

plantear sobre este tema reflexiones y perspectivas alternativas, eso supone un doble apoyo. Supone el reconocimiento de que no estamos tan solos como a menudo nos parece en estas reflexiones y estas actitudes. Pero también supone una demostración de que se ha conseguido crear reflexión e incluso polémica. Y es lo que interesa, tanto por la importancia del tema como para la revista.

Además, creo que con la remitente nos vinculan algunas experiencias y reflexiones compartidas. Por eso, con la confianza en que sabrá disculpar lo apresurado de nuestros comentarios, recogeremos diversos apartados de su carta en el mismo orden en el cual aparecen en ella. Por ejemplo, cuando habla de la desaparición de los grupos Balint, nosotros no seríamos tan pesimistas. Actualmente hay una fuerte presión para que así sea, pero también una fuerte aunque minoritaria presión en sentido contrario. Tengo el placer de invitarle a ella y al resto de los lectores a las Jornadas sobre la Formación del Médico: ¿Bioingeniería o medicina?, que codirijimos por cuenta del Institut d'Estudis de la Salut y el Institut Catalá de la Salut, y que se celebrarán en Barcelona el 8 y 9 de febrero del 2008. Su núcleo fundamental y el punto de partida para su puesta en marcha es la preocupación por esos temas, incluso desde la dirección actual de dicho Institut d'Estudis de la Salut (y, por supuesto, de los propios organizadores).

Otro campo en el que creemos que hemos dado poca batalla, y en el que buena parte de los profesionales hubieran estado de nuestro lado, es el campo de la historia clínica informatizada. Como defendíamos en los lejanos tiempos de la preparación de la tesis doctoral, que discurrió sobre esos temas, la informática puede y debe proporcionar una mayor libertad para el clínico, no un sistema más de mantenerle arrinconado y contrahecho. Las modernas tecnologías proporcionan inmensas posibilidades de libertad para la anotación y verificación de nuestra práctica clínica. Es responsabilidad de nuestros gestores y nuestra propia que nos hayamos dejado imponer sistemas, técnicas y dispositivos que unidimensionalizan nuestra actividad en vez de facilitar su creatividad. Recordamos a los lectores que, cuando comenzamos a trabajar con historias clínicas computariza-

---

### **El modelo biopsicosocial: la práctica de la teoría es imposible sin una política para la práctica. Respuesta del autor**

**Sr. Director:** Recibimos con agrado los comentarios sobre nuestro último trabajo acerca del modelo biopsicosocial, publicado por la revista de su dirección. Y decimos con agrado: por un lado por su contenido y, por otro, porque ya han sido varios los compañeros que han escrito comentando el artículo. Para un autor que intentaba

**Palabras clave:** Política sanitaria. Atención primaria. Modelo biopsicosocial. Comunicación. Relación.

## CARTAS AL DIRECTOR

das, el ordenador con el que trabajábamos, de «tecnología punta» (fichas perforadas), ocupaba... una habitación de 200 m<sup>2</sup> que había que mantener isotérmica, sin polvo, sin agentes exteriores, sin entrada de humanos... No puede ser que ese aumento de libertad se aplique tan sólo a los videoclips. Algo muy serio nos estamos dejando hacer o creemos delirantemente que nos han hecho... ¿Y si probáramos a rebelarnos? Durante los últimos tiempos del franquismo, un grupo de «neuropsiquiatras de zona» decidimos que no íbamos a soportar más la organización del sistema de «psi-quiatría ambulatoria» que llevaba decenios imponiéndose a los sanitarios y a la población española, una de cuyas «grandezas» consistía en que, a menudo, teníamos que visitar a 40 o 50 pacientes en 2 h. Ese reducido grupo de (5) «neuropsiquiatras», aunque habíamos ganado nuestra plaza por concurso-oposición, decidimos imponer la cita previa y realizar visitas algo más cuidadosas, más largas y prolongadas. En algún caso, habíamos llegado a encontrar a 101 pacientes ¡de neuropsiquiatría! esperando en la sala de espera para una consulta de 2 h. Imaginen ustedes la situación que se produjo con la «cita previa»: la llamamos «la batalla de Sabadell» y «la batalla de La Verneda». Hubo todo tipo de presiones, amenazas, peleas, agresiones... Con dudas y miedo, nos mantuvimos. Hasta que un día, los directivos de nuestro dispositivo sanitario nos conminaron a volver al «orden» anterior o a ser expedientados inmediatamente. Tras reflexionarlo en conjunto, y ya que era sólo uno el amenazado, decidimos pedir que esa orden se diera por escrito. En el bien entendido, comunicamos al directorio, que con ese escrito íbamos a acudir directamente al Juzgado de Guardia, ya que dudábamos que ningún Juez quisiera obligarnos a visitar a pacientes neuropsiquiátricos a 2 min por paciente. La reforma se mantuvo y supuso el éxito de las primeras visitas programadas en los ambulatorios del Instituto Nacional de Previsión, que así se llamaba la Seguridad Social en aquella época. Accesibilidad no es lo mismo que «café para todos e inmediatamente».

Les recordaba a todos esa anécdota no sólo por la idea de que «oponerse por la justicia, la equidad y la solidaridad» puede dar buenos resultados, incluso durante el fran-

quismo. También, y sobre todo, porque tenemos en nuestra mano pequeñas y grandes reformas que nos harían la vida profesional más vivible. Simplemente, si decidíramos ser más decididos y honestos con nosotros mismos y nuestros consultantes (también en el horario, la formación y los «pichigüilis»), si revitalizárnos en nuestras sociedades científicas y profesionales esa afán solidario y de confianza mutua. Es esa coyuntura emocional y política, y no sólo cuestiones teóricas o teoricotécnicas, lo que ha permitido que el modelo biopsicosocial haya sido frenado activamente por quien o quienes: *a)* les interesaba frenarlo, y *b)* o no les interesaba comprometerse a fondo en su trabajo clínico con una perspectiva globalizadora, que es siempre emocionalmente comprometida. Pero, como decimos a menudo en nuestros seminarios, si en atención primaria o salud mental no te comprometes emocionalmente con los pacientes, estás ya poniendo el combustible de la hoguera en la que más tarde te quejarás de estar «quemando». Por ejemplo, un equipo que no soporta los duelos de sus pacientes terminales es un equipo emocionalmente terminal.

Me alegra enormemente la vivencia que cuenta nuestra amable comunicante en la que una ayuda psicoanalítica le resultó la mejor forma de mejorar la relación con los pacientes. En eso, nuestra experiencia coincide punto por punto: los 6 años que, gracias al franquismo de otras instituciones, tuvimos que trabajar como médicos de cabecera, coincidieron con años de mi psicoanálisis personal. Como desde entonces vengo repitiendo y mantiene el psicoanálisis desde su fundación, la mejor forma de entender a nuestros pacientes es entender nuestros propios núcleos conflictivos, sufrientes, patológicos... Ya hay incluso estudios empíricos abundantes, y no sólo experiencias aisladas, mensurando que la mejor vía para formarse en comunicación y relación clínica es la experiencia de psicoanálisis o psicoterapia personal, la terapia de grupo y las técnicas grupales de diversas orientaciones, los grupos de sensibilización y los grupos «tipo Balint». Pero, para el apresurado médico y el apresurado ciudadano de nuestros días, eso «implica mucho tiempo», «supone mucho esfuerzo». ¡Como si el tema fuera poco importante o pudiera «resolverse» con «recetas

simples! Porque las habilidades y actitudes necesarias para practicar la atención primaria (y otras muchas especialidades clínicas) dependen sobre todo de la personalidad del médico, la formación y la formación continuada. Hoy día se sabe que no hay una personalidad única que favorezca esa práctica, sino rasgos de personalidad que la dificultan y rasgos de personalidad que la favorecen. Y que muchos de ellos son entrenables y supervisables mediante técnicas adecuadas. La formación actual, como antes insinuábamos, puede haber llegado ser una formación excelente en tecnología biomédica, pero hoy día parece que ha alcanzado un nivel de pobreza extrema en cuanto a las tecnologías psicológicas y psicosociales. Parafraseando un eslogan de «mayo del 68», o invertimos el rumbo o, cada vez más, hemos de ver «la formación en tanto que proceso de degradación» (para el contacto clínico). Y en cuanto a la formación continuada, con poca experiencia y honestidad que le pongamos al asunto, ya sabemos que hoy día es urgente deslindarla de los cursos, congresos y «actividades formativas» de «pompa y circunstancia», que la dominan hasta el extremo de estarla estrangulando en algunas de nuestras autonomías.

Pero siempre ha habido personas e incluso grupos humanos y masas que se dejan embauchar por los «becerros de oro» de los currillos, cursetes y «actividades formativas» que prometen «el oro y el moro» en sencillas y rápidas actividades puntuales y, además sin compromiso emocional, ni de tiempo, ni de dinero (porque lo dona la industria)... No creemos que valga la pena insistir sobre su escaso valor a medio plazo. Como decimos, ya hay estudios empíricos que prueban que la mejor forma de cambiar y mejorar nuestra práctica asistencial son las experiencias personales, terapéuticas o vivenciales, suficientemente mantenidas, las tutorías profundas y bien llevadas que abarquen la entrevista y las técnicas de entrevista y comunicación, la supervisión (sí, sí: la supervisión) de nuestras entrevistas y exploraciones, las técnicas de observación, algunos grupos «Balint» y «tipo Balint», sistemas con compartir la experiencia y las correcciones con los pares, etc. Ya sabemos que en ese mundo de lo «psi» no es fácil orientarse, pero a nosotros hoy nos resulta mucho más difícil orientarnos en un

abdomen agudo o en casi todos los tipos de disritmias cardíacas, y a ustedes no. Si uno es consecuente, encuentra profesionales consecuentes. Si queremos autoengaños, ¡es tan fácil!

Porque uno siempre es libre de creer en la feria a quien quiere vendernos duros a cuatro pesetas... Por eso les decía al principio que "la práctica de la teoría del modelo biopsicosocial es imposible sin una política para la práctica".

**Jorge L. Tizón**

Prevenció en Salut Mental-EAPP. Equip  
d'Atenció Precoç als Pacients amb Psicosi.  
Institut Català de la Salut. Barcelona.  
España.

---