra relevancia, ya que se requiere que las figuras significativas se relacionen con el infante más allá de la pura satisfacción de sus necesidades, en tanto esto último atentaría contra su “humanización.” En tal sentido, la imagen del cuerpo se relaciona con el deseo y no con la satisfacción de la necesidad, debido a que da cuenta de la falta en ser que el deseo apunta a colmar. Muy por el contrario, la necesidad corresponde más bien a la saturación de una falta en tener o hacer, propia del esquema corporal (Dolto, 2007).

Al referirse a la imagen del cuerpo, Dolto distingue tres modalidades que actúan en interacción; estas son: imagen de base, imagen funcional e imagen erógena. La primera de estas modalidades, es decir, la imagen de base, es aquella que permite que el niño desarrolle y se experimente en una “mismidad de ser.” En tal sentido, se vincula con la “continuidad narcisista”, entendida como aquella que favorece la permanencia más allá de las mutaciones de la vida y del cuerpo (Dolto, 2007).

La relación con la figura materna, o de quien cumpla sus funciones, es la que permite ir constituyendo esta continuidad de ser, simbolizar este cuerpo-órgano e ir identificándose en tanto imagen con él. Por esto:

“El narcisismo (...) se encuentra, desde el nacimiento, entrecruzado con la relación sutil de lenguaje, creadora de sentido humano, originado en la madre y mantenido por ella- relación cuya prolongada interrupción, en el inicio de la vida, no deja de entrañar peligros” (Dolto, 2007, p.56).

Es esta imagen de base la que constituye el narcisismo primordial, el cual es entendido por Dolto como el narcisismo vinculado al deseo de vivir del sujeto, referido a un tiempo anterior a su concepción. Se vincula con el deseo en tanto el niño, es heredero simbólico del deseo de los padres.

En cuanto a la imagen funcional, ésta se relaciona con la tendencia del sujeto a buscar el cumplimiento de su deseo, debido a que gracias a ella, las pulsiones de vida pueden apuntar a obtener placer, por lo que implica una relación con el mundo y con el otro (Dolto, 2007).

Por último, la imagen erógena se asocia a determinada imagen funcional del cuerpo, es decir, al lugar donde se localizan el placer o el displacer en la relación con el otro. Se representa por medio de *“círculos, óvalos, concavidades, bolas, palpos, rayas y agujeros, imaginados como dotados de intenciones emisivas activas o receptoras pasivas, de finalidad agradable o desagradable”* (Dolto, 2007, p.65).

Estas tres imágenes -de base, funcional y erógena- componen en su interacción la imagen del cuerpo, por lo que se trata de un constante devenir, que se actualiza constantemente en lo que se denomina imagen dinámica, la cual es entendida como el “deseo de ser” (Dolto, 2007).

Dolto apoyándose en la noción del estadio del espejo desarrollada por Lacan, sostiene que el valor de este proceso radica en que la imagen del cuerpo se constituye a partir de la red de seguridad que la madre funda en el lenguaje. Es en el estadio del espejo que el niño percibe su imagen, pero la ignora como suya, es decir, ve una imagen a partir de la cual *“aprende que él sólo es la causa, puesto que no encuentra más que una superficie fría y no a otro bebé”* (Dolto, 2007, p.122), por lo que requiere de otro para que esta imagen adquiera sentido para él.

“La imagen escópica cobra sentido de experiencia viva tan sólo por la presencia, al lado del niño, de una persona con la cual su imagen del cuerpo y su esquema corporal se reconocen, al mismo tiempo que él reconoce a esta persona en la superficie plana de la imagen escópica: ve el niño desdoblado en el espejo lo que él percibe de ella a su lado, y puede entonces avalar la imagen escópica como la suya propia, pues esta imagen le muestra, al lado de la suya, la del otro” (Dolto, 2007, p.122).

Esta experiencia, permite que el niño descubra su imagen como similar a la de otros niños, ya que hasta ese momento, su único espejo era el sujeto con quien se comunicaba, situación que podía hacerle creer que él era este otro, sin poder distinguir que ambos tenían una imagen escópica particular (Dolto, 2007).

Es sólo la experiencia del espejo la que produce en el niño el impacto de captar que su imagen del cuerpo no bastaba para responder a los otros; y que su imagen del cuerpo no es total. Esto conlleva implicancias subjetivas significativas, ya que como señala Dolto:

“A esta herida irremediable de la experiencia del espejo se la puede calificar de agujero simbólico del que deriva, para todos nosotros, la inadaptación de la imagen del cuerpo al esquema corporal, cuyo irreparable daño narcisístico muchos síntomas apuntarán en lo sucesivo a reparar” (2007, p. 122).

A modo de síntesis es posible señalar que la noción de cuerpo en psicoanálisis releva la relación al inconsciente como un aspecto clave, en tanto éste se manifiesta en el cuerpo como respuesta a conflictos subjetivos que atraviesa el sujeto. Esto releva la importancia de acercarse a la manifestación corporal reconociendo que en ésta se pone en juego la particularidad de cada sujeto, la cual es relevada desde el momento en que se acoge la demanda de curación.

2.4 Políticas sanitarias en Chile

Detenerse en la historia de las políticas sanitarias en nuestro país, permite comprender la manera en que el Estado comenzó a cobrar protagonismo en esta materia y cómo ha ido adoptando distintos enfoques, que determinan las prioridades que establece en salud pública. La postura que adhiere el Estado ha ido muy de la mano con el desarrollo de la medicina, lo cual resulta relevante en tanto conlleva consecuencias respecto a la forma en que se define una enfermedad en el ámbito público, y por ende, la validación a nivel social de ciertas manifestaciones corporales por sobre otras.

Tanto en Chile como en parte de América Latina, es a partir de las últimas décadas del siglo XIX cuando se comenzaron a crear instituciones de salud de carácter nacional, marcando una diferencia con los años precedentes. En el ámbito social, las evidencias que vinculaban pobreza con enfermedad resultaron centrales, en tanto se comenzaron a gestar conceptos relacionados con la determinación social de la enfermedad, lo cual en conjunto con la

organización de movimientos progresistas y revolucionarios, conllevó una mayor intromisión del Estado en el área de la salud (Jiménez, 2010).

En cuanto al desarrollo de la ciencia, marcó un hito central el descubrimiento de los gérmenes por parte de Robert Koch, siendo este un hecho que consolidó la relación entre ambiente y salud, lo cual tuvo como consecuencia un fortalecimiento de la salud pública. Una de las variables sociales que repercutió directamente en el desarrollo de las políticas sanitarias, dice relación con los niveles de mortalidad infantil. Este factor acrecentó la relevancia que adquirió el ambiente al momento de detenerse en la salubridad, situación que se evidenció en la segunda mitad del siglo XIX cuando se relacionaron las transformaciones demográficas experimentadas por la ciudad de Santiago y Valparaíso, con los problemas de mortalidad infantil. Se fue consolidando así la relación de la enfermedad con una variable colectiva, vinculada estrechamente a los estilos de vida (Molina, 2007).

A partir de la consideración de la enfermedad como un hecho social, el Estado adquirió mayor presencia, situación que se evidenció en el año 1886, por medio de la promulgación de la Ley de Policía Sanitaria, la cual otorgaba al Presidente de la República y al Consejo de Estado la facultad de tomar decisiones en caso de que alguna epidemia afectara al país. Años más tarde- en 1892- se creó el Instituto de Higiene, el que posteriormente correspondería al Instituto Bacteriológico, y al actual Instituto de Salud Pública. La creación de dichas instituciones y las nacientes políticas sanitarias del siglo XIX se enfocaron principalmente en atacar las enfermedades infecciosas, y en centralizar las instituciones sanitarias. El siglo XX estuvo marcado por un hito fundamental, ya que en el año 1924- en el gobierno de Arturo Alessandri- nació el Ministerio de Salud, denominado de Higiene, Asistencia y Previsión Social. Y es a fines de 1952 cuando surgió el Servicio Nacional de Salud, el cual se presentó como una integración de las funciones de financiamiento y provisión de servicios de salud, fusionando a las distintas instituciones dispersas del sector público (Jiménez, 2010).

Posteriormente, durante los años correspondientes al gobierno de Salvador Allende (1970-1973), se acrecentó la participación social en los distintos establecimientos de salud. Asimismo, en este período se realizaron importantes inversiones en infraestructura de los centros de salud y en capacitaciones de los funcionarios públicos en el área materno-

infantil, además de actividades de control de salud en la atención primaria (Maldonado, 2009).

Años más tarde, durante la dictadura militar, se produjeron ciertos hechos fundamentales en cuanto a políticas sanitarias. Uno de éstos dice relación con la reforma que buscaba descentralizar los servicios de salud, ya que por primera vez se consideró pertinente separar las funciones del sector sanitario, que hasta ese momento tenían un alto nivel de concentración y centralización. Otro hecho clave que ocurrió durante este período, fue la restitución de la responsabilidad de la administración de la Atención Primaria a las municipalidades, lo cual fue objeto de diversas críticas en torno a la descoordinación que generaba esto en el sistema. Sin embargo, un aspecto que se consideraba positivo fue el incremento de la participación local para resolver las necesidades de los usuarios (Oyarzo y Galleguillos, 1995, citado por Sojo, 1996).

A partir de la crisis económica de mediados de los setenta, el gobierno focalizó el gasto en salud, enfocándose principalmente en la implementación de programas nutricionales para embarazadas y menores de 6 años. Durante el regreso de la democracia, se intentó recuperar la capacidad del Sistema Público, en cuanto a su financiamiento y gestión, lo cual se tradujo en una revitalización de la salud pública y de la epidemiología como instrumento de política de salud (Maldonado, 2009).

Esto se tradujo en que los gobiernos de la Concertación se caracterizaron por llevar a cabo una serie de reformas cuyo énfasis estaba situado en la gestión. Es así como en el año 1995, en el marco de la formulación presupuestaria, el Ministerio de Hacienda solicitó por vez primera que las instituciones públicas establecieran indicadores de gestión que resultaran acordes a la realidad de cada sector, y además exigieron que los recursos solicitados se respaldaran con la implementación de proyectos concretos que apuntaran a cumplir tales indicadores. De esta manera, se crearon sistemas de información para evaluar la eficacia del servicio (Sojo, 1996).

A partir de las reformas de gestión impulsadas durante estos gobiernos se comenzaron a vincular las remuneraciones con los desempeños, estableciendo estímulos y recompensas propias de una gestión pública que se orienta a los resultados. Con el mismo objetivo, se

establecieron indicadores de metas a nivel institucional en el presupuesto, así es como, por ejemplo, en el presupuesto correspondiente al año 1995, se definieron cuatro grupos de indicadores: uno de cobertura, que da cuenta del número de usuarios atendidos o de prestaciones entregadas; el segundo correspondiente a la oportunidad de servicio, el cual mide el tiempo requerido para brindar la atención; de eficiencia, que vincula los servicios con los insumos que se necesitan para la prestación; y por último de autofinanciamiento, que corresponde a la capacidad de los programas o servicios para generar recursos propios (Sojo, 1996).

Lo anterior se traduce en el establecimiento de “compromisos de gestión”, que se realizan entre el Ministerio y las direcciones de los servicios de salud, ya que por medio de éstos se intenta facilitar la delegación de autoridad y al mismo tiempo, promover la evaluación y supervisión de las labores a realizar. Se incluyen como parte de este acuerdo, el tipo de servicios que se van a ofrecer, la asignación de recursos, las metas de crecimiento, y los indicadores de desempeño destinados a evaluar las metas propuestas, los cuales por lo general, son índices de actividad (Lenz y Fressard, 1995, citado por Sojo 1996).

Es así como se determinó que los servicios de salud deben realizar anualmente evaluaciones a sus funcionarios, para lo cual tienen que establecer criterios de calificación del desempeño utilizando la escala que comprende las siguientes categorías: distinción, normal, condicional y deficiente. A partir de estas calificaciones se otorgan bonificaciones, entre las que se encuentra la bonificación de desempeño, la cual se entrega anualmente a aquellos funcionarios mejor calificados de cada centro. También este bono comprende una base colectiva a todos los profesionales de las organizaciones o de las unidades, según corresponda, que cumplan las metas de desempeño institucional (Sojo, 1996).

Por otra parte, las reformas impulsadas por la Concertación se relacionan con intentos de descentralización, de coordinación intersectorial y de priorización de los problemas de salud. Es así como durante los años 90 se comenzó a reemplazar el modelo basado en consultorios por el de centros de salud y desde ese momento se han realizado esfuerzos por cambiar el enfoque biomédico por el biopsicosocial. Esto último busca orientar los servicios hacia una atención más integral, que tenga como foco central la familia (Molina, 2007).

En la misma línea, por medio de la Ley N° 19.937, el año 2004 el Ministerio de Salud asumió el papel rector y regulador del Estado en materia de salud, a partir de lo cual se le asignó la responsabilidad de formular, evaluar y actualizar el sistema de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE). De esta manera, por medio del Plan AUGE se busca garantizar a los afiliados de FONASA e Isapres el acceso oportuno y de calidad a cualquier persona que sufre alguna enfermedad definida por el Ministerio de Salud. Este sistema entró en funcionamiento el año 2005 y a la fecha son 69 las patologías cubiertas por el Plan AUGE, selección que responde al nivel de prevalencia y complejidad de las enfermedades (Ministerio de Salud, 2011). La exclusión de algunas patologías ha resultado problemática en tanto se traduce en una restricción de la atención pública, por lo que produce una marginación de personas que padecen otro tipo de patologías que no han sido “validadas” (Román, Muñoz, 2008).

2.4.1 Atención Primaria de Salud (APS)

La APS surge durante la década de los 70 en un contexto de cuestionamiento y reevaluación de las políticas sanitarias, el cual estuvo motivado principalmente por las crecientes desigualdades e injusticias sociales a nivel mundial. Esto condujo que en las Asambleas Mundiales de la Salud de 1975 y 1976 se estableciera el compromiso de "Salud para todos en el año 2000". El énfasis estaba puesto en la interdependencia de la economía global, por lo que se buscaba promover el intercambio de conocimientos, con el objetivo de revertir las desigualdades económicas y tecnológicas existentes entre los países industrializados y los países en desarrollo (UNICEF, 2008).

A partir de la Declaración de Alma-Ata (1978) la APS se convirtió para la OMS en un concepto fundamental, debido a la meta que se estableció de otorgar salud a todos los ciudadanos por igual. En dicha declaración se define la APS como aquella:

“Atención (...) basada en métodos y tecnologías científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y las familias de la comunidad a través de su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar” (OMS, 2007, p. 395).

La APS forma parte del sistema nacional de salud, y representa la puerta de entrada al sistema sanitario, ya que se presenta como el primer nivel de contacto con los individuos. En razón de esto, se releva la importancia de situar los centros de atención primaria cerca al lugar de residencia y de trabajo de las personas, de manera de asegurar un acceso directo y cercano a las comunidades (OMS, 2007).

Parte de las intervenciones que realiza la APS son principalmente acciones preventivas y de promoción de salud, las cuales son definidas en función de las necesidades locales de las familias y las comunidades. En razón de lo anterior, el recurso humano que trabaja en los servicios de atención primaria no está definido de antemano, ya que los equipos deben conformarse de acuerdo a las características culturales y los recursos disponibles del lugar en el que cada centro está inserto (OMS, 2007).

En Chile, por medio de la ley 19.378, promulgada en el año 1995, se reguló el funcionamiento de la APS. De acuerdo a esta ley, son considerados establecimientos de salud los consultorios generales urbanos y rurales, las postas rurales y cualquier otro tipo de institución que sea administrado por las municipalidades o por instituciones privadas, siempre que éstas últimas hayan realizado un convenio con las municipalidades (Subsecretaría de Desarrollo Regional y Administrativo, 1995).

Entre los establecimientos que forman parte de la red de atención primaria se encuentran:

- Centros de Salud (CES) y Centros de Salud Familiar (CESFAM): Ofrecen cuidados básicos en salud, priorizando la implementación de acciones de promoción, prevención, curación, tratamiento, cuidado de pacientes en domicilios y rehabilitación. El servicio que ofrecen es de carácter ambulatorio. El objetivo del Ministerio de Salud es la transformación de CES a CESFAM, ya que la diferencia es que estos últimos trabajan un modelo de salud integral con un enfoque familiar y comunitario.
- Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF): presta atenciones básicas de salud, pero estrechamente vinculado a un CESFAM, ya que depende de éstos para realizar prestaciones complejas. Estos centros buscan ser entidades que estén en

contacto directo con la comunidad, para así resolver oportunamente las necesidades sanitarias.

- Postas Salud Rurales (PSR): brindan atenciones de salud en sectores rurales. Las prestaciones que realizan son preferentemente de promoción, prevención, urgencias, trabajo comunitario y recepción de problemas de salud que derivan a otros establecimientos de la red de salud pública.
- Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU): forman parte de la red de urgencia, atendiendo emergencias de baja complejidad. Dependen técnicamente de un CESFAM.

La evaluación que realiza la OMS respecto a la situación actual de la APS no resulta del todo satisfactoria. Se considera que las condiciones sociales de desigualdad persisten, e incluso que se han profundizado, de manera que las inequidades y la injusticia social se traducen en una mayor cantidad de población que no accede a una atención integral en salud. La predominancia de modelos de atención médica destinadas sólo a algunas enfermedades es considerada un error, en tanto promueve la exclusión de algunos sujetos, situación que ocurre, por ejemplo, en Chile donde la existencia del Plan AUGE significa una marginación de ciertas patologías que no están cubiertas por dicho Plan. Tampoco se considera cumplido el objetivo que se había establecido en la Declaración Alma-Ata respecto a la descentralización de los sistemas de salud, ya que aún no se logra una inclusión satisfactoria de las comunidades en la APS (Tejada de Rivero, 2003).

2.4.1.1 Centro de Salud Familiar Cardenal Silva Henríquez

El CESFAM Cardenal Silva Henríquez es un centro de APS que se basa en un enfoque de salud familiar. Se encuentra ubicado en la comuna de Peñalolén, específicamente en Peñalolén Alto, y fue inaugurado en mayo del año 2007, bajo la administración de la Corporación Municipal de dicha comuna (Municipalidad de Peñalolén, 2011).

La Institución cuenta con altos estándares en servicio y tecnología, por lo que en términos de infraestructura cuenta con ascensores, salas especializadas para enfermedades respiratorias, vacunatorio, farmacia, sala de cirugía menor; y en cuanto a equipamiento

cuenta con ecógrafo y sala de rayos x para dental. Asimismo todos los profesionales cuentan con computadores, para acceder por red a la historia clínica de cada paciente (Municipalidad de Peñalolén, 2007).

La dotación del Centro se compone por un total de 40 profesionales que se distribuyen entre las siguientes especialidades: 1 asistente social, 3 enfermeras, 3 kinesiólogos, 4 matronas, 13 médicos, 2 nutricionistas, 4 odontólogos, 3 psicólogos, y 7 profesionales que ocupan cargos de gestión.

El CESFAM presta servicios a la población de Peñalolén Alto, y de acuerdo a datos otorgados por la Subdirectora del CESFAM, a la fecha existen un total de 16.555 inscritos, de los cuales 7.575 son hombres y 8.980 mujeres.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General

Identificar elementos preliminares que aporten a la elaboración de un marco comprensivo que, desde una perspectiva psicoanalítica, permita entender el fenómeno de la policonsulta en el Centro de Salud Familiar Cardenal Silva Henríquez.

3.2 Objetivos Específicos

- Identificar, a partir del discurso de pacientes policonsultantes, elementos que permitan comprender la consulta reiterada en un Centro de Salud Familiar.
- Analizar el discurso de los profesionales de un Centro de Salud Familiar, respecto a los pacientes policonsultantes.
- Interpretar, a la luz de la teoría psicoanalítica, los discursos de pacientes y profesionales respecto a la policonsulta.

4. MARCO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de estudio

Considerando que el conocimiento en torno de los pacientes denominados policonsultantes es escaso, se consideró pertinente la realización de un estudio de tipo exploratorio, en tanto éste resulta apropiado al momento de obtener mayor información acerca de fenómenos desconocidos (Grajales, 2000). Al mismo tiempo, una investigación de tipo exploratoria permite evaluar la pertinencia de realizar estudios posteriores que profundicen de manera más completa en la temática tratada, por lo que se presenta como una puerta de entrada a la comprensión de fenómenos poco investigados (Hernández, Fernández, Baptista, 1998).

4.1.1 Tipo de diseño

Específicamente se utilizó metodología cualitativa, en tanto ésta permite comprender e interpretar las significaciones y emociones tras los comportamientos de los actores sociales. Considerando que el objetivo era comprender la policonsulta en el CESFAM Cardenal Silva Henríquez, se optó por analizar el discurso de pacientes definidos como policonsultantes y de funcionarios del Centro, de modo de poder contrastar las demandas de este tipo de pacientes, con la interpretación que hacen de ella los profesionales de la salud. Por tratarse de un estudio cualitativo, el diseño se caracterizó por ser abierto, de manera de poder recabar información que no estaba contemplada en las ideas previas que el investigador tenía sobre el problema. Asimismo, las etapas de la investigación fueron flexibles, en el sentido que el análisis de los datos se realizó después de la recolección de información, pero también durante ésta (Serbia, 2007).

4.2 Muestra o sujetos

Es importante resaltar, que en los estudios cualitativos el procedimiento de muestreo se diferencia radicalmente de la tipología muestral de los estudios cuantitativos, en tanto el énfasis no está puesto en el número de casos, sino en las características de éstos.

En este sentido, es posible señalar que:

“Así como en la investigación cuantitativa la probabilidad de selección de cada unidad debe estar determinada con precisión, en la investigación cualitativa este aspecto es relativamente indiferente, ya que en última instancia la selección de los participantes-actuales es un problema de enfoque: cuanto más enfocada esté la selección más definida será la información que obtengamos. Se trata de una muestra estructural, no estadística” (Dávila, 1999, citado por Serbia 2007, p.132).

En razón de lo anterior es que para seleccionar la muestra fue necesario definir operacionalmente lo que se iba a entender por pacientes “policonsultantes” y por “funcionarios” del Centro de Salud. De acuerdo a esto, se trabajó con la siguiente definición operacional de “policonsultantes”: sujetos mayores de 18 años, que presentan más de 7 consultas espontáneas durante el año 2009, es decir, donde el paciente asiste por iniciativa propia, no en respuesta a una citación de un profesional. Asimismo, otro requisito fue que el paciente tuviera algún diagnóstico correspondiente al área de salud mental en su historial médico (de acuerdo a los utilizados comúnmente por la Institución podrían corresponder a diagnóstico de “ansiedad”, “depresión” y “trastorno adaptativo.”) La razón de incluir este último criterio, es que, por lo general, cuando los médicos no logran establecer un diagnóstico respecto a las manifestaciones somáticas de estos sujetos, los derivan a psicólogos y es en ese momento donde son etiquetados con alguna nominación del área de salud mental.

La definición operacional de “funcionarios” de la Institución fue la siguiente: profesionales del área de la salud- médicos, enfermeras, nutricionistas, psicólogos, dentistas y asistentes sociales- que trabajen desde hace un mínimo de tres meses en el Centro de Salud Familiar Cardenal Silva Henríquez.

Cabe señalar que el número de personas que constituirían la muestra, tanto pacientes como funcionarios, no fue definido de antemano sino que se utilizó como criterio de selección de casos la saturación de la muestra, por lo que en un comienzo se consideró pertinente la selección de tres pacientes y de 6 funcionarios, pero teniendo la flexibilidad de que esta cifra aumentara de ser necesario para mejorar la calidad y riqueza de la información, o también podría disminuir si se alcanzaba un punto de saturación de la cantidad de

información recogida. En tal sentido, la saturación de la muestra se alcanza *“cuando el investigador entiende que los nuevos datos comienzan a ser repetitivos y dejan de aportar información novedosa”* (Andréu, 2000, p. 25).

4.3 Instrumentos

Se utilizaron dos tipos de técnicas de recolección de la información: se realizaron entrevistas a los pacientes policonsultantes y con los funcionarios se recurrió a los grupos de discusión.

Específicamente se aplicó la entrevista en profundidad, comprendiéndola como aquella que permite obtener información sobre un determinado problema, por medio de la definición de temas en los que se focaliza la entrevista, pero donde el entrevistador no queda sujeto a una estructura formalizada de antemano. En este sentido la entrevista en profundidad se desarrolla en una situación abierta, donde hay flexibilidad y libertad. El tipo de preguntas que guiaron las entrevistas, es posible clasificarlas como preguntas de opinión/valor, en tanto a través de ellas se intentó rescatar lo que piensan las personas sobre un tema en particular (Rodríguez, Gil y García, 1996).

Por medio de estas preguntas se trataron temáticas relacionadas con lo que piensan las pacientes acerca del tipo de molestias que las llevan a consultar, cómo se explican ellas el origen de estas molestias y qué tipo de respuestas han recibido de parte de la Institución. Estos temas se utilizaron como puntos ejes para guiar las entrevistas, pero se mantuvo la flexibilidad tanto para profundizar en algún tema que resultara pertinente, como de incluir nuevas temáticas que aparecieran de manera espontánea (Rodríguez, Gil y García, 1996).

Específicamente, se realizaron cinco entrevistas individuales a mujeres, de edades entre los 35 y 55 años, tres de ellas casadas, una soltera y una viuda. Respecto a la situación laboral, tres trabajan de manera dependiente, mientras dos de ellas son dueñas de casa. Como aspecto común, todas consultan en la Institución de salud desde que ésta se inauguró (hace 3 años) y viven relativamente cerca del CESFAM (a una distancia máxima de tres cuadras.) La selección sólo de mujeres respondió netamente a una dificultad por contactar a hombres que se ajustaran a la definición operacional de policonsultantes, ya que de acuerdo a los

datos del CESFAM en el que se realizó la investigación, de un total de 634 fichas, sólo un 2% del total correspondían a hombres que cumplían con los requisitos.

La técnica utilizada con los funcionarios del Centro de Salud Familiar fue el grupo de discusión, el cual es entendido como una técnica que permite la creación de un discurso a partir de la conversación libre entre personas, de manera que *“la palabra individual se orienta a la palabra del grupo, y entonces busca el significado “compartido”* (Canales, 2006, p. 269). Cada grupo de discusión estuvo compuesto por tres profesionales que se desempeñan como funcionarios del Centro de Salud. Uno de estos grupos se constituyó por: un médico con 10 años de experiencia en el Servicio Público; un kinesiólogo; y una enfermera. Los tres integrantes de este primer grupo trabajan en la Institución hace tres años y además de desempeñar labores propias de su especialidad, ocupan cargos de jefatura.

El segundo grupo estuvo conformado por una matrona, con 20 años de experiencia en el Servicio Público y 3 en el CESFAM; por un psicólogo que se incorporó hace 1 año, y por una nutricionista que tiene 6 meses de experiencia en la Institución.

4.4 Procedimiento

La elección del Centro de Salud Familiar Cardenal Silva Henríquez como la Institución donde se llevó a cabo la investigación se debió a que la investigadora se desempeña como psicóloga desde el año 2008 en dicha Institución. Esto permitió que se autorizara la realización del estudio, ya que sólo es permitida la entrega de información de los usuarios a los funcionarios que forman parte del Centro de Salud. Para la selección de los sujetos que participaron de la investigación, fue necesario solicitar a la Directora de la Institución las bases de dato donde se detalla la frecuencia de la asistencia de los pacientes inscritos en el CESFAM. Específicamente se solicitó la información de quienes presentaban más de 7 consultas durante el año 2009. Sobre estos datos se realizó una revisión de algunas fichas clínicas para seleccionar a aquellos pacientes que cumplían con los criterios de la definición operacional, obteniéndose 206 sujetos que satisfacían dichos requisitos. Entre los pacientes seleccionados no todos tenían en su ficha los datos suficientes para ser contactados, ya que no tenían números de teléfono y/o dirección, por lo que se priorizó a los sujetos que tenían

algún número de teléfono. De los llamados realizados, algunos resultaron infructuosos, ya sea porque el número registrado no existía o no fue posible encontrar a la persona, y otros que con los que sí fue posible hablar no estuvieron dispuestos a participar en la investigación. Esto último ocurrió específicamente con dos pacientes, una cuya razón fue que no contaba con el permiso en su trabajo para salir a actividades extra laborales, y otra que se encontraba en reposo porque estaba en las últimas semanas de su embarazo. Asimismo, hubo dos pacientes que fueron contactados y a pesar de haberse mostrado dispuestos a participar de la investigación, no asistieron a la cita establecida. En razón de esto, la selección de las cinco pacientes que fueron entrevistadas respondió a la posibilidad de contactarse telefónicamente con ellas, y a la disposición y disponibilidad de participar en la investigación.

Respecto a los funcionarios que formaron parte de los grupos de discusión, estos fueron contactados directamente por la investigadora, y tras explicarles los objetivos del estudio estuvieron dispuestos a participar. Se intentó conformar grupos de discusión que incluyeran a un profesional de cada especialidad que atiende en el CESFAM Cardenal Silva Henríquez, sin embargo, esto no fue posible, ya que la Asistente Social tuvo un problema por el cual se tuvo que ausentar minutos antes que comenzara el grupo de discusión, y otra especialidad ausente fue odontología porque no se pudo compatibilizar un horario con el profesional que se había comprometido a participar.

4.5 Plan de análisis

Para analizar la información obtenida en las distintas técnicas de recolección, se realizó un análisis de contenido, el cual es entendido como un:

“Conjunto de procedimientos interpretativos de productos comunicativos (mensajes, textos o discursos) que proceden de procesos singulares de comunicación previamente registrados, y que, basados en técnicas de medida, a veces cuantitativas (estadísticas basadas en el recuento de unidades), a veces cualitativas (lógicas basadas en la combinación de categorías) tienen por objeto elaborar y procesar datos” (Piñuel, 2002, p.2).

El análisis de contenido cualitativo consiste en un conjunto de técnicas sistemáticas interpretativas que buscan develar el sentido oculto de los textos (Andréu, 2000). De manera que este tipo de análisis parte del supuesto que es posible interpretar los significados suponiendo un contenido manifiesto y uno latente; por lo que se elaboran tópicos y posteriormente categorías, donde se incluyen comprensiones interpretativas que se suman a los discursos de los sujetos. Considerando que se trata de un tema de investigación que cuenta con pocos antecedentes que permitan prever dónde focalizar la mirada, se optó por un análisis principalmente inductivo, el cual se centra en la elaboración de categorías emergentes, es decir, de aquellas que se construyen desde el análisis mismo, capturando lo más fielmente el discurso de los sujetos entrevistados (Piñuel, 2002).

4.6 Aspectos Éticos

Al ser la psicología y específicamente esta investigación, una práctica que implica el contacto con seres humanos, resulta fundamental tener claridad acerca de ciertos aspectos que aseguren un reconocimiento y respeto por los derechos de todas las personas involucradas. Por esta razón, se utilizaron los criterios establecidos en el Código de Ética profesional desarrollado por el Colegio de Psicólogos de Chile.

Específicamente se utilizó como referencia el Artículo 15º del Código, referido a los aspectos relativos a la investigación en Psicología, donde específicamente resultaron pertinentes los siguientes puntos:

1. En el desarrollo de su trabajo como investigador, el psicólogo/a debe resguardar el bienestar y los derechos de las personas participantes.
2. El psicólogo/a deberá obtener el consentimiento informado, expreso y por escrito de los participantes, en caso que las investigaciones pongan en riesgo su privacidad; particularmente cuando se contemple cualquier clase de registros, filmaciones y/o grabaciones que puedan ser utilizadas en reportes posteriores.
3. El sujeto de investigación tiene el derecho de suspender su participación en el momento que así lo estime conveniente.

4. Para realizar investigaciones en instituciones públicas o privadas, el psicólogo/a deberá solicitar autorización a la autoridad correspondiente y comunicar a ésta los objetivos, sentido y alcances de las mismas (Colegio de Psicólogos de Chile, 1999).

Respecto a las medidas concretas que se realizaron para resguardar los aspectos éticos de la investigación, la primera de éstas fue solicitar la autorización de la Directora del Centro de Salud Familiar Cardenal Silva Henríquez, quien aprobó la investigación y facilitó las bases de datos donde se detalla la frecuencia de asistencia de los inscritos al Centro. Asimismo se le solicitó la autorización correspondiente para contactar a los pacientes y para realizar los grupos de discusión con los funcionarios de la Institución.

Una vez que se seleccionó la muestra, los pacientes fueron contactados telefónicamente y tras acceder a participar en la investigación, fueron citados al CESFAM en días y horarios distintos para así resguardar su anonimato, por lo mismo la entrevista se realizó en una oficina de la Institución sólo ante la presencia de la investigadora. Cada una de las entrevistadas y de los funcionarios que participaron del estudio firmó un consentimiento informado, en el cual se explicaban los objetivos y alcances de la investigación.

Otra medida que se llevó a cabo con el fin de proteger los aspectos éticos, es que las entrevistas de las pacientes y los grupos de discusión fueron registrados con una grabadora, y posteriormente transcritas, para de esta manera contar con el material original, y así llevar a cabo el análisis respetando la información entregada por los sujetos, evitando tergiversar los datos, pero donde cada entrevistado fue identificado sólo con sus iniciales para mantener su anonimato. Contar con este material, permitió que el profesor de quien se recibió asesoría durante todo el desarrollo de la investigación, accediera también a la transcripción original.

5. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

En este capítulo se presenta una sistematización y análisis del material obtenido a través de las entrevistas realizadas a los pacientes definidos como policonsultantes, y a los funcionarios de la Institución de salud. La información será presentada en base a las categorías desprendidas del análisis de las entrevistas y en relación a los objetivos propuestos.

5.1 Entrevistas a pacientes

A partir de los resultados obtenidos se identificaron las siguientes categorías: el malestar del cuerpo, la relación a la Institución y la relación con la figura materna. Esta distinción responde al agrupamiento de temáticas que emergieron del discurso de las entrevistadas, sin embargo, son contenidos que se relacionan dinámicamente.

5.1.1 El malestar del cuerpo

Una de las categorías extraídas de los resultados es la manera en que las pacientes significan las molestias físicas que las llevan a consultar a la Institución de salud. El desarrollo de este apartado incluye la descripción de sus molestias somáticas, la manera en que se explican el origen de estos malestares y la respuesta que han recibido en el Centro de salud.

5.1.1.1 Descripción de las molestias somáticas

La descripción que las pacientes realizan de sus dolencias resulta clave, en tanto se abre un espacio para que se despliegue la subjetividad tras la queja somática, de forma que ellas mismas den cuenta de las partes de su cuerpo que significan como “alteradas”, “enfermas”, y por las cuales sufren, debido a que llegan a ser dolores que no logran comprender ni curar por sí mismas. Esto se relaciona con la manera en que cada una significa su historial médico, ya que a pesar que en la Institución existe un sistema de fichas que registra todas las consultas que los pacientes realizan, el interés radica principalmente en rescatar la manera en que cada una se refiere a estos dolores más que analizarlos desde la “objetividad” de la ficha clínica.

Al referirse a este punto, las pacientes tienen gran claridad acerca de los motivos por los cuales han consultado, y por lo general se trata de dos o tres molestias que se repiten durante su historia. Destaca que dichos malestares resultan comunes entre las entrevistadas, en tanto prevalecen sintomatologías como dolores de estómago, de cabeza y problemas musculares.

En referencia a lo anterior señalan:

“He venido por dolor de espalda, mucho dolor de espalda, y también sufro de muchos dolores de estómago” (J).

“Ya van a ser cuatro años que ando con terribles dolores de cabeza, que ando llorando” (G).

“Me duele mucho la cabeza, incluso ahora me duele” (B).

Además de la descripción de este tipo de molestias, una de las entrevistadas describió malestares característicos de los cuadros histéricos, refiriendo:

“Estaba súper enferma, aparte del problema mental, me vino un problema físico (...). O sea no tenía control de mi mano, tenía como se llama, ¿parálisis?” (R).

Un aspecto que aparece como relevante para las entrevistadas es el lugar que ocupa la sintomatología psicológica, en tanto constituye otro motivo de consulta a un especialista, aunque en menor medida que los malestares físicos. En este sentido, las entrevistadas en general consideran más pertinente consultar por afecciones somáticas más que psicológicas, ya que incluso tres de ellas han sido derivadas a psicólogos en reiteradas ocasiones, pero no han asistido o abandonaban el tratamiento por considerarlo innecesario.

Al profundizar en los malestares psicológicos que han tenido las pacientes, prevalece la tendencia a reunir estos malestares bajo la denominación de “depresión”, en tanto cuatro de ellas refirieron “tener” este cuadro. Al precisar lo que entienden por este término señalan:

“Siento algo terrible, o sea, a mí cuando me da la depresión soy de esas que puedo estar todo el día echada” (R).

“Cuando estoy con depresión siento mucha, mucha pena, mucha rabia (...). Caer en depresión me da mucha rabia, me siento como inútil” (R).

“Siento que soy muy de piel, muy de contacto o sea, de repente igual me siento sola, entonces como que a mí me deprime estar sola” (R).

“De repente por cosas que ni yo me entiendo me angustio, he estado muy nerviosa últimamente, me pongo muy nerviosa por todo y me angustio demasiado” (J).

Otra denominación que aparece como un aspecto común en la esfera de los malestares psicológicos son las “crisis de pánico”. La mayor parte de las entrevistadas dice haber sentido molestias de este tipo, las que describen como experiencias donde se sienten muy nerviosas en lugares concurridos, acompañado con sensaciones corporales como transpiración y dificultades al respirar. Esto ha significado para gran parte de ellas períodos donde no pueden realizar actividades fuera de sus casas sin estar acompañadas por alguien cercano, lugar que por lo general era ocupado por alguna de sus hijas.

Respecto a esto, una de ellas explica:

“Me da miedo, igual tengo crisis de pánico, me da miedo salir, porque pasan tantas cosas, de repente uno no sabe si va a llegar o no. No me gusta salir sola, siempre me acompaña una de mis hijas, me da miedo que me pase algo” (J).

Algunas de ellas relacionan lo anterior con la descripción que realizan de sí mismas como mujeres “poco sociables”, en el sentido que son personas de muy pocas amigas y que están gran parte del tiempo en sus casas, o permanecen ahí después del trabajo. Respecto a las razones de esto, todas lo entienden como algo propio de su personalidad “desde siempre”, ya que ninguna dijo haber vivido alguna experiencia negativa que hubiera marcado un cambio en este aspecto.

Al describir la manera en que las pacientes entienden la depresión y las crisis de pánico, tienden a dar cuenta de un tipo de relación particular con los otros, ya que como consecuencia de las crisis de pánico, las entrevistadas optan por aislarse para así evitar el contacto con las personas, sin embargo, esta situación se vuelve problemática para ellas, ya que esto origina sentimientos de soledad que sitúan como el origen de la tristeza que definen como propia de lo “depresivo.” Surge así una ambivalencia respecto al contacto con los otros, frente a la cual las entrevistadas señalan que enfrentarse a desconocidos es lo que las atemoriza, por lo que buscan sentirse protegidas en espacios familiares, cobrando especial importancia la relación con sus hijos, en quienes buscan apoyo y compañía.

5.1.1.2 Origen de los malestares somáticos

Un punto a destacar consiste en la explicación que las pacientes desarrollan acerca del origen de sus afecciones, ya que destaca en este punto la relación que establecen entre ambos tipos de malestares, es decir, los físicos y los psicológicos. A pesar de la disociación mente-cuerpo que predomina en el quehacer del CESFAM, ellas tienden a establecer una relación casi directa entre ambos, situando a los aspectos psicológicos como causantes de los dolores corporales que han sentido. De esta manera, resulta clave tener presente que la explicación de sus dolores corporales radica para ellas en la influencia que tiene su mente por sobre su cuerpo.

“Soy muy nerviosa y ligerito me empieza a doler la guata” (B).

“Si estoy muy nerviosa me duele la cabeza” (I).

“Cuando estoy depresiva, encuentro que, como digo yo, me enfermo de la cabeza y me enfermo del cuerpo”(R).

“Siento un ahogo, un ardor, una angustia y ganas de llorar y no puedo llorar, me cuesta mucho llorar (...). Yo tengo ese problema de que todo me lo guardo y ahí es donde me empiezan a dar estos dolores de aquí (pecho)” (J).

“Es que yo sufro de muchos dolores de estómago y es producto de los nervios porque me ataca el colon. Cada vez que me pongo muy nerviosa, me dan dolores de estómago” (J).

Esta influencia sobre el cuerpo la relacionan puntualmente con situaciones difíciles que les ha tocado vivir, a raíz de las cuales han visto afectado su estado anímico y su sensación corporal. Estos hechos pertenecen principalmente al ámbito familiar, destacando la violencia intrafamiliar y problemas de sus hijos, los cuales aparecen como causantes de “depresiones” y éstas a su vez como causas de las molestias corporales.

“He estado pasando situaciones difíciles, he tenido hartas cosas que ver. Ahora estoy con un sobrino de 2 años, que mi sobrina trató de matarlo y nos hicimos responsables de él, pero es una carga muy difícil” (J).

“Hubo violencia intrafamiliar en mi casa y ahí yo también caí, fue la primera vez que yo supe que existía una enfermedad que se llamaba depresión, tal vez la había escuchado pero tampoco me había llamado la atención” (R).

“En este momento yo señorita estoy mal, no duermo bien en las noches, he sufrido mucho. No puedo trabajar, no puedo dejar a mi hija sola tampoco porque ella es deficiente mental y se vale de mí” (G).

“Por ejemplo, a mí diciembre no me gusta, para mí diciembre es fatal (...). Mi mamá falleció en víspera de navidad, por eso no me gusta. Ando con menos ganas, me da pena” (B).

“Mi hija no ha logrado las cosas que quería, porque ella se casó y justo nació la niña, por lo que tuvo que congelar y nunca más pudo recuperar sus estudios universitarios, entonces eso igual a mí como que me dejó angustiada”(I).

5.1.1.3 Respuesta de la institución

Al referirse al tipo de respuesta que reciben de parte de los funcionarios, es necesario señalar que por lo general ellas asisten en primera instancia a un médico, ante quien han encontrado respuestas bastante similares. En este sentido, el profesional realiza alguna de las siguientes acciones: les da medicamentos, las deriva a la atención secundaria para realizar exámenes con especialistas o las deriva al psicólogo.

Respecto a lo primero, es decir, la entrega de los medicamentos, las pacientes le otorgan un gran valor a la posibilidad de recibir fármacos cuando consultan. Esto principalmente por dos razones; la primera es porque sienten que por lo general resultan efectivos para aliviar sus malestares, ya sean físicos o psicológicos. El hecho que los medicamentos del área de salud mental del CESFAM sean entregados por los médicos, repercute en que las pacientes prioricen una consulta con estos profesionales por sobre los psicólogos, ya que al conocer el funcionamiento de la institución saben que no van a obtener fármacos tras el encuentro con el psicólogo.

“Cuando vine el mes pasado la doctora me dio Fluoxetina y me ha ayudado demasiado. Me ha ayudado mucho, porque me he sentido más tranquila y menos angustiada” (J).

El segundo aspecto que se relaciona con el valor que adquiere la prescripción de fármacos es que su entrega es gratuita en el CESFAM, punto que resulta central para las pacientes. Es por esto que prefieren asistir a este Centro, por sobre otro de atención primaria. En este sentido una de ellas menciona:

“A uno ahí le recetan sus medicamentos, y más encima uno tiene que comprarlos, y a veces uno no cuenta con la plata para estarlos comprando. Por eso es preferible venir al médico, porque aquí le dan los remedios y a veces uno no tiene plata o no le alcanzó la plata y si uno va al Sapu, tiene que ir a comprarlos” (J).

Las derivaciones a la atención secundaria responden a la necesidad de los médicos por realizar exámenes más específicos o para que sean evaluadas por especialistas, de manera

de buscar otras vías para comprender lo que les ocurre a las pacientes. En relación con esto, todas las entrevistadas han sido derivadas en algún momento de su historial médico, lo cual para algunas de ellas es una situación indeseada, ya que prefieren ser tratadas en un mismo lugar. Esto principalmente porque una derivación significa ingresar a una lista de espera, lo cual se traduce en meses de espera para obtener una hora, y también por comodidad, ya que la cercanía con el CESFAM no la tienen con los otros centros de salud.

“A veces igual a uno la hacen perder tiempo, porque son muchas visitas y a veces uno no saca nada como en limpio. Allá por lo menos me queda más lejos, es más incómodo; quisiera que estuviera todo en un sólo lado para uno” (B).

“Se han demorado en darme las horas para algunos tratamientos, de cuando me derivan pongámsle al doctor, al Cordillera o a otro lado, no llegan al tiro, se demoran” (J).

La derivación a psicólogos es la derivación interna más común que reciben las pacientes, es decir, dentro del mismo Centro. Esto ocurre cuando en el encuentro con el médico ellas profundizan en aspectos más personales, o cuando luego de haber sido derivadas a la atención secundaria y de haberles realizado diversos exámenes, no se logra precisar su diagnóstico.

“La doctora me mandó con la psicóloga. La doctora igual me empezó a preguntar, empezamos a conversar y le conté que tenía problemas en mi casa, igual tenía el sistema nervioso sumamente alterado y ella me indicó, me recomendó, que fuera al psicólogo”(R).

Cuando los médico no logran determinar el diagnóstico de las pacientes aparece la explicación que su malestar es “algo psicológico” por lo que “no hay nada que hacer”. Respecto a esto una de ellas explica con altos montos de angustia:

“Me dijeron que el dolor era psicológico, y ahora me volvió ese dolor de nuevo. Como que me clavan agujas así en la noche sobre todo, llego a llorar de ese dolor que tengo acá. No sé qué es lo que es, eso es lo que

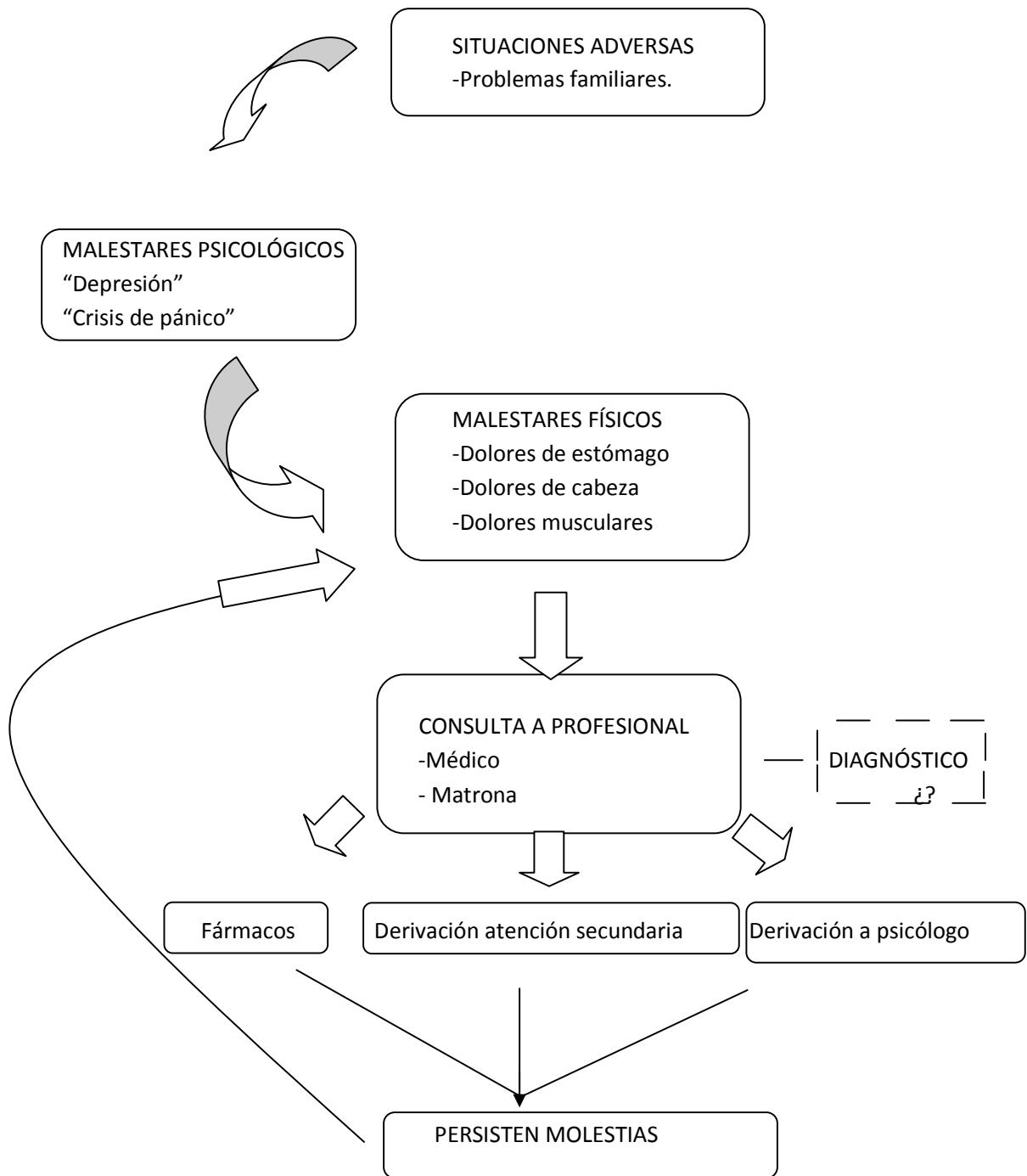
quiero saber yo, qué es lo que es psicológico, yo no entiendo señorita”
(G).

Y agrega:

“Me siento mal de este dolor, me siento mal, allá mismo en el cordillera me dijeron que era psicológico también, pero como uno va a tener el dolor ahí” (G).

Las pacientes consideran que son derivadas al psicólogo cuando el médico no logra entender qué es lo que les ocurre. La explicación de su malestar como “psicológico” no resulta satisfactoria para ellas, ya que, a pesar que establecen una relación entre lo físico y lo psicológico, sienten que cuando ya tienen un malestar corporal, el tratamiento tiene que ir en esa línea, porque como ellas mismas mencionan, no entienden cómo un psicólogo les puede quitar un dolor de cabeza. Por esto, las entrevistadas que han recibido derivaciones a psicólogos no han asistido o después de dos o tres entrevistas desertan por considerar que la dolencia persiste.

A modo de síntesis se presenta el siguiente esquema, como una manera de graficar la forma en que las pacientes relacionan sus molestias físicas con las psicológicas, y para analizar cómo esto interactúa con las respuestas que ellas han recibido por parte de los funcionarios de la Institución, evidenciando la dinámica que se da con el Centro de salud.



A partir del cuadro, se observa que a pesar del reconocimiento que realizan las pacientes acerca de la relación mente-cuerpo, tienden a otorgar mayor protagonismo a las manifestaciones físicas, siendo éstas las que las movilizan a buscar ayuda. En razón de lo anterior, se dirigen principalmente a profesionales vinculados con esta dimensión del cuerpo, siendo médicos y matronas a los que más consultan en una primera instancia.

El diagnóstico aparece como una entidad siempre presente, ya que tanto pacientes como profesionales del área médica le otorgan un lugar protagónico, pero en estos casos no pueden acceder a él con la facilidad esperada por la medicina. En este sentido, las manifestaciones somáticas que presentan no resuelven el enigma diagnóstico de estas pacientes, por lo cual los funcionarios quedan desconcertados ante ellas. Esto se grafica por medio de la línea punteada dirigida hacia el diagnóstico ya que algo queda inconcluso tanto para el paciente como para la Institución.

Como se observa, las respuestas recibidas por parte de la Institución no resultan exitosas para eliminar por completo los malestares de las pacientes, por lo que a raíz de la persistencia de la queja a nivel físico, las entrevistadas continúan la dinámica de consulta al profesional, estableciéndose un círculo que las moviliza a permanecer vinculadas al Centro de salud. De esta manera se evidencia cómo finalmente el síntoma físico se independiza del origen psicológico que le atribuyen las pacientes, y toma un lugar protagónico en sus discursos. Por esto, ellas persisten y exigen que se hagan cargo de sus molestias físicas, de manera que alguien les explique qué tienen y cómo se debe tratar.

5.1.2 Relación a la Institución

Al analizar las entrevistas, un aspecto que cobra especial relevancia en el discurso de las pacientes, es el vínculo que establecen con la Institución, y específicamente con algunos de los profesionales a los que consultan, ya que para ellas es fundamental establecer una relación de confianza y cercanía con ellos.

El Centro de Salud se sitúa como un lugar de gran familiaridad, en tanto la alta frecuencia a la que asisten ha hecho que se sientan cómodas y acogidas en la Institución. En este sentido, consideran que han desarrollado una relación muy cercana con el CESFAM, valorando que

sea un espacio donde conozcan la historia de cada una, sus familias y los acontecimientos que les han tocado vivir.

Desarrollando este punto es que mencionan:

“Aquí me falta la pura cama no más porque vivo aquí, es decir, siempre vengo por algo” (B).

“Aquí encuentro apoyo (...). Yo sé que mis papás igual me apoyaban, trataban de ayudarme, pero siempre con condiciones. En cambio en el consultorio no, porque es apoyo sin condiciones” (R).

“Aquí saben todos mis problemas que yo he tenido, todos” (G).

“Aquí encuentro todo lo que necesito (...). Me siento súper acogida con el consultorio, con los doctores, con los dentistas, todo, todo” (R).

Respecto a la relación con los profesionales de la Institución, para las pacientes cobra especial valor el hecho de vincularse de manera cercana y familiar con ellos. Incluso espontáneamente hacen referencia específica a la recepción de los médicos, de quienes valoran conductas como el saludo, significándolo como una señal de interés y preocupación por el paciente.

En este sentido, una de ellas menciona:

“Yo creo que por mucho que uno sea a lo mejor paciente y médico, creo que tiene que haber una relación en cuanto al saludo. Yo encuentro que ahora, en este consultorio, hay como más relación de médico paciente, pero hay otros médicos que uno tiene que andar corriendo atrás así “por favor escúcheme que necesito hablar.” Entonces considero que ahora, no sé, como que los médicos jóvenes están como mucho más amenos” (I).

Es en este sentido que aparece claramente descrito lo que define a un “buen profesional”, ya que aspectos como la recepción inicial y el interés que demuestran en su padecer resultan claves para diferenciar a un funcionario de otro. Este punto resulta central al

momento de determinar su preferencia entre los profesionales, ya que valoran las actitudes que favorecen la posibilidad de generar un vínculo más estrecho con ellos. Esto último adquiere gran interés para las pacientes, ya que sienten mayor acogida, seguridad y apoyo cuando logran una relación de familiaridad con algún funcionario en particular. Ante esto señalan:

“Es muy acogedor él, el modo de cómo a una la atiende, de cómo la recibe: “Hola, ¿cómo está?” Como que a una ya la conoce.” (J)

“A donde la ve a uno le pregunta cómo está, o sino qué anda haciendo, a mí me ve y me dice: “¿qué andas haciendo?” Yo siento seguridad con ella” (B).

En cuanto a la respuesta del profesional frente a sus molestias corporales, todas coinciden en que el aspecto fundamental es que no sólo se limiten a conversar con ellas, sino que el cuerpo adquiera protagonismo, en el sentido de que sea objeto de revisión. En el discurso de las pacientes destaca el énfasis atribuido a este punto, ya que detallan que el acercamiento a su malestar requiere no sólo que el médico escuche lo que ellas tienen que decir, sino además que toquen su cuerpo. Es a partir de dicho parámetro que distinguen entre lo que sería un funcionario que realiza bien su función en oposición a uno cuyo desempeño no les resulta satisfactorio.

“Él a uno la revisa bien, le dice lo que tiene, lo que le pasa” (J).

“Primero que nada que el doctor se pare y la examine a uno, no le pregunte qué es lo que tiene, o qué es lo que siente. Yo creo que un doctor tiene que examinar y todos tenemos derecho a que nos examinen, para ver qué es lo que realmente tenemos”(R).

“Si a mí me sientan y me revisan, me da lo mismo si se demoran 5 o 10 minutos” (R).

En concordancia con lo anterior, otro aspecto que cobra relevancia en la relación con los funcionarios, puntualmente con los médicos, es el énfasis asignado al conocimiento que

ellos tienen respecto a sus cuerpos. Lo que tienen que decir acerca del malestar, de sus órganos y del funcionamiento de éstos es de gran importancia para las entrevistadas. Esto se traduce finalmente en que sean capaces de entregarles un diagnóstico, ya que algo de su padecer se alivia cuando sienten que les “descubre” qué les está pasando. Lo señalado es de tal relevancia para las pacientes, que incluso llega a determinar el tipo de relación que establecen con un profesional que ha realizado la función de nombrar su padecer, en tanto desde ese momento se sitúa en una posición privilegiada para ellas.

“Como que él ya sabe lo que uno tiene. Yo al menos salgo contenta cuando lo veo y salgo conforme con los diagnósticos que me da. Como que le tengo harta fe” (J).

“Él me examinó, después me hizo pararme, hacer unos ejercicios parada y él me descubrió lo que yo tenía. Para mí fue súper importante que me dieran un diagnóstico (...). Y ahí yo le pregunté qué es lo que era el vértigo y ahí él me explicó, o sea, yo siento que él se tomó el tiempo como para enseñarme qué es lo que yo tenía (...). Entonces como que uno ya le tiene nombre a la enfermedad que uno tiene”(R).

A partir de esta última cita se aprecia cómo sus expectativas se complementan con la respuesta que encuentran en estos profesionales, ya que se sienten aliviadas y satisfechas cuando ellos actúan en concordancia con este saber que les atribuyen. En este sentido se aprecia que las entrevistadas valoran una actitud en la línea más asistencialista, lo cual se evidencia en la experiencia descrita por una de ellas:

“Antes la nutricionista que había me gustaba mucho porque a uno la atendía, le daba un régimen y uno lo cumplía, pero ahora el nutricionista que hay no me dio la hojita para seguir un régimen, no, si no que me dijo: “Tiene que dejar de comer pan” y listo, no como la que había antes que a uno le daba una pauta, le decía tiene que hacer esto a tal hora, yo le decía mi horario de almuerzo y listo, pero este que hay ahora ni una pauta, nada.”(J)

En la misma línea otra de las entrevistadas refiere:

“Espero que el especialista me diga: “Mire, usted tiene esto y lo puede mejorar de tal forma” (B).

En síntesis, es posible señalar que las entrevistadas consideran fundamental que se genere una relación de mayor cercanía con los funcionarios de la Institución de salud, específicamente con los médicos. Para lograr lo anterior, ellas esperan ciertas actitudes por parte de los médicos, entre las que se encuentran una acogida cálida, un interés por aquello que están viviendo a nivel personal, un acercamiento a su malestares que implique un reconocimiento del cuerpo en su dimensión física y la respuesta de lo que para ellas representa la incertidumbre de su padecer, es decir, la entrega de un diagnóstico. Cuando encuentran a alguien que reúne dichas características, las pacientes demuestran una total preferencia por consultar exclusivamente con dichos profesionales. De esta manera señalan:

“A mí sí me pudiera atender la doctora P., yo regio, pediría puras horas con ella. Es que ella es muy buena persona, muy buena médico, si paso por aquí y no la saludo como que no me voy tranquila” (B).

“Yo trato de que la matrona siempre tiene que ser la misma, yo a ella sí que la espero, o sea si no está, si está con licencia, yo la espero, igual que con el doctor”(R).

5.1.3 Relación con la figura materna

La inclusión de esta categoría se relaciona con la relevancia que las entrevistadas le atribuyeron a la relación con la figura materna, ya que era una variable que no estaba considerada en los temas a ser explorados en las entrevistas. En este sentido, al diseñar la investigación no se consideró la significancia que podría adquirir este punto en los pacientes policonsultantes, por lo que fue algo que apareció en el discurso de las entrevistadas que no fue previsto de antemano.

Cabe destacar no sólo la aparición de esta figura en el relato de las pacientes, sino principalmente la similitud con que ellas se refirieron a este punto, ya que todas- a excepción de una de ellas- describen este vínculo con significantes como el abandono o la violencia, siendo éstas dos formas en las que se enmarca algo de lo traumático que tuvo esta relación para cada una.

Al profundizar en el abandono, éste aparece como un aspecto ligado a la falta de cariño que se tuvo durante la infancia, lo cual repercute en que las pacientes recuerden sus primeros años de vida a partir de un sentimiento de soledad. Específicamente se trata de un abandono tras un período de convivencia con sus madres, por lo que aparece en sus relatos una incertidumbre respecto a lo que motivó esta conducta de sus madres, ya que no queda del todo claro para las involucradas las razones de esta partida. Es así como señalan:

“Mi mamá me dejó cuando yo tenía 8 meses, me dejó a cargo de mi abuela y mi papá, y yo no tenía cariño, afecto” (J).

“Mi mamá se fue cuando yo tenía como 8 meses. Dejó a mi papá y me dejó a mí” (B).

Entre las hipótesis que han desarrollado las pacientes para explicarse la partida de esta figura, se han llegado a situar como causantes de esta situación, en tanto consideran que habría existido un rechazo de sus madres hacia ellas. Esta idea prevalece al momento de referirse a este abandono, y ha generado en las pacientes un rechazo hacia sus madres como respuesta a la rabia originada a partir de lo que les tocó vivir.

En este sentido señalan:

“Siempre hay un rechazo de ella (...). Yo traté de acercarme muchas veces, pero como que ella me rechazaba. Uno no siente un cariño, no sé, un afecto, nunca he sentido ese cariño de ella” (J).

“Me sentía como “ella me dejó, ella me tiene que hablar”. Y después cuando me propuse buscarla para conversar con ella, falleció, la atropellaron aquí cerca de Departamental” (B).

En cuanto a la significación de la madre desde la violencia, ésta adquiere un matiz agresivo, que la sitúa como causante de agresiones físicas importantes. Nuevamente esta relación aparece enmarcada en un vínculo caracterizado por el rechazo, donde también existe una dificultad por comprender la conducta violenta de sus madres hacia ellas, apareciendo incluso como actitudes antojadizas.

“Mi mamá es de campo, entonces nos sacaba la mugre” (R).

“No alcancé a estudiar porque no me dio la cabeza, sería muchos golpes que me daba mi mamá, porque mi mamá fue peor que una perra con nosotros, para mí sobre todo, los palos llegaban a llover en mi cabeza” (G).

“Mi mamá nos sacaba la mugre a las cuatro hermanas. Por cualquier cosa que a ella le molestara” (R).

Cabe mencionar que la relevancia que adquiere esta figura en el discurso de las entrevistadas contrasta con la figura paterna, en tanto en todos los casos se mantiene algún tipo de relación con el padre, pero ésta no adquiere mayor significación para ellas. Respecto a esto, una de las entrevistadas se refiere al abandono de su madre explicando:

“Igual influye, es decir, es la mamá, porque el papá no creo que sea mucho, pero la mamá es algo muy importante” (B).

Esto último aparece vinculado con la propia vivencia de ellas como madres, ya que es algo que las sitúa en una posición de mayor incompreensión acerca de la conducta que su madre tuvo con ellas:

“Para mí, ahora que soy mamá, no hay razón para dejar a un hijo, yo no transo con eso. Tendría sus motivos, no lo sé, nunca me los dijo, no la voy a juzgar tampoco, pero yo a mis hijos a mi marido no se los dejo en caso de separación o algo así, no” (B).

Es así como en los distintos casos aparece la ausencia del desarrollo de un vínculo emocional con la madre, careciendo de una figura que represente un espacio de seguridad y

contención para las pacientes. Aparece más bien una figura hostil y poco acogedora para ellas, situación que desde su parecer ha resultado fundamental durante su vida. Esto cobra relevancia ya que vinculan esto con sus actuales sentimientos de soledad, e incluso con algunos de los episodios depresivos que han presentado. En este sentido, señalan que siempre han tenido presente la frustración y el daño que significó para ellas el no poder tener una relación cercana con sus madres.

5.2 Entrevistas a funcionarios de la Institución de salud

A partir del análisis de la información obtenida en los dos grupos de discusión realizados se consolidaron las siguientes categorías: definición del paciente policonsultante, causas de la policonsulta, consecuencias de la policonsulta en la Institución y medidas para enfrentar esta problemática.

5.2.1 Definición del paciente policonsultante

En primer lugar cabe señalar que todos los profesionales que participaron de esta investigación conocían el término “policonsultante”, por lo que fue un tema que no requirió mayor explicación, facilitando así que se expresaran libremente acerca de lo que entendían por dicho concepto. Asimismo dieron cuenta de que ésta era una manera de referirse a cierto tipo de pacientes que comúnmente utilizaban entre los funcionarios, por lo que formaba parte del lenguaje propio de la Institución.

Resulta coincidente la definición donde se enfatiza la frecuencia en las consultas como un punto central al momento de referirse a estos sujetos. En este sentido, se considera que asisten con una frecuencia mayor de lo esperada, lo que precisan señalando que asisten más de tres veces al mes con cualquiera de los profesionales.

Otro rasgo característico, es que se trataría de consultas consideradas injustificadas, en el sentido que asisten buscando ser atendidos con premura, presentando molestias físicas que no logran ser categorizadas en algún diagnóstico propio de la medicina. Por lo mismo aparece como incongruente la insistencia con la que solicitan ser atendidos, lo cual en conjunto con la actitud exigente, e incluso en ocasiones agresiva con la que se presentan en la Institución, hace que se les atribuya un carácter de “demandante” a estos pacientes.

Algunas de las definiciones otorgadas por los funcionarios son:

“Es una persona que viene a consultar más de las veces que son necesarias” (G).

“Para mí, el policonsultante es aquella persona que busca algún motivo en forma reiterada para consultar” (M).

“Básicamente es esa persona que recurre y exige mucho al servicio, y que no es siempre atingente su consulta, con respecto o a la inmediatez que tiene o con respecto a la solución”(C).

“Son aquellos que pueden venir 2 veces a la semana a consultar por lo mismo o 3 veces, y que no se van tranquilos si es que tú no les das algún tipo de tratamiento, aunque no sea atingente que lo necesiten” (CA).

A través del relato de los funcionarios se evidencia una subestimación de los síntomas físicos de estos pacientes, en tanto no tienen el tipo de presentación ni evolución esperada según los parámetros de la medicina. Esto lo confirman por medio de la ausencia de un correlato empírico, como sería un examen, que diera cuenta que efectivamente la queja somática de los pacientes se condice con una alteración a nivel corporal. Es por esto, que ante la ausencia de dicho correlato se desestima la molestia presentada, considerando que es algo que no requiere mayor atención por parte de un profesional.

Es así como uno de ellos refiere:

“Hay casos que vienen, por ejemplo, por cosas supuestamente físicas, con dolores de guata y con cólicos, que los exámenes salen normales, que los médicos los ven en el sistema biomédico, le mandan a hacer exámenes, y salen más o menos normales”(C).

En la misma línea, uno de ellos agrega:

“La mentalidad del paciente es que siempre tiene una patología orgánica. Siempre va a venir primero a pedir hora al médico, porque le dolió la cabeza, porque le dolió esto, porque le dolía todo el cuerpo” (P).

Ante la imposibilidad de comprender las molestias físicas desde los parámetros médicos, los profesionales las vinculan con características psicológicas de los pacientes, específicamente de su personalidad. De esta manera, al precisar lo que entendían por este término, algunos de los profesionales utilizaron conceptos como “hipocondría”, explicando que para ellos se trata de personas que *“se quieren enfermar y no tienen nada”* (P) o como sujetos que *“quieren seguir enfermos o que le encuentren otra cosa”* (M). De esta manera, se evidencia nuevamente que la queja somática es ubicada en segundo plano, en tanto no se le otorga mayor relevancia, e incluso se menosprecia, considerando que sería un aspecto que los pacientes manejan a discreción para presentarse como “enfermos.”

En cuanto a las diferencias que se evidenciaron entre los profesionales, destaca principalmente el discurso de la matrona, en tanto tiende a definir al paciente policonsultante desde sus funciones específicas. Es así como lo vincula casi exclusivamente a las mujeres y a la relación que ellas establecen con sus órganos genitales. En este sentido considera que la policonsultante sería quien *“le atribuye a sus órganos o a su cosa ginecológica o a su condición de mujer ginecológica, todos los males que le aquejan”* (M).

Y agrega:

“Yo creo que la policonsultante es aquella que asume que muchos de sus males, tanto físicos como mentales tienen que ver con su proceso reproductivo, tienen que ver con su regla, tiene que ver con sus hijos, tiene que ver con sus operaciones” (M).

En suma, el policonsultante es definido como aquel paciente que asiste en más de tres oportunidades durante un mes, sin presentar un motivo de consulta que justifique su visita al profesional, por lo que su motivación sería ser catalogados como “enfermos” para obtener algún tipo de ganancia secundaria.

5.2.2 Causas de la policonsulta

Respecto a las causas que habría tras la conducta de los pacientes policonsultantes se plantean dos puntos como centrales: la existencia de problemas psicosociales y muy vinculado a éstos, la función social del CESFAM.

5.2.2.1 Existencia de problemas psicosociales

Se menciona que un aspecto en común de los pacientes policonsultantes, sería la presencia de “problemas psicosociales”, sin embargo, no queda del todo precisado lo que se entiende por éste término, ya que se incluyen problemas familiares, sexuales, violencia intrafamiliar, entre otros. Esta aparece como una de las explicaciones más comunes para los funcionarios, lo cual en conjunto con la idea que no habría algo a nivel físico que estaría alterado, justifica que estos sujetos sean atendidos por profesionales de la línea “psicosocial” más que por médicos.

“Básicamente esconden problemas psicosociales mucho más profundos, como que tienen maltrato, tienen vif, tienen problemas con los hijos, por eso que evitan estar en casa”(C).

Entre lo que se engloba como problemas psicosociales se incluye la ausencia de una red de apoyo como rasgo característico del paciente policonsultante, por lo que se considera que asisten a la Institución en búsqueda de alguien que los escuche, para así tener con quien compartir sus problemas. De esta manera utilizarían sus dolencias físicas como una justificación para acercarse a los profesionales.

“Son básicamente gente que le falta red, o sea que no tienen una buena red familiar, una red de apoyo y se buscan apoyar acá, entonces muchas veces problemas que no son necesariamente de salud tenemos que tratar de resolverlos acá, porque somos su única red”(CA).

“Hay muchos policonsultantes que son gente sola, que no tienen mucho apoyo de redes sociales y acá se articulan muchas redes sociales, hay programas para las abuelitas, hay gimnasia, hay baile, entonces se van

generando situaciones de interacción humana que ya trascienden un poco la salud” (G).

“Es por un tema de querer venir a conversar con la persona, o sea, yo los puedo, pesar, medir, hablo un poco del tema de sus medicamentos y el resto es solamente contarte la historia, estoy descompensada porque me pasa esto, bla, bla, bla” (PA).

Por otra parte, se hace referencia al interés de los pacientes policonsultantes por obtener alguna ganancia del CESFAM, ya que relacionan la solicitud que ellos realizan a la Institución con la búsqueda de algunos de sus beneficios, como sería la obtención de medicamentos y exámenes de forma gratuita.

“Para mí el policonsultante es el paciente que se conoce muy bien el sistema o la forma de trabajo del Centro de Salud y, por lo tanto, quiere ocupar hasta el último beneficio que pueda tener” (P).

Esto incluso lleva a referirse de manera despectiva a la realidad de estos pacientes y a su estilo de vida, lo cual se ejemplifica en lo señalado por una de las funcionarias:

“Si hubiera un filtro económico estoy segura que la gente no invertiría el peso en venir para acá, pero como es gratis, y el tiempo para ellos también es gratis, porque el tiempo de ellos no lo valorizan como yo tengo mi tiempo, mi tiempo es oro, pero el tiempo de ellos no es oro, porque en ese tiempo que están en su casa no ganan nada, en cambio cuando vienen para acá, les dan un medicamento, cuando vienen para acá los escuchan, en el fondo ellos ganan, económicamente ganan” (M).

5.2.2.2 Función social del CESFAM

En cuanto a la función social del CESFAM, uno de los aspectos a los que se hace referencia es a la influencia que tiene la Institución en la comunidad, en tanto se ha ido constituyendo como un lugar donde las personas se sienten cómodas y acogidas. Para entender la relevancia que tiene para la comunidad, los funcionarios desarrollan explicaciones que se

refieren a las características más concretas y también simbólicas del Centro de Salud. Entre lo más concreto se incluye la ubicación geográfica, ya que al encontrarse inserto en la comunidad se considera una variable que facilitaría que las personas consulten con mayor frecuencia. Es así como señalan:

“Este es el consultorio que atiende más policonsultas, porque es un consultorio que está como a la mano, está inserto en la comuna al contrario de los otros (...). Entonces ahí viene que el paciente tiene más acceso, porque aunque llueva el paciente igual está aquí” (P).

Así mismo se hace referencia a la infraestructura del CESFAM, ya que se considera que la buena calidad de las instalaciones hace que el paciente se sienta “cómodo” al asistir. Esto se vincula a la relación que establecen los entrevistados entre los policonsultantes y un estrato socioeconómico bajo, ya que al tener viviendas de mala calidad recurrirían al Centro buscando un lugar más satisfactorio para estar. Es así como comienzan a cobrar protagonismo las variables socioeconómicas como aquellas que explican la conducta de estos pacientes.

“Yo creo que influye un poquito la infraestructura de este consultorio, tiene tele, tiene asientos que no son malos, comparado con hospitales, no es tan helado, a pesar de que no hay calefacción, es bonito, yo creo que todos esos factores ambientales también atraen a la gente”(G).

“Hay pacientes que vienen a los servicios higiénicos del consultorio, porque en sus casas tienen un pozo” (M).

Profundizando en la función social del CESFAM, todos los entrevistados consideran que la Institución ha ido ocupando una posición protagónica en la comunidad que ahí consulta, excediendo las funciones correspondientes al ámbito de la salud. En este sentido sería un lugar de encuentro para los vecinos, donde también acuden buscando solucionar problemas que exceden el ámbito de la salud.

“El Servicio de Salud no sólo sirve para dar respuesta a las necesidades médicas o de salud de la gente, sino que viene más bien a suplir una necesidad social” (M).

Se reconoce que la Institución es un lugar donde los pacientes no sólo buscan resolver sus problemas de salud, sino que además es un espacio de acogida que satisface las necesidades de compañía de las personas.

En esta línea se menciona:

“Este es un lugar más seguro donde ellos se sienten acompañados, se sienten escuchados, se sienten respetados, se sienten incluso más persona (...). Se sienten mejor, aunque peleen con la gente de afuera, aunque peleen con la gente de adentro, pero igual sienten que están ocupando un lugar” (G).

“Yo siento que el consultorio y no personalmente yo, sino que los profesionales que estamos aquí, somos como los consejeros” (M).

Asimismo, algunos de los entrevistados consideran que la Institución también ejerce una gran influencia en los pacientes, específicamente en cuanto piensan que ellos mismos representan un modelo para la comunidad. De esta manera, plantean que el hecho de ser profesionales marcaría una diferencia con quienes consultan a este Centro, por lo que serían un “ejemplo” para ellos. Nuevamente en este punto se explica esta influencia a partir de la condición socioeconómica de los pacientes, ya que su situación no les ha permitido a los pacientes ni a sus familias alcanzar estudios superiores, por lo que se considera que estar en contacto con profesionales cobraría especial valor para la comunidad.

“Nosotros somos los únicos profesionales universitarios que estamos en contacto directo con las personas de este nivel sociocultural y económico (...). Cualquier otra profesión que no sea del área de la salud pública, no está en contacto con este nivel de gente, entonces aunque no lo queramos somos un modelo, cuando traen la niñita, dicen “mira la

doctora”, entonces la niña, quiere ser enfermera, quiere ser matrona”
(M).

Otra de las explicaciones que desarrollan los funcionarios para comprender el fenómeno de la policonsulta se vincula con la mayor prevalencia de este fenómeno en mujeres. En tal sentido, para los profesionales no es indiferente el hecho que la policonsulta se concentre en las mujeres. Entre las razones que se dan para comprender esto, se incluye la actividad laboral de la mujer, en tanto consideran que al ser gran parte de ellas dueñas de casa cuentan con una mayor disposición de tiempo para asistir al CESFAM.

“Generalmente la mujer es dueña de casa y tiene más tiempo, porque el hombre generalmente falta al trabajo por venir al consultorio y arriesga su trabajo” (PA).

Así también, se hace referencia a las características psicológicas de las mujeres, ya que las sitúan como “manipuladoras” frente a sus familias o en su contexto laboral. En estos casos, la policonsulta se relacionaría con la búsqueda de una ganancia secundaria, para lo cual utilizarían el Sistema de Salud como un medio para obtener aquello que desean.

“Yo creo que en el caso de las mujeres son bastante manipuladoras, buscan estar enfermas para que el resto de la familia les de importancia: “ha, la doctora me dijo que yo no debo tener relaciones sexuales”, por ejemplo, “la doctora me dijo que no que no debo pasar rabias” (M).

“La dueña de casa tiene más tiempo y es la que quiere llamar más la atención en la casa porque el marido es el alcohólico, es el que le pega, es el drogadicto” (PA).

Una de las últimas causas que de acuerdo a los funcionarios explicaría la conducta de los policonsultantes, es la tendencia de los pacientes a funcionar bajo un modelo asistencialista, en tanto se considera que al ser de un nivel socioeconómico bajo están habituados a que alguna institución social o persona natural resuelva a sus necesidades.

“Yo creo que la mentalidad de la población es estar paternalizado por alguien, que ellos deben de tener todo lo que necesitan. Por lo menos esta población de acá que mayoritariamente es gente de campamento están acostumbrados a que les den de todo, entonces ellos llegaron a un lugar y les tenían que dar agua, luz, teléfono, atención médica y todo”
(P).

En suma, es posible evidenciar que la mayor parte de las explicaciones que mencionaron los funcionarios se vinculan con la condición socioeconómica de los pacientes, lo cual se constituiría como un factor clave para comprender la gran influencia del CESFAM sobre la comunidad y específicamente sobre los pacientes policonsultantes. A partir de esto se explican el alto porcentaje de presentación del fenómeno en este centro en particular, ya que la población a la que está destinado es en su mayoría gente de un nivel socioeconómico bajo.

Por esto se considera que los pacientes policonsultantes buscarían beneficiarse de la Institución de salud en distintas dimensiones, tales como las relaciones interpersonales con los funcionarios, la infraestructura del Centro, la obtención de medicamentos, la realización de exámenes, entre otros. Siendo esto potenciado por el hecho de que la salud pública de nuestro país es gratuita, lo cual para los funcionarios repercute en que muchas de las personas “usan y abusan” del Sistema de Salud.

5.2.3 Consecuencias de la policonsulta en los funcionarios

Otro de los aspectos desarrollado por los funcionarios es la manera en que la policonsulta afecta a los profesionales que atienden a este tipo de pacientes, ya que se considera que su nivel de demanda, exige y desgasta a los distintos miembros de la Institución.

De acuerdo a lo señalado por los distintos grupos de discusión, la policonsulta repercute directamente a los funcionarios, afectando negativamente su desempeño habitual e incluso influenciando sus estados anímicos. Esto se vincula con el punto desarrollado anteriormente respecto a las causas que explican para ellos la policonsulta, ya que al sostener que no existirían alteraciones físicas ni enfermedades orgánicas que la justifiquen, sienten que se

tratarían sólo de actitudes de manipulación por parte de los pacientes. Al plantear esto, ellos quedan situados en una posición que no les acomoda, ya que sienten que en ese tipo de consultas no son demandadas sus habilidades como profesionales, sino que sienten que los están “usando” para obtener algo más allá.

“Un policonsultante es harta demanda, aumenta la demanda y aumenta la presión, y es súper pesado para el profesional que lo ve 1, 2, 3 veces y que ya termina aburriéndose, y terminan diciéndote, “yo no veo más a ese paciente”” (C).

“Yo creo que en general los profesionales no lo vivimos muy bien el policonsultante (...). Cuando tú crees que el otro te está manipulando, tú te enojas y te sientes usado y yo creo que eso nos pasa a nosotros, nos sentimos usados” (M).

Otro aspecto que resulta conflictivo para los profesionales, es el hecho que la policonsulta afecta directamente los niveles de productividad, en tanto la existencia de este tipo de usuarios significa una amenaza al cumplimiento de las metas sanitarias impuestas a la Institución. Cada área debe cumplir un mínimo de atenciones para así alcanzar dichas metas, por lo que cuando un paciente consulta más de lo esperado, los funcionarios consideran que está haciendo uso de un cupo que podría favorecer a un paciente que “realmente lo necesite”. Asimismo se enfrentan con la posibilidad de que su trabajo sea cuestionado ante la persistencia de un paciente, ya que se podría pensar que no se está ayudando de manera efectiva a ese sujeto.

“Para la estadística y para los registros que se hacen a nivel de APS de este consultorio, es malo tener policonsultantes, porque significa que por un lado estás disminuyendo la cobertura y por otro lado, así se lee, no le estás resolviendo el problema a esa persona” (G).

Específicamente en el grupo de discusión que estaba compuesto por funcionarios que ocupan algún cargo de jefatura, apareció como un aspecto relevante la necesidad de otorgar espacios de descarga y apoyo a los funcionarios para mitigar el desgaste a raíz de la

policonsulta. Sin embargo, cuando se plantea la posibilidad real de crear dichos espacios, se asume que es algo que atenta directamente contra la productividad de la Institución. Este último punto aparece como algo clave, en tanto señalan que su prioridad, especialmente como jefes, es lograr que se alcancen las metas impuestas por el Ministerio de Salud, ya que de lo contrario no se cuenta con los recursos económicos necesarios. En razón de esto se conforman con permitir que se tengan vías de comunicación informales para apoyar a los funcionarios en momentos de estrés.

“No es necesario crear estas reuniones, como un espacio tácito para generar esto, sino que la comunicación yo creo que está en levantar el teléfono o venir a la oficina de tu jefe y decir: “estoy chato”, encuentro que es súper válido, me ha pasado en algunos casos y bien, pero no en todos”(C).

5.2.4 Medidas para enfrentar la policonsulta

Otra de las categorías emergentes de los grupos de discusión realizados, es la manera en que la Institución debiese actuar ante los pacientes policonsultantes, es decir, qué medidas tomar tanto a nivel de CESFAM como de cada uno de los funcionarios.

Predominó la idea de que lo principal es realizar una labor informativa con estos pacientes, que contemple un trabajo de educación respecto al funcionamiento del Servicio público de salud. Se piensa que esto contribuiría a mejorar el nivel de educación de los consultantes, ya que se considera que es insuficiente. La razón de esto último no queda del todo clara, pero se hace referencia nuevamente al nivel socioeconómico de los pacientes como algo que explicaría la necesidad de “educarlos” en ciertos temas, específicamente acerca del curso de las enfermedades y de la manera en que funcionan las instituciones.

Respecto a esto señalan:

“Hay que explicarle bien a la gente (...). Entonces a la larga con dibujos, como quieras, pero que le quede claro, el por qué usted no va a tomar ese medicamento” (PA).

“Lo principal es la educación al paciente, informarles desde de qué se trata su patología, hasta de qué otras formas puede utilizar la red, no solamente el asunto médico” (CA).

“Entre el año pasado y este, se hizo la carta de los derechos y deberes del paciente o sea de los usuarios y yo creo que eso hay que generalizarlo, porque yo creo que muchos no saben (...).Y así de a poco vamos a tener menos problemas, porque así como ellos tienen derechos, tienen deberes que cumplir” (P).

Otra de las medidas consideradas necesarias cuando ya se tiene identificado al paciente policonsultante, es el desarrollo de un perfil que caracterice a cada uno de estos sujetos. Los profesionales señalan que cuando se dan cuenta que un paciente asiste en reiteradas ocasiones por el mismo problema de salud, y no existe un diagnóstico claro respecto a su malestar, ellos acuden a la asistente social para que realice una visita domiciliaria a dicho paciente. Este es un paso que ellos consideran necesario como parte de la elaboración de este “perfil”, ya que permite identificar el contexto social y familiar del paciente. Teniendo mayor claridad acerca de su red de apoyo, plantean como fundamental contar con la posibilidad de buscar alguna persona que pueda ocupar un rol significativo para él, de manera de evitar que la Institución se constituya como su único apoyo.

“Hay que ir a armarle el perfil a cada policonsultante, hay que decir ya, este viene por tales causas, entonces una vez que está todo diagnosticado ahí se les puede decir, ya nosotros vamos a trabajar en esto, pero usted tiene que cumplir con lo de acá” (C).

“Cuando empiezas a ver que vienen dos o tres veces en la misma semana, el mismo paciente, por la misma sintomatología, empiezas a fijarte y empiezas a preguntar otras cosas, como ¿qué pasó?, y ¿por qué?, y empiezas a indagar un poquito más” (CA).

A pesar que se considera éste un paso fundamental para enfrentar la situación de los usuarios policonsultantes, los funcionarios explican que en la realidad la respuesta hacia

estos pacientes no resulta consecuente con lo planteado, ya que no se realizan prácticamente ninguna de las tareas propuestas. El motivo de esta incongruencia la atribuyen nuevamente a la exigencia de cumplir con las metas de atención impuestas por el Ministerio de Salud. En este sentido, se requiere de un mínimo de atenciones en los programas para poder acceder a bonificaciones y mayores recursos, por lo que no cuentan con el tiempo que requieren para detenerse a analizar lo que ocurre con los policonsultantes.

Respecto a esto señalan:

“El sistema exige que tu produzcas, pero no consideran, por ejemplo, todo este trabajo que te requiere más tiempo” (P).

“Es como que el sistema se contradice sólo y uno tiene que ir jugando con eso porque en un minuto propende al núcleo familiar, lo fomenta, desde recursos económicos hasta capacitaciones, etc., pero el mismo sistema te exige que hay que producir, te exigen números” (C).

Es así como señalan que en la realidad predomina la tendencia a derivarlos a otro profesional dentro de la misma Institución o a algún especialista de la atención secundaria. Esta medida se relaciona con la dificultad que enfrentan los profesionales, especialmente los médicos, al momento de realizar el diagnóstico. En tal sentido, los médicos tienden a desestimar lo que le ocurre al paciente, sin embargo, consideran que algo de esto ha ido cambiando a raíz de la inclusión de una mirada “psicosocial” para pensar la realidad de estos pacientes.

“El médico también va a caer en el mismo juego de lo orgánico, todavía tenemos esa visión biomédica, pero va cambiando, ahora ya no se le van a pasar 10 de 10 casos, sino que 5 de 10 y va a pegar una llamada al asistente social, y decir si se puede indagar más este problema con este paciente” (P).

Respecto a las derivaciones internas, los profesionales a los que frecuentemente se envían estos pacientes son a los psicólogos y a los asistentes sociales. Esto porque se considera que

ante la dificultad de comprender su padecer desde la lógica médica, es necesario indagar en las causas psicosociales que podrían existir. Los funcionarios que realizan estas derivaciones señalan que es muy frecuente que esto genere resistencias significativas en los pacientes, lo cual dificulta el seguimiento de dichos casos, ya que por lo general no asisten y luego de un tiempo vuelven a consultar por otra sintomatología física.

“¡Y otra vez que viene! uno ya sabe de memoria que la señora no es que tenga algo físico, sino que es una cosa netamente psicosocial y la envías al psicólogo y la tratas de insertar a la red y la señora no viene, porque no quiere, porque no quiere asumir que tiene un problema de trasfondo y ahí empiezas con toda la historia y tratar de convencer a la paciente o al paciente, que en realidad tiene otros problemas” (CA).

“Y por qué al asistente social si yo no tengo problemas, ¿Por qué no me manda al oncólogo, por ejemplo?” (C).

Los funcionarios se enfrentan a un conflicto personal al momento de tomar sus propias acciones frente a los policonsultantes. Esto porque resulta controversial para ellos decidir cuándo la queja de un paciente, aunque resulte reiterativa, debe ser considerada o no.

“Siempre tengo temor, a propósito de estas policonsultantes, tengo el temor de que efectivamente se nos pase algo, y que aquella embarazada, que viene, que dice que le duele, efectivamente tenga algo más y como las enfermedades son dinámicas, y eso lo he aprendido después de hartos tiempo, en un momento que viste a una persona tiene esto físicamente, pero a los 5 minutos puede tener esto otro, y especialmente las embarazadas, que se les puede morir la guagua”(M).

Se evidencia así que se encuentran en una disyuntiva, ya que a pesar de que constantemente los distintos profesionales minimizan la sintomatología física de los pacientes, está presente la posibilidad de que el cuerpo adquiera una “real” importancia. Esto considerando que al tratarse de la salud de las personas, existe la posibilidad que uno de sus pacientes muera. Es así como esto ocurre no tan sólo con la policonsulta a nivel de

los médicos, sino también de matronas, enfermeras, y psicólogos, ya que estos últimos manifestaron el temor de menospreciar la sintomatología de un paciente que podía incurrir en un intento suicida. Ante esto, gran parte de ellos reconoce que este temor los lleva a dar un espacio de atención a los pacientes policonsultantes, aunque se trate de una atención “informal”, es decir, en los pasillos, donde por lo menos deteniéndose unos minutos con ellos, quedan tranquilos al evidenciar que se encuentran en buenas condiciones, ya sea a nivel físico o mental.

En síntesis, luego de profundizar acerca del discurso de los funcionarios de salud, es posible evidenciar que existe una tendencia a considerar que tras el fenómeno de la policonsulta no existen variables orgánicas, es decir, a nivel del cuerpo, que justifiquen las constantes consultas de estos pacientes. Es así como ante esto, se sostiene que habría algo de lo denominado “psicosocial” que explicaría estas conductas. La denominación de lo psicosocial engloba una serie de variables, que no se tiene suficiente claridad acerca de qué se trata y de cuál es la manera más pertinente de abordarlo. Por esto, aparece como lo más evidente para los funcionarios, la inclusión de asistentes sociales y psicólogos como los personajes a cargo de abordar lo “psicosocial”. A pesar de lo anterior, los funcionarios también experimentan ciertas dudas acerca de qué hacer con la queja de estos pacientes, ya que aunque consideran que no son molestias que ameriten algún tratamiento médico, existe temor y la amenaza constante de que algún malestar menospreciado adquiere una importancia vital.

5.3 (Des) Encuentro entre el discurso de pacientes policonsultantes y el de funcionarios

A partir de las entrevistas realizadas, tanto a pacientes definidas como policonsultantes, como a los funcionarios de la Institución de salud, resulta interesante analizar cómo ambos discursos se entrecruzan, para así comprender el fenómeno de la policonsulta a partir de la inclusión de los actores involucrados directamente en la problemática. Dicho ejercicio permite entender la dinámica que se da en la Institución de salud, ya que los planteamientos que sostuvieron los entrevistados se traducen en el actuar de pacientes y de profesionales, y por consecuencia en la interacción que se da entre ellos en la cotidianidad.

Un primer punto a destacar es la significación que adquiere el cuerpo del paciente policonsultante, aspecto donde se evidencia un contraste entre el discurso de las pacientes y el de los funcionarios. Para las entrevistadas resulta de suma importancia el hecho de que el cuerpo ocupe un lugar privilegiado en la relación con los profesionales a los que consultan, ya que sienten una mayor preocupación cuando ellos, en especial el médico, se acerca a su malestar en tanto realidad corporal. Es por esto que adquiere tanta relevancia el hecho de ser “examinadas” por el funcionario, siendo esto más relevante incluso que el tiempo que dure la consulta, es decir, quedan conformes si las atienden en cinco minutos, pero si en ese tiempo las revisan a nivel corporal. Esto contrasta con la relegación a un segundo plano en que los funcionarios sitúan las molestias corporales de estos pacientes, en tanto sostienen que estas quejas serían más bien excusas para justificar las consultas que solicitan en el Centro de Salud. Lo anterior se traduce en que finalmente, luego de reiteradas atenciones, los profesionales se niegan a seguir viendo a estos pacientes porque no consideran pertinente la atención que solicitan.

Otro de los aspectos que resalta, se relaciona con la importancia que las pacientes le atribuyen a la posibilidad de establecer una relación de mayor cercanía con los profesionales de la Institución; punto que incluso se presenta como una condición esperada en cuanto a lo que define una atención de calidad. Esto no sólo no es valorado por los profesionales entrevistados, sino que incluso es considerado un aspecto que excede sus funciones. De esto se sigue, que si un paciente requiere ser escuchado en una dimensión más personal, es decir, donde se detecta que tiene algún problema a nivel familiar o social, se categoriza como algo propiamente “psicosocial”, por lo que su tratamiento corresponde a un profesional de esa área, la cual ha sido asociada principalmente a psicólogos y asistentes sociales.

Relacionado con lo anterior, es que las pacientes dan cuenta de lo gratificante que resulta para ellas sentirse acogidas en el CESFAM, sentir que es un lugar familiar, donde conocen a los funcionarios, y al cual pueden acudir en cualquier caso que ellas lo necesiten. Sin embargo, se aprecia cómo esto se enfrenta con el movimiento inverso que intentan llevar a cabo los profesionales, quienes consideran que parte de las medidas que se deben realizar con los policonsultantes es fortalecer las redes externas de los sujetos, ya sean familiares,

de amistad o laborales, de manera que la Institución no se constituya en el soporte principal de estos pacientes. Esto se traduce en una discordancia, ya que mientras los funcionarios buscan “alejarlos” del Centro de Salud, las pacientes consideran que algo de su malestar se alivia al sentir esa cercanía con la Institución y especialmente con aquellos profesionales que resultan significativos para ellas.

El desencuentro entre el discurso de los pacientes y los funcionarios, podría relacionarse con la dificultad que presentan estos últimos al momento de comprender lo que ocurre con este tipo de pacientes, ya que el negar que se trate de un problema de salud a nivel físico los lleva a darse explicaciones en la línea de lo “psicosocial”, incluyendo en aquel término una amplia gama de posibilidades. Es así como una de las funcionarias refiere:

“Estos policonsultantes son necesidades no cumplidas, de la más amplia gama de necesidades que una persona puede tener (...). En el fondo anda buscando algo, es una necesidad no cubierta, de cualquier tipo y que él cree que aquí la va a tener” (M).

Esto por un lado permite que profesionales como médicos, matronas, enfermeras y nutricionistas, sientan que el hacerse cargo de estos pacientes no es algo que los compete a ellos sino a las “duplas psicosociales”, sin incluir una pregunta acerca de la complejidad que subyace la conducta de estos sujetos.

Las diferencias entre el discurso de las pacientes y los funcionarios se grafica en la siguiente tabla comparativa, donde se precisan los puntos divergentes entre ambos actores involucrados en la problemática.

	PACIENTES	FUNCIONARIOS
MOLESTIAS CORPORALES	Ocupan un lugar fundamental en sus discursos, y es aquello que los moviliza a pedir ayuda.	Son consideradas excusas para manipular tanto a los funcionarios como a sus familiares.
DIAGNÓSTICO	Buscan incansablemente que alguien les entregue un diagnóstico de sus molestias corporales, para lo cual exigen que se les realice un examen físico.	A nivel físico no tendrían nada. Se trata de problemas psicosociales derivados de la pobreza o problemas de personalidad de los consultantes.
TRATAMIENTO	Solicitan tratamientos a nivel físico, ya sea exámenes o medicamentos.	Correspondería un tratamiento a cargo de duplas psicosociales, es decir, psicólogos y asistentes sociales.
LUGAR DE LA INSTITUCIÓN	Espacio de gran familiaridad, donde se sienten acogidas y apoyadas.	La utilizan para obtener beneficios, como remedios gratuitos, usar sus instalaciones y/o para poder conversar con alguien.
RELACIÓN CON LOS FUNCIONARIOS	Le otorgan suma importancia y valor al hecho de desarrollar una relación cercana con los distintos funcionarios.	Idealmente interesa que sea una relación donde se requieran sus competencias profesionales por sobre los aspectos que exceden su especialidad.

6. DISCUSIÓN DE RESULTADOS A LA LUZ DEL PSICOANÁLISIS

Luego de analizar los discursos de los pacientes y de los funcionarios del Centro de Salud, es posible señalar que existen pocos puntos convergentes entre la manera en que el sujeto definido como policonsultante se relaciona con sus molestias corporales y con la Institución, y la forma en que el funcionario entiende a este tipo de pacientes. Esto resulta central al momento de comprender el fenómeno de la policonsulta, en tanto da cuenta de un desencuentro en la problemática en cuestión. En este sentido, el policonsultante releva algo de su cuerpo que no es validado por la Institución, y busca algo en ese lugar y específicamente en los profesionales, que no es valorado e incluso ni siquiera reconocido por los funcionarios, a quienes más bien los incomoda la posición de familiaridad en que los sitúa el sujeto policonsultante.

Con el fin de dar cuenta del objetivo propuesto en esta investigación, los resultados serán discutidos a partir de dos apartados; ordenamiento que responde netamente a un intento por comprender de mejor manera el fenómeno de la policonsulta, ya que en realidad se trata de aspectos que se relacionan de manera dinámica y compleja. Así mismo, las distinciones se realizaron en concordancia con la teoría psicoanalítica, la cual representa el contexto en el que serán discutidos los resultados obtenidos.

6.1 Cuerpo silenciado

Uno de los primeros aspectos en los que resulta relevante detenerse, es en la concepción de cuerpo que subyace los discursos de los entrevistados. Principalmente se evidencia que las pacientes relevan la dimensión orgánica de su cuerpo, acentuando la predominancia que adquiere ésta cuando sienten malestares, ya que es la principal razón que las lleva a consultar en la Institución. Los funcionarios por su parte, también relevan el cuerpo como un organismo biológico, sin embargo, la comprensión de este cuerpo difiere en tanto las pacientes le otorgan cierta cabida a lo subjetivo, principalmente al momento de explicarse las razones de su malestar. Aceptan que algo particular de su vida afecta a esta realidad “objetiva” que es el cuerpo, a lo cual se refieren como problemas personales, vivencias, preocupaciones, sentimientos; denominaciones que sintetizan en lo que llaman “mente”.

Esta posibilidad está ausente en los funcionarios, quienes desde la influencia de la mirada médica relevan al cuerpo en tanto realidad objetiva, susceptible de ser aprehendida y comprendida desde técnicas “científicas”, por lo que buscan captar la realidad del organismo excluyendo cualquier influencia subjetiva.

En este sentido, lo cuantitativo, representado por distintas técnicas de diagnóstico, es ubicado en una posición privilegiada al momento de estudiar a un paciente, siendo el medio más validado no sólo por el profesional, sino también por el consultante, quien exige ser analizado bajo dichas técnicas.

Es así como:

“Lo cuantitativo-es decir, la administración de las prueba mediante la medida-es lo que se utiliza en nuestra sociedad como criterio referencial de lo verdadero y lo falso, de lo objetivo y lo subjetivo, y esa prioridad de la cuantificación se expresa especialmente en los dominios de la epidemiología y el diagnóstico” (Laplantine, 1999, p.277).

Los policonsultantes son estudiados a través de dichas técnicas- exámenes de laboratorios, radiografías, scanner, etc.- por medio de las cuales los funcionarios intentan encontrar la respuesta acerca del padecer de los sujetos. Ante la imposibilidad de lograr esto último, se invalida la queja de estos pacientes considerándolas “injustificadas”, ya que no obtuvieron la evidencia necesaria para catalogarlos como “enfermos”.

De esta manera:

“A veces, la placa que hace visible el cuerpo le muestra al médico que su enfermo “no tiene nada”, contrariamente a lo que sostiene este último que se queja de varias molestias. La oposición entre la enfermedad del médico y la del enfermo es, entonces, clara. La prueba objetiva del mal no fue proporcionada (...), de modo que el sufrimiento es imputado a la fantasía enfermiza del paciente. Es un enfermo imaginario” (Le Breton, 2002, pp.208-209).

Esto recuerda el origen del psicoanálisis, en tanto el paciente policonsultante, tal como la histérica de Charcot, no logra ser entendido desde los parámetros de la medicina, presentándose como un problema para la ciencia, en tanto pone en jaque sus conocimientos y posibilidades de acción. Por esto, parece necesario comprender el fenómeno de la policonsulta realizando el mismo reconocimiento que hizo el psicoanálisis impulsado por el cuerpo histérico, a saber, admitir la dimensión simbólica del cuerpo.

“En reemplazo de la anatomía de los médicos, la histérica inventa un saber sobre el cuerpo, organiza simbólicamente el soporte anatómico de su lesión; de ese saber se impregna e impregna a su cuerpo vivo” (Nasio, 2006, p. 14).

La noción de cuerpo desarrollada por el psicoanálisis permite pensar la queja del paciente policonsultante admitiendo una relación con procesos inconscientes, por lo que el malestar físico que manifiesta el paciente adquiere otro estatuto. Esto se diferencia radicalmente del discurso de la medicina, y en este caso en particular del discurso que predomina en los funcionarios de la Institución de salud, entre quienes se desestima la queja del paciente policonsultante. En este sentido el psicoanálisis se presenta como una vía que ofrece una nueva forma de pensar a estos sujetos, ya que considera que *“el síntoma es rico en sentido y se entrama con el vivenciar del enfermo”* (Freud, 1917, p. 235). De esta manera se valida al síntoma como un rasgo individual que responde a una etiología particular.

Al detenerse en el discurso de los funcionarios, se evidencian ciertos intentos por relacionar la queja somática de estos pacientes con su historia particular, sin embargo, esta vinculación resulta bastante precaria. Esto último principalmente porque se utiliza la noción de lo “psicosocial” para llenar ese espacio donde se admite “algo de subjetividad”, pero más que complejizar y abrir la pregunta por los procesos psíquicos que subyacen el actuar de estos sujetos, es un término que cierra este cuestionamiento, apareciendo como un significante cerrado que se explica por sí mismo. De esta manera, los profesionales se limitan a referir en reiteradas ocasiones que estos pacientes tienen “problemas psicosociales”, apareciendo más que nada como un nuevo esfuerzo por objetivar la comprensión de estos sujetos.

El psicoanálisis por el contrario ofrece una comprensión distinta del cuerpo, ya que, por ejemplo, a partir de la inclusión de la noción de goce resulta clave considerar que las molestias que padecen los policonsultantes podrían conllevar algo de satisfacción para el sujeto. Esto último resulta clave, en tanto pensar al cuerpo desde una dimensión simbólica sitúa al paciente en una posición distinta, ya que no sería “víctima” de su padecer, sino que inconscientemente estaría gozando de éste. Considerar estos planteamientos para pensar las distintas quejas presentadas por los pacientes policonsultantes, conlleva consecuencias no tan sólo al momento de comprender la molestia corporal-tan protagónica para estos pacientes- sino también al momento de pensar en el tratamiento. En este sentido si se admite que el paciente goza con su síntoma, la demanda que realiza a la Institución adquiere otro matiz, ya que *“bajo la apariencia de la demanda de curación se esconde a menudo un aferrarse a la enfermedad que derrota sin atenuantes a los instrumentos que la técnica pone en manos del médico”* (Braunstein, 2006, p.20). Esto se vincula con la relación entre la demanda y el deseo inconsciente, ya que el intento por satisfacer la demanda es infructuoso desde la lógica psicoanalítica, en tanto lo que se busca es situar la manifestación corporal como una vía de comunicación que requiere ser desplegada para comprenderla.

De esta manera, la inclusión de una reflexión en torno a la dimensión simbólica del cuerpo de estos pacientes permite comprender la manifestación corporal desde una lógica distinta. Es así como la distinción que realiza Dolto entre “esquema corporal” e “imagen el cuerpo” aporta a clarificar el estatuto de la queja somática, que no es validada por los funcionarios de salud. De acuerdo a sus planteamientos, los profesionales se relacionan principal y casi exclusivamente con el cuerpo en tanto esquema corporal, por lo que no consideran pertinente la solicitud de atención de estos pacientes ya que su organismo no presentaría alteraciones. Sin embargo, algo a nivel de la imagen del cuerpo podría explicar la relevancia que adquiere el organismo en el discurso de las pacientes. En tal sentido, el lugar protagónico que adquieren sus afecciones podría dar cuenta de una dificultad al momento de representarse su cuerpo, razón por la cual adquiere relevancia el otro como alguien que viene a realizar la función de unificación en tanto imagen, y de simbolización. Las pacientes de algún modo refieren esto al relevar la necesidad que su cuerpo sea tocado por el otro, no sólo físicamente, sino también por el lenguaje. Esto resulta clave, ya que las dificultades de simbolización repercuten en una incapacidad de expresarse respecto de su imagen del

cuerpo, siendo sujetos que están “a la espera de simbolización” (Dolto, 2007, p.36). En este sentido, requieren que se les represente con palabras aquello que se presenta como un malestar físico incapaz de ser integrado en su subjetividad, necesitando de otro que le otorgue las palabras necesarias para llevar a cabo la simbolización propia de una imagen corporal integrada. Al vincular esto con el discurso de las pacientes resalta de inmediato la relevancia que adquiere para ellas el hecho de que les expliquen en qué consisten sus malestares físicos, y como ellas mismas refieren, que le “pongan nombre” a lo que tienen. De esta manera, es posible comprender la importancia que adquiere el diagnóstico en tanto palabra que viene a llenar un vacío simbólico del cuerpo.

Si se considera el tipo de relación que establecieron las pacientes entrevistadas con sus figuras significativas durante la infancia, se evidencia que en sus discursos aparece principalmente la figura materna vinculada a lo traumático, a partir de lo cual se puede desprender las consecuencias que esto pudo conllevar en su constitución. Esto último cobra sentido si se tiene en cuenta la relevancia que adquiere contar con una figura que mediatice la relación del niño con su propio cuerpo, en tanto le permite ir integrando en su corporalidad sensaciones que desconoce. En tal sentido, el desarrollo de la imagen del cuerpo requiere de una relación afectiva, a diferencia del esquema corporal que puede prescindir totalmente de esto, ya que es independiente del ambiente del sujeto. (Dolto, 2007).

En palabras de Dolto:

“Si no ha habido palabras, la imagen del cuerpo no estructura el simbolismo del sujeto, sino que hace de éste un débil ideativo relacional. En este caso hay no obstante “algo de” imagen del cuerpo, pero tan arcaica, imagen sensorial fugaz, imprecisa y carente de palabras que la representen” (2007, p.36).

Pensar la manera en que las pacientes policonsultantes se relacionan con su cuerpo desde esta lógica, permite sostener que algo en la estructuración de la imagen del cuerpo se vio dificultado a raíz del quiebre con la figura materna. Como señala Dolto, lo anterior se evidencia principalmente en sujetos que no presentan alteraciones a nivel orgánico (como

neuromusculares o neurovegetativas), que experimentaron dificultades para estructurar su primera imagen del cuerpo o incluso que no haya podido sostener su narcicismo fundamental. En estos sujetos bastaría con que el lazo con la madre haya sufrido una ruptura ya sea *“en el curso de la vida fetal simbiótica, sea en el de su vida de lactante, período en que el equilibrio de la díada madre-hijo es esencial para su devenir humano”* (Dolto, 2007, p.167).

Esto da cuenta de lo importante que es considerar la dimensión subjetiva de la corporalidad, ya que al ser excluida se disminuye la posibilidad de comprender la queja de los denominados policonsultantes. En este sentido, se aprecia cómo los funcionarios privilegian al cuerpo como el indicador por excelencia de salud de los sujetos, por lo que ésta estaría asegurada mientras los órganos permanezcan silenciados, sin considerar que *“el silencio no es sino la ignorancia, la indiferencia del cuerpo y de sus partes ante el bullicio de la vida”* (Braunstein, 2006, p.21).

El cuerpo del paciente policonsultante resulta conflictivo para quien lo trata porque es un cuerpo que habla, pero no en el idioma de la medicina, sino que es un cuerpo que padece bajo su propia lógica. Esto da cuenta de la dimensión subjetiva del cuerpo en tanto es un sujeto que goza, goce que se presenta como *“lo más evidente al mismo tiempo que lo más oculto en la relación que entablan el saber, la ciencia y la técnica con esa carne sufriente y hecha cuerpo que se pone en manos del médico para su manipulación”* (Braunstein, 2006, p.20).

6.2 El lugar del otro: La transferencia

En los discursos de los entrevistados otra de las temáticas relevantes que aparece es la relación que el paciente policonsultante establece con la Institución, específicamente con sus funcionarios. Respecto a esto, las pacientes se refieren al Centro de Salud como un lugar en el que se sienten acogidas y apoyadas cuando lo necesitan, de manera que se han ido relacionando con los distintos funcionarios, por lo que conocen a gran parte del personal que trabaja en la Institución. Esto ha significado que cada una ha establecido lazos de cercanía y confianza con alguno de ellos; valorando especialmente a quienes han respondido a su solicitud de atención de una manera que para ellas ha sido satisfactoria.

Frente a esto último, destacan a quienes conversan con ellas acerca de sus malestares, preguntándoles de sus síntomas, pero por sobre todo, les interesa que las examinen físicamente, deteniéndose en aquellas zonas de su cuerpo que les aqueja.

La tendencia de las pacientes de vincularse con los funcionarios de la Institución permite identificar la transferencia como un elemento que aporta a la comprensión del fenómeno de la policonsulta. De tal manera, resulta pertinente detenerse en este concepto, para definir la manera en que es entendido desde el enfoque psicoanalítico. Es así como recurrir a la transferencia implica admitir que el tipo de relación que los sujetos establecen responde a aspectos inconscientes, específicamente vinculados con los lazos desarrollados con las figuras significativas de la infancia.

En este sentido Freud señala:

“Se denomina transferencia a la llamativa peculiaridad de los neuróticos de desarrollar hacia su médico vínculos afectivos de naturaleza tanto tierna como hostil, vínculos que no se fundan en la situación real, sino que provienen del vínculo con los progenitores (complejo de Edipo) de los pacientes” (Freud, 1926, p.256).

Estos planteamientos ofrecen una manera distinta de pensar acerca de la conducta de los policonsultantes, ya que esto implicaría reconocer la inclusión de aspectos inconscientes en la demanda que ellos realizan y específicamente en la forma que se relacionan con la Institución. Así mismo, esto releva la particularidad de cada sujeto, ya que es la historia de cada uno la que se pondría en juego en la dinámica relacional con el CESFAM, de la misma manera que se manifiesta en el resto de sus relaciones interpersonales, en tanto la transferencia es un *“fenómeno humano universal (...) y gobierna en general los vínculos de una persona con su ambiente humano”* (Freud, 1925, p. 40).

Considerar los aspectos transferenciales resulta central para comprender la conducta de estos pacientes, principalmente considerando el carácter de repetición que le atribuye Freud, en tanto la transferencia es una repetición que se desenvuelve no sólo en el espacio analítico sino en todas las relaciones de la vida cotidiana de los sujetos.

Es así como refiere:

“Pronto advertimos que la transferencia misma es sólo una pieza de repetición, y la repetición es la transferencia del pasado olvidado; pero no sólo sobre el médico: también sobre todos los otros ámbitos de la situación presente. Por eso tenemos que estar preparados para que el analizado se entregue a la compulsión de repetir, que le sustituye ahora al impulso de recordar, no sólo en la relación personal con el médico, sino en todas las otras actividades y vínculos simultáneos de su vida” (Freud, 1914, pp.152-153).

A partir de las palabras de Freud, resulta central considerar la transferencia al momento de iniciar un tratamiento, ya que el despliegue de ésta *“logra impedir al enfermo todas las acciones de repetición más significativas y utilizar el designio de ellas como un material para el trabajo terapéutico”* (Freud, 1914, p.155). De acuerdo a esto, es posible evidenciar algo de esta repetición en la manera característica en que los pacientes se relacionan con la Institución y en cómo dan cuenta de su malestar. En este sentido, resulta viable sugerir que la demanda que presentan los policonsultantes tiene vinculación con aspectos inconscientes y su actuar da cuenta de ello en tanto repetición.

Al dar cabida a la subjetividad de los pacientes, se podría comprender la relación que ellos establecen con el Centro de Salud incluyendo una reflexión acerca de la historia emocional de estos sujetos. De esta manera al detenerse, por ejemplo, en la relación que las entrevistadas establecieron con sus figuras maternas, a la cual se refieren desde significantes como la violencia y el abandono, es posible hipotetizar que la relación fallida con esta figura enmarca de algún modo el interés por establecer relaciones cercanas con los funcionarios. Esto se podría interpretar como una búsqueda de una figura que pueda entregar aquel soporte que no fue otorgado satisfactoriamente por la madre. Siguiendo esta hipótesis es que cobra relevancia la manera en que las pacientes se refieren a ciertos funcionarios como personas muy cercanas a ellas, tal como menciona una de las entrevistadas:

“La doctora P. donde la ve uno le pregunta a uno como está, o sino qué anda haciendo, a mí me ve y me dice “¿qué andas haciendo?”. Yo siento seguridad con ella” (B).

La importancia de esto radica en que la queja que presentan estas pacientes, que por lo general se trata de molestias físicas, podría vincularse con la búsqueda de otro que realice la función de unificación de su cuerpo, en tanto imagen corporal, y al mismo tiempo realice la función de simbolización que se vio afectada por la falla de la figura materna.

Reconocer esta dimensión de la relación del paciente con los funcionarios, tal vez permitiría que algo del padecer que presentan se alivie en tanto *“el principal recurso para domeñar la compulsión a la repetición del paciente, y transformarla en un motivo para el recordar reside en el manejo de la transferencia”* (Freud, 1914, p.156).

En esta línea Freud agrega:

“Volvemos esa compulsión inocua y, más aún, aprovechable si le concedemos su derecho a ser tolerada en cierto ámbito: le abrimos la transferencia como la palestra donde tiene permitido desplegarse con una libertad casi total, y donde se le ordena que escenifique para nosotros todo pulsionar patógeno que permanezca escondido en la vida anímica del analizado” (1914, p.156).

Cabe señalar que los aspectos transferenciales quedan totalmente excluidos del discurso de los funcionarios, ya que no suponen que algo de la dinámica intrapsíquica del paciente se ponga en juego en su manera de relacionarse con la Institución. Incluso se sienten incómodos frente a la familiaridad que buscan establecer con los profesionales, principalmente porque lo interpretan como una búsqueda por obtener algún tipo de beneficio de la Institución.

De esta manera, comprender la solicitud que ellos realizan desde la manipulación o desde las necesidades psicosociales, excluye un cuestionamiento acerca de la posición simbólica que podría estar ocupando el CESFAM en los pacientes policonsultantes. Aparece de este modo la tendencia a considerar la demanda desde lo más concreto, quedándose en la

insistencia con que estos pacientes solicitan horas médicas, fármacos o que se les realicen algún tipo de exámenes. Esto lleva a los funcionarios a responder en ese mismo nivel, en tanto muchos de ellos les otorgan lo que solicitan, pero con esto no logran terminar con la consulta reiterada de estos pacientes, ya que al no incluir una reflexión de los aspectos inconscientes involucrados, se limita la posibilidad de comprender la demanda. De esta manera, si se analizan estas demandas desde un nivel simbólico éstas adquieren otra significación, ya que, por ejemplo, la constante solicitud por obtener medicamentos, podría estar dando cuenta de una intención por subsidiar la ausencia de relación que se da con los funcionarios. En este sentido se podría hipotetizar que *“el medicamento toma el lugar de la escucha o del contacto que no tiene el tiempo suficiente como para satisfacer al paciente, para reconocerlo en su sufrimiento. La dimensión simbólica se restaura, de contrabando, por medio de este recurso”* (Le Breton, 2002, p. 188).

Es así como cobra relevancia reconocer el carácter inconsciente tras la demanda, ya que tal como plantea Lacan, resulta central relevar *“la estructura de la falla que existe entre la demanda y el deseo”* (Lacan, 1999, p. 91). En esto radica la importancia de analizar la demanda, ya que por medio de ésta algo del deseo inconsciente del paciente se vehiculiza, por lo que una respuesta que se ajusta a lo que se demanda concretamente, como sería la realización de exámenes o la entrega de medicamentos, simplemente aportaría al desconocimiento de aquello que desea el sujeto de manera inconsciente, y ante todo implicaría desconocer que *“la esencia del deseo es ser insatisfecho, es decir, que el deseo no tiene ningún objeto que corresponda a su aspiración”* (Soler, 1999, p. 5).

Si se analiza la demanda de estos pacientes desde la transferencia que establecen con los profesionales, es posible plantear que la transferencia desde su dimensión imaginaria-aquella que da cuenta de las relaciones de amor y odio que se originan en el análisis- se traduce en la demanda de amor que realizan los policonsultantes. Así mismo se evidencia en sus discursos la dimensión simbólica de la transferencia, en tanto hacen referencia a un saber que se pone en juego en la relación con los funcionarios (Nasio, 2006).

“Mientras que la transferencia analizada como aquello que tiene íntima relación con la naturaleza del amor corresponde más bien a su aspecto imaginario, la tesis del sujeto supuesto saber (...) concierne al aspecto

simbólico, estructural, de la misma donde el amor sería más bien su efecto” (Escobar, 1999, p. 247).

En cuanto a la transferencia desde su dimensión imaginaria, es decir, desde la dinámica del amor, es posible plantear que en el caso de estos pacientes se particulariza como una demanda de reconocimiento. En este sentido para las pacientes resulta fundamental que los funcionarios conozcan, desde sus nombres, hasta aquellos episodios de su historia que resultan trascendentales para ellas. Esto se condice con la relación transferencial que desarrollan con algunos de los profesionales a quienes caracterizan como sus “preferidos”, frente a los cual hacen todo lo posible por ser atendidos exclusivamente por ellos, sintiéndose defraudadas cuando esto no sucede.

Como los funcionarios no advierten el lazo transferencial existente con estos pacientes, se sienten molestos ante sus insistencias. La posición de familiaridad en la que los sitúan les incomoda, ya que por un lado consideran que los manipulan para obtener algún tipo de ganancia, o sienten básicamente que los hacen “perder su tiempo” porque vienen “simplemente” a conversar de sus problemas. Esto conlleva que finalmente rechacen seguir atendiendo a estos pacientes que catalogan como “policonsultantes”, ya que los profesionales privilegian una posición de anonimato, por lo que mientras menos profundicen en los aspectos subjetivos de sus pacientes, más cómodos se sienten.

A partir de esto, es posible sugerir que los funcionarios tienen dificultades por sostener la posición en la que los sitúa el paciente, es decir, de soportar la transferencia. Por esto, ellos desearían ser intercambiables, es decir, que los consultantes pudieran ser atendidos por cualquier profesional que en ese momento estuviera disponible, ya que no comparten la relevancia que le atribuyen las pacientes al hecho de ser atendidas por el mismo funcionario. Esto podría estar relacionado con el desconocimiento del fenómeno de la transferencia, ya que en vez de considerarlo como un proceso propio de las relaciones interpersonales, lo interpretan como algo personal que los lleva a sentirse amenazados por estos pacientes, por lo que tienden a alejarlos.

Respecto a la dimensión simbólica de la transferencia, es posible señalar que el sujeto supuesto saber moviliza al sujeto a realizar una demanda, en tanto supone que alguien sabe

lo que le pasa. De esta forma, es posible referir que el problema del saber inconsciente se reduce finalmente a un deseo de saber que moviliza al sujeto a efectuar una demanda (Escobar, 1999).

De este modo:

“El sujeto-supuesto-saber es en consecuencia una manera de nombrar la ficción principal de la cura y de condensar en tres palabras el desconocimiento en que descansa el amor de transferencia. Utilizamos este concepto-fórmula para denominar todo lo que en la transferencia deriva de la demanda primordial del neurótico, “yo quiero saber”, con sus condiciones implícitas: una pregunta, ¿“quién soy?”, y una premisa, “alguien sabe”” (Nasio, 2006, p.46).

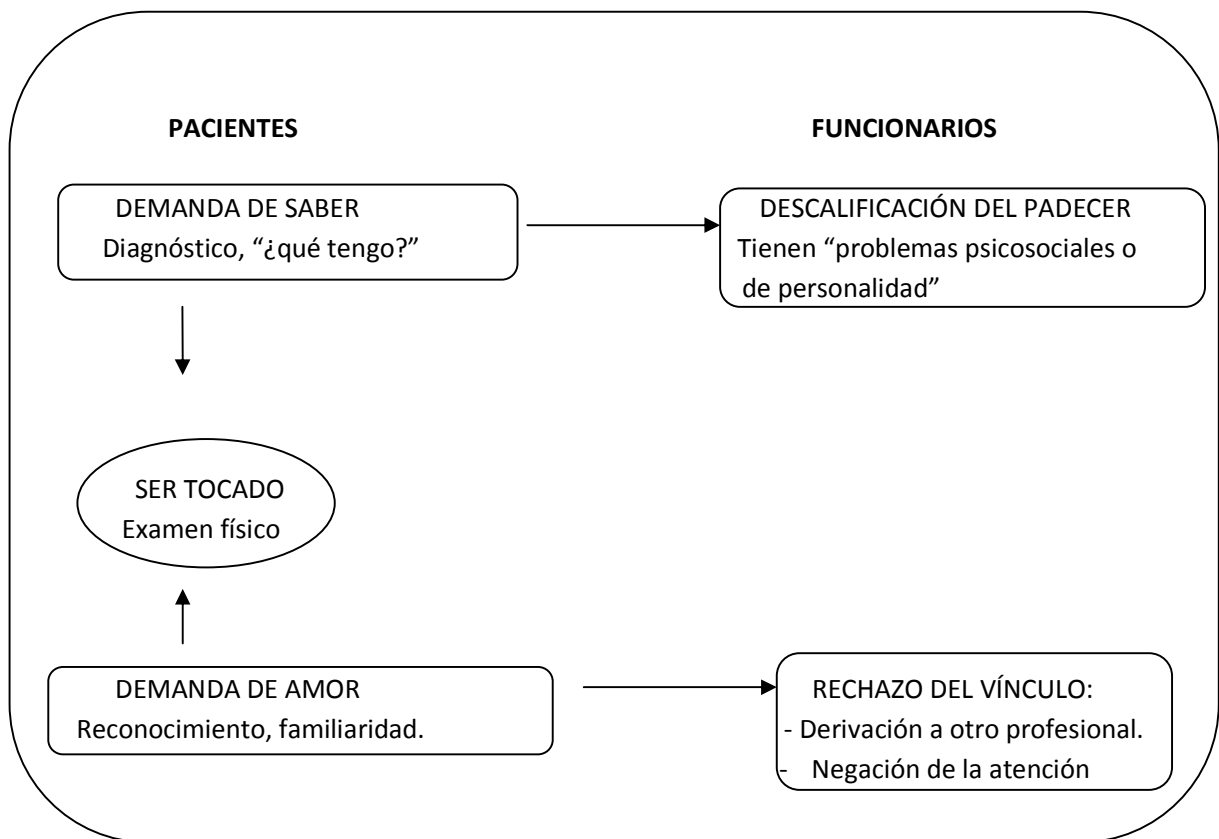
Sin embargo, cabe señalar que este aspecto de la relación transferencial adquiere características particulares en el caso de los medicina, ya que los avances tecnológicos han hecho que los médicos tengan un saber acerca del paciente que ya no es supuesto, ya que *“como resultado de la ciencia, el médico realmente sabe, tiene un conocimiento cada vez más efectivo a su disposición y ya no es sólo suposición de saber”* (Nepomiachi, 2001, p. 4). En tal sentido, los pacientes al demandar un saber acerca de sí mismos, esperan que la respuesta acerca de su padecer se materialice en la entrega de un diagnóstico. Esta demanda representa una solicitud a la cual el médico se siente forzado a responder, no sólo por la insistencia del paciente, sino por la importancia que el diagnóstico adquiere para la medicina. En este sentido, *“en la medida en que más que nunca la ciencia tiene la palabra, más que nunca se sostiene ese mito del sujeto supuesto al saber, y esto es lo que permite la existencia del fenómeno de la transferencia en tanto que remite a lo más arraigado del deseo de saber”* (Lacan, 1999, p.98).

Los profesionales a pesar de intentarlo, no logran responder a esta solicitud diagnóstica de los pacientes policonsultantes, ya que las molestias que presentan no cumplen con los criterios necesarios para satisfacer un diagnóstico del campo de la medicina. En razón de esto, lo que se evidencia es que reciben a cambio una descalificación de su sufrimiento,

menospreciándose la queja de los policonsultantes, ya que no se admite como posible un padecer fuera del contexto médico-científico.

“Si afirmaciones como “usted no tiene nada” o “esto es funcional” o “esto es psicológico” puede durante un tiempo dar seguridad al médico (y desembarazarlo de los enfermos molestos), apenas dan tanta seguridad al enfermo. Pues en efecto se trata de “cualquier cosa” o, peor aún, de “nada”. Pero, ¿no es acaso esa “nada” la que me hace sufrir, y la que nuestra cultura no nos ha enseñado a comprender, ni como médico ni como enfermo?” (Laplantine, 1999, p.284).

A continuación se presenta un esquema que representa las particularidades que adquiere la transferencia en estos pacientes, el cual también da cuenta de la relación que se produce con los funcionarios del Centro de Salud, al considerar los aspectos implicados en la demanda y la respuesta que ofrece la Institución.



Como se evidencia en el esquema, se produce un desencuentro entre aquello que demandan los pacientes y el tipo de respuesta que ofrecen los funcionarios. Esto es posible vincularlo con el desconocimiento de la transferencia, ya que por un lado rechazan la tendencia de relacionarse de manera familiar de estos pacientes porque se sienten incómodos con esta cercanía. En un afán de resguardarse de este contacto los derivan a otro profesional o directamente identifican al paciente para negarse a entregarle futuras atenciones. Asimismo, el policonsultante al poner en jaque el saber del médico genera un rechazo de parte de los funcionarios, ya que amenaza la posición de saber que ocupan.

Tal como se evidencia en el esquema, es posible sugerir que entre la demanda de amor y de saber que realizan las pacientes, se encuentra un tercer aspecto que permite comprender el énfasis que los policonsultantes le otorgan al cuerpo-órgano. Se incluye así un elemento importante de la transferencia: el requerimiento que realizan las pacientes respecto a ser tocadas en el momento que consultan por algún tipo de molestia corporal. Esto cobra

especial relevancia en sus discursos, constituyéndose para ellas como un paso obligado en una consulta, ya que en caso de que esto no ocurra consideran que no fueron atendidas con la dedicación necesaria por parte del funcionario.

Respecto a esto se podría sugerir, a modo de hipótesis, que por medio de “ser tocadas” se entrelaza la demanda de saber y de amor. En dicho sentido, en este acto se concreta el acercamiento que esperan estos pacientes de los funcionarios, y al mismo tiempo la demanda de saber, en tanto es un ejercicio que es interpretado como un acercamiento a aquello que está “fallando” en el cuerpo de las pacientes. De esta manera el examen físico condensaría ambos aspectos de la transferencia, ya que materializaría la demanda de reconocimiento y a la vez por medio de éste se genera un saber respecto a su padecer.

Esto permite comprender la insistencia de los pacientes por dar cuenta de sus malestares físicos, ya que algo del reconocimiento subjetivo se vincularía en primer orden con este reconocimiento del cuerpo, o para ser más precisos, con el reconocimiento del dolor de su cuerpo. Esto último resulta relevante si se considera que el único lugar que se les ofrece a estos pacientes en la Institución es ser tratados por psicólogos o asistentes sociales, a lo cual ellos se resisten e insisten en ser reconocidos en su dimensión física.

Se advierte de esta manera que incluir aspectos inconscientes al analizar la demanda de los pacientes policonsultantes permite otorgar una segunda lectura a los requerimientos que ellos realizan en la Institución. Es en este sentido, resulta interesante analizar la demanda que realizan, ya que más que una intención de beneficiarse del sistema, se trataría de una manera de articular una queja subjetiva, que busca un espacio para ser tratada. De este modo- y a pesar de los funcionarios- se establece una relación transferencial con la Institución y con los profesionales que resulta clave para las pacientes.

7. REFLEXIONES FINALES

Tras haber indagado en la problemática que inspiró la presente investigación, a saber, la falta de respuesta que encuentran los policonsultantes frente a la demanda que realizan a la Institución de salud, es posible identificar algunos elementos preliminares que aportan a la comprensión del fenómeno de la policonsulta en el Centro de Salud Familiar Cardenal Silva Henríquez. En tal sentido, luego de haber analizado desde un enfoque psicoanalítico- específicamente desde Freud, Lacan y Dolto- el discurso de los pacientes y de los funcionarios, fue posible evidenciar un desencuentro entre la demanda que realizan estos sujetos y la respuesta que reciben de parte de los funcionarios. La incapacidad del Sistema de Salud para responder a la demanda de los policonsultantes se relaciona con la exclusión de las variables subjetivas del paciente, específicamente del inconsciente, al momento de comprender su demanda y la afección corporal que presentan.

En tal sentido, la inclusión del psicoanálisis resitúa al sujeto como protagonista de su padecer; a partir de lo cual, las manifestaciones corporales que no cobran sentido bajo un enfoque biomédico encuentran una posibilidad de comprensión a partir de la concepción de cuerpo desarrollada por el psicoanálisis. Los planteamientos inaugurados por Freud, donde se releva al cuerpo como una vía de expresión de lo mental, permiten comprender que las manifestaciones somáticas de los policonsultantes adquieren sentido netamente si son analizadas desde la consideración del inconsciente (Freud, 1917).

Al analizar la relevancia que adquieren las molestias corporales para los policonsultantes a la luz del psicoanálisis, es posible comprenderlas como una dificultad en la representación de su cuerpo, más que como una alteración a nivel del funcionamiento biológico. Es así como, es posible sugerir que la queja de estos pacientes- que consiste básicamente en malestares musculares, dolores de cabeza y estomacales- responden a una alteración a nivel de la imagen del cuerpo, entendiendo esta nominación desde los planteamiento de Dolto, es decir, como la dimensión simbólica del cuerpo. A partir de esto, el cuerpo del policonsultante adquiere sentido más allá de su materialidad, ya que la imagen del cuerpo no viene dada de antemano, sino que se desarrolla-a diferencia del organismo con el cual uno nace-.

Reconocer esta dimensión del cuerpo resulta central para comprender la queja de los policonsultantes, ya que en la constitución de la imagen del cuerpo adquiere una importancia fundamental la relación del sujeto con un otro significativo, quien realiza la función de unificación de la imagen corporal y la constitución del cuerpo en su dimensión simbólica. Como esta función suele ser atribuida a la figura materna- personificada en la madre o en quien cumpla sus funciones- adquiere relevancia la significación traumática que las pacientes le atribuyen a esta figura, ya que a partir de esto se podría pensar que la relación fallida con la madre tuvo como consecuencia una falla en la simbolización del cuerpo (Dolto, 2007). Estos planteamientos permiten interpretar la demanda de estos pacientes como una búsqueda de un otro que realice esta función, es decir, como un llamado a que se acerquen a su cuerpo, que lo toquen en su realidad material y, que al mismo tiempo, nombren su padecer. Esto permite entender la relevancia que adquiere el diagnóstico para estas pacientes, ya que se presenta como un significante que viene a nombrar y por tanto a simbolizar aquellas partes de su cuerpo que significan como “alteradas”.

En relación con lo anterior, en el discurso de las pacientes fue posible identificar la importancia que adquiere para ellas el desarrollo de relaciones cercanas con los profesionales, donde sean reconocidas en su singularidad, en un espacio cercano y acogedor, siendo esto lo que desde el psicoanálisis justificó la pertinencia de incluir la noción de transferencia en la comprensión de la policonsulta. En tal sentido, pensar esta problemática a partir de la relación transferencial permite comprender que en la demanda de estos pacientes se entrelaza la demanda de amor y de saber propias de la transferencia. Desde esta lógica es posible interpretar la relevancia que adquiere el examen clínico para las pacientes como un acercamiento que permite un contacto familiar y cercano con los funcionarios y que al mismo tiempo, gesta un saber respecto a su padecer.

El hecho que los funcionarios desconozcan la transferencia como un aspecto implicado en la relación médico- paciente, interfiere en que interpreten el tipo de vínculo que establecen los policonsultantes como una manipulación o un intento por beneficiarse de algún modo de la Institución. Esto representa un aspecto clave para comprender el desencuentro que se produce entre los pacientes policonsultantes y los funcionarios, ya que estos últimos no

logran reconocer que en la demanda de saber hay también una demanda de amor. Esta última se contrapone con el anonimato que prefieren mantener los funcionarios, quienes quisieran ser intercambiables, en tanto no valoran e incluso les incomoda mantener una relación de cercanía con el paciente, por lo que intentan entregar una respuesta técnica, de saber, a la demanda de estos sujetos. Sin embargo, estos esfuerzos resultan infructuosos, ya que el saber del médico queda impotente ante ellos. Esto se podría vincular con el rechazo que se genera en los funcionarios hacia estos pacientes, ya que *“la misma idea de que pueda existir una no especificidad de los síntomas y de su origen, parece provocar una sensación de pánico en muchos profesionales”* (Laplantine, 1999, p. 284); por lo que intentan “liberarse” de estos pacientes declarándoles que “no tienen nada”.

Esto último se ve acrecentado por el énfasis en la gestión que caracteriza al actual sistema de salud pública, ya que hace más perturbador para los funcionarios la dificultad por precisar el diagnóstico de estos pacientes. Esto se debe a que la medición del rendimiento por medio de metas se traduce en que los profesionales de cada área deben ingresar anualmente un número fijo de determinadas patologías. Considerando que el cumplimiento de dichas metas está asociado a la existencia de incentivos monetarios tanto para el establecimiento como para los funcionarios, se refuerza una lógica que atenta contra la comprensión del paciente desde sus particularidades, priorizando el número de casos por sobre la comprensión de éstos. De esta manera, la existencia de pacientes policonsultantes resulta problemática en tanto evidencia las insuficiencias del modelo, ya que da cuenta de un grupo de pacientes que no encuentran respuesta en el sistema sanitario, mostrando la incapacidad de resolución del sistema de salud a pesar de sus intentos de incluir una mirada “biopsicosocial” respecto a los pacientes.

Respecto a esto último, lo biopsicosocial se presenta como una explicación recurrente para explicar la conducta de estos pacientes, sin embargo, dada la vaguedad con que los funcionarios se refieren a este término en realidad es poco lo que se aporta a la comprensión de la policonsulta. Muy por el contrario, aparece como un término que tranquiliza la incertidumbre de los funcionarios cuando su saber es puesto en jaque, apareciendo como un intento de objetivación más que un esfuerzo por comprender a estos sujetos. Al profundizar en este aspecto, pareciera que lo único claro para los profesionales

es que la pobreza sería la problemática principal y de la cual se derivan el resto de los “problemas psicosociales”. De esta manera la inclusión de esta noción más que traducirse en un rescate de la subjetividad del paciente, ha significado que se genere una relación casi directa entre el fenómeno de la policonsulta y la pobreza, lo cual resulta por lo menos cuestionable, principalmente si se considera que tras las molestias físicas y el tipo de vinculación que establecen con la Institución se pondría en juego la subjetividad de los pacientes, más que su realidad social. En este sentido, las variables intrapsíquicas no dependen netamente del contexto de los sujetos, sino de cómo es significada esta realidad.

Por lo mismo, es decir, para evitar realizar generalizaciones frente a este fenómeno, es importante que las hipótesis planteadas en esta investigación sean relevadas con ese carácter y no como verdades absolutas, aplicables a todos los casos. Esto resulta clave, principalmente desde un marco psicoanalítico, ya que- en palabras de Galende- el *“psicoanálisis tiene como condición (...) analizar las tendencias particulares, rescatar las singularidades y evitar la fijación de los modelos de intervención”* (1990, p.71). De esta manera trabajar con un modelo teórico no debe ser razón para alejarse de la subjetividad humana, por lo que se debe apuntar a mantener el intento por singularizar al máximo la comprensión de la problemática en cuestión. En esta línea, es fundamental que el psicoanálisis conserve la capacidad de problematizar las situaciones que aborda, de no conformarse con la obtención de teorías explicativas que no den cabida para acercarse a los sujetos y valorar lo que ellos tienen que decir.

En relación con lo anterior, los alcances de esta investigación resultan limitados si se busca obtener explicaciones generalizadoras del conflicto. Esto considerando que el número de entrevistadas realizadas no resulta representativo del universo en cuestión. Sin embargo, como se planteó en un comienzo, el énfasis otorgado en la realización de un estudio cualitativo es el rescate de las significaciones de los sujetos, sin que eso implique necesariamente obtener teorías explicativas, sino donde se busca obtener elementos preliminares para comprender la consulta reiterada de los pacientes a un CESFAM.

En este sentido, resulta interesante que al desarrollar hipótesis respecto al fenómeno de la policonsulta, se aporta a la comprensión de pacientes que en la actualidad son excluidos del sistema, y son catalogados como “molestos” por presentar una queja que no es validada por

el discurso médico predominante en la Institución de salud. En esta línea es que la presente investigación se presenta como un esfuerzo por rescatar dichas subjetividades y recoger la queja de estos pacientes, siendo ésta una puerta de entrada a la comprensión de los sujetos policonsultantes. Así mismo, el haber recurrido a la teoría psicoanalítica para profundizar en la problemática de los pacientes policonsultantes, permite valorar los aportes que dicha teoría puede ofrecer para reflexionar en torno a un problema concreto que afecta a la sociedad actual y así, desmitificar el carácter exclusivamente teórico que en ocasiones se le atribuye a éste.

En suma, es posible plantear que el esfuerzo que realiza la medicina por comprender las quejas corporales de los policonsultantes resulta infecundo, en tanto asumen la demanda de estos pacientes sin cuestionar los aspectos inconscientes involucrados en ésta. Los policonsultantes demandan que se les resuelva un problema a nivel corporal, y la medicina al asumir la demanda desde su literalidad considera que no hay nada que hacer al respecto, ya que los instrumentos diagnósticos a los que recurre les demuestran empíricamente que no hay molestia real que requiera ser tratada. A partir de esto, se rechaza la solicitud de estos pacientes, excluyendo cualquier posibilidad de reflexión respecto a su subjetividad. Siguiendo esta línea es que se podría pensar que si los profesionales reconocieran la demanda de amor de estos pacientes, ofreciéndoles el lugar de acogida y escucha que buscan, la queja física y la consulta reiterada de estos sujetos podría mermar. Ya que como señala Freud *“volvemos esa compulsión inocua y, más aún, aprovechable si le concedemos su derecho a ser tolerada en cierto ámbito”* (1914, p.156).

En definitiva, el paciente policonsultante se rehúsa a permanecer en el lugar de exclusión al que es enviado por la Institución de salud y a modo de queja, lucha por ser reconocido en su particularidad, insistiendo en ser admitido como paciente. Sin embargo, cae sobre ellos una rotulación que conlleva una cierta resistencia de parte de los profesionales, quienes se niegan a atenderlos a raíz de la incompreensión de su conducta y del desconocimiento de la existencia del deseo inconsciente que está en juego en la demanda que ellos realizan. De tal manera, es posible sugerir que la policonsulta es un fenómeno que se origina como una respuesta a la negación del sujeto del inconsciente que se produce en la Institución. Es así como resulta pertinente recordar las palabras de Lacan, en tanto la policonsulta pone en

evidencia la insuficiencia del modelo biomédico en la comprensión de los pacientes, debido a la manera en que asume la demanda que se le realiza, ya que *“es en el registro del modo de respuesta a la demanda del enfermo donde está la posibilidad de supervivencia de la posición propiamente médica”* (Lacan, 1999, p. 90).

8. BIBLIOGRAFÍA

- André, S. (2002). Qué quiere una mujer. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Andréu, J. (2000). Las técnicas de análisis de contenido; una revisión actualizada. Disponible en: <http://public.centrodeestudiosandaluces.es/pdfs/S200103.pdf>
- Bicecci, M. (1999). La Transferencia. En: Braunstein, N. (Ed.) La re-flexión de los conceptos de Freud en la obra de Lacan. México: Siglo XXI.
- Borrell, F. (2002). El modelo biopsicosocial en evolución. Disponible en: <http://www.medicinafamiliar.cl/sitio/images/stories/bps.pdf>
- Braunstein, N. (2006). El goce un concepto lacaniano. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Canales, Manuel. (2006). El Grupo de Discusión y el Grupo Focal. En Canales (ed) (2006) Metodología de investigación social. Santiago de Chile LOM, pp. 265-287. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/7061501/Canales-M-2006-Metodologia-de-Investigacion-Social-Santiago-de-Chile-LOM-Pp>
- Colegio de Psicólogos de Chile (1999). Código de ética profesional. Disponible en: <http://www.colegiopsicologos.cl/wp-content/uploads/2009/08/codigo-etica2.pdf>
- Cruz, A. (2006). Algunas consideraciones acerca del cuerpo y la violencia de su origen. Topia. (Revista digital) Disponible en: <http://www.topia.com.ar/articulos/algunas-consideraciones-acerca-del-cuerpo-y-la-violencia-de-su-origen>
- Di Silvestre, V. (1998). Somatización y percepción subjetiva de la enfermedad. Cinta de Moebio, N° 4. Facultad Ciencias Sociales. Universidad de Chile. Versión on-line. Disponible en: www.moebio.cl
- Dolto, F. (2007). La imagen inconsciente del cuerpo. Buenos Aires: Paidós.

- Escobar, M. (1999). La Transferencia. En: Braunstein, N. (Ed.) La re-flexión de los conceptos de Freud en la obra de Lacan. México: Siglo XXI.
- Foucault, M. (2001). Los anormales. Madrid: Ediciones Akal.
- Foucault, M. (2003). El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Freud, S. (1893). Algunas consideraciones con miras a un estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e histéricas. Obras Completas, volumen I. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1917 [1916-17]). Conferencia 18, La fijación al trauma, lo inconciente. Obras Completas, volumen XVI. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1917). Conferencia 23, Los caminos de la formación de síntoma. Obras Completas, volumen XVI. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1914). Recordar, repetir y reelaborar. Obras Completas, volumen XII. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1925 [1924]). Presentación autobiográfica. Obras Completa, volumen XX. Buenos Aires: Amorrortu.
- Galende, E. (1990). Psicoanálisis y Salud Mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica. Buenos Aires: Paidós.
- Gómez, R. (2002). El médico como persona en la relación médico-paciente. Madrid: Fundamentos.
- Gorali, V. (1996). Psicoanálisis y medicina. Dolencias hacia el síntoma. San José: Atuel.
- Grajales, T. (2000). Tipos de investigación. Disponible en: tgrajales.net/investipos.pdf

- Hernández, R; Fernández C., Baptista, P. (1998). Metodología de la investigación. México: McGraw Hill Interamericana.
- Illich, I. (1978). Némesis Médica. México: Editorial Joaquín Mortiz. Versión on-line Disponible en: <http://www.ivanillich.org.mx/Linemes.htm>
- Irizar, L. (2000). La cuestión de la subjetividad y la enfermedad. Versión abreviada Tesis Doctoral, España. Obtenida en abril de 2010. Disponible en: <http://psicoanalisisymedicina.blogspot.com/2009/07/la-cuestion-de-la-subjetividad-y-la.html>
- Jiménez, J. (2010). Política y organizaciones de salud en Chile. ARS Médica. Revista de Estudios médico humanísticos. Volumen 5, N°5. Universidad Católica de Chile, Santiago.
Disponible:<http://escuela.med.puc.cl/publ/arsmedica/ArsMedica5/PoliticaOrganizaciones.html>
- Lacan, J. (2002). Escritos I. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Lacan, J. (1999). Medicina y Psicoanálisis. En Intervenciones y Textos 1. Buenos Aires: Manantial.
- Laplantine, F. (1999). Antropología de la enfermedad 1999. Buenos Aires: Ediciones del sol.
- Laurent, E; Furman, M; et al. (2007). Psiquiatría y psicoanálisis. Buenos Aires: Grama.
- Le Breton, D. (2002). Antropología del cuerpo y modernidad. Buenos aires: Nueva visión.
- Maldonado, V. (2009). El cambio social: políticas públicas 1990-2008. En C. Bascuñán, G. Correa, J. Maldonado y V. Sánchez (Eds.), Más acá de los sueños, más allá de lo posible: la concertación en Chile, Volumen II. Santiago: LOM Ediciones.

- Miller, D. (1996). ¿Por qué habla la verdad? En Gorali V. (Ed.), Psicoanálisis y medicina. Dolencias hacia el síntoma (pp. 101-120). San José: Atuel.
- Ministerio de Salud. (2008). Manual de apoyo a la implementación del modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario en establecimientos de atención primaria. Gobierno de Chile.
- Ministerio de Salud (2011). Acceso Universal Garantías Explícitas (AUGE). Disponible en:
http://www.redsalud.gov.cl/portal/url/page/minsalcl/g_gesauge/presentacion.html
- Molina, C. (2007). Una mirada historiográfica acerca del desarrollo de la institucionalidad sanitaria chilena: 1889-1989. Tesis para optar al grado de magíster en historia con mención en historia de Chile. Universidad de Chile, Santiago.
- Monribot, P. (2003). ¿Qué curación del cuerpo en análisis? Freudiana N° 37. (Revista electrónica). Pp.29-44. Disponible en:
<http://www.cdcelp.org/freudiana/Monribot37.PDF>
- Muenza, C. (2007). El paradigma biomédico y la formación de pre-grado de los estudiantes de medicina de las universidades chilenas. Tesis de grado para optar al título de sociólogo. Universidad de Chile, Santiago. Disponible en:
www.cybertesis.cl/tesis/uchile/2007/...c/.../index-frames.html
- Municipalidad de Peñalolén (2007). Revista Todo Terreno n°25 (Revista electrónica) Disponible en: http://www.penalolen.cl/fileadmin/Todoterreno_pdf/25.pdf
- Municipalidad de Peñalolén (2011). www.peñalolén.cl
- Nasio, J. (2006). Los ojos de Laura: el concepto de objeto a en la teoría de J. Lacan. Buenos Aires: Amorrortu.
- Nepomiachi, R. (2001). El médico, las tecnociencias y el psicoanálisis. Virtualia, Número 1. (Revista electrónica). Disponible en:
<http://www.eol.org.ar/virtualia/001/notas/pdf/rnepomiachi.pdf>

- Organización Mundial de la Salud. (1978). Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata. Disponible en:
http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm
- Organización Mundial de la Salud. (2007). Las políticas públicas y los sistemas y servicios de salud. Disponible en: <http://www.paho.org/hia/vol1regionalcap4.html>
- Picado, L. (2002). La policonsulta y su impacto en los costos de los EBAIS concentrados del área de salud Alajuela sur durante el año 2001. Tesis de Maestría en administración de servicios de salud sostenibles. Universidad Estatal a distancia. Costa Rica. Disponible en:
<http://www.uned.ac.cr/posgrados/recursos/MaeSerSalSos/2004.shtml>
- Piñuel, J. (2002). Epistemología, metodología y técnicas del análisis de contenido. Estudios de Sociolingüística. Disponible en:
<http://web.jet.es/pinuel.raigada/A.Contenido.pdf>
- Rada, G. (2007). Salud Pública y medicina: Su desarrollo histórico. Universidad Católica de Chile. Disponible en:
<http://escuela.med.puc.cl/recursos/recepidem/PDF/PAREPIDEM1.pdf>
- Rodríguez, G; Gil, J; García, E. (1996). Metodología de la Investigación Cualitativa. Málaga: Ediciones Aljibe.
- Roman, O.; Muñoz, F. (2008). Una mirada crítica en torno al plan AUGE. Algunos aspectos generales y valóricos. Revista médica de Chile (Revista digital). Vol.136, nº12. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872008001200014&script=sci_arttext
- Roudinesco, E. (2005). Lacan: esbozo de una vida, historia de un sistema de pensamiento. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económico de Argentina.
- Seguí, M.; García, R. (2002). Desarrollo de la anatomía patológica como ciencia. Su aporte a la medicina. Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/no62/n62ori3.htm>

- Serbia, J. (2007). Diseño, muestreo y análisis en la investigación cualitativa. Hologramática – Facultad de Ciencias Sociales. Año IV, Número 7. Disponible en: http://www.cienciaried.com.ar/ra/usr/3/206/n7_vol3pp123_146.pdf
- Servicio de Salud Metropolitano Norte. (2005). Policonsulta y Servicio de Urgencia Adultos. Disponible: <http://www.ssmn.cl/documentos/policonsulta1.pdf>
- Sojo, A. (1996). Reformas de Gestión en la Salud Pública en Chile. Chile. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Disponible en: <http://www.eclac.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/6/15216/P15216.xml&xsl=/dds/tpl/p9f.xsl&base=/dds/tpl/top-bottom.xsl>
- Soler, C. (1999). El cuerpo en la enseñanza de Jaques Lacan. Disponible en: <http://www.trelew.gov.ar/web/files/LEF/SEM01-ColetteSoler-ElCuerpoenlaEnsenanzadeJacquesLacan.pdf>
- Subsecretaría de Desarrollo Comunal (1995). Ley 19.378. Chile. Disponible en: http://www.subdere.cl/1510/articles-66513_recurso_1.pdf
- Tejada de Rivero, D. (2003). Alma-Ata: 25 años después. Revista Perspectivas de Salud. Volumen 8, Número 1. (Versión digital) Disponible en: http://www.paho.org/spanish/dd/pin/Numero17_articulo1_4.htm
- UNICEF, (2008). Atención primaria de la salud: 30 años después de Alma-Ata. Disponible en: <http://www.unicef.org/spanish/sowc09/docs/SOWC09-Panel-2.2-ESP.pdf>
- Velasco, S.; Ruiz, T.; y Alvarez-dardet, C. (2006). Modelos de atención a los síntomas somáticos sin causa orgánica: De los trastornos fisiopatológicos al malestar de las mujeres. Revista Española Salud Publica (Revista electrónica). Vol.80, n.4. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272006000400003&lng=es&nrm=iso