

LA CONSTRUCCIÓ DE LA CURA *1

1- Deconstruir la paraula cura.

Tota paraula està carregada d'un significat cultural i personal. Així, l'elecció i ús de les paraules no és neutre. Ens hem de preguntar, doncs, a què ens referim quan utilitzem paraules com: cuidar, curar, tractar, assistir, guarir, prevenir. Darrerament, dins l'organització pública de la cura i dels cuidados, s'ha instituït el terme "atenció" com a designació de totes aquelles intervencions de diferent nivell que tindrien a veure en l'àmbit de la salut/ malaltia.

Ara bé, en una primera aproximació podria pensar-se que el cuidar tindria més a veure amb aspectes generals i de la salut, per exemple: cuidar d'un nen que no prengui mal, mentre que la cura es referiria més a pal·liar un mal o trastorn. En relació al tema que ens ocupa, caldrà, però, tenir en compte que no hi ha terapèutica sense assistència, que **no hi ha cura sense cuidado**.

En el nostre text els termes cuidar i cuidado, i curar i cura són utilitzats amb la significació àmplia i unívoca tal com són recollits al Diccionari Enciclopèdia Catalana (Cuidar : "Tenir cura...Ocupar-se d'algú o d'alguna cosa"; Curar: "Tenir cura d'alguna cosa...Assistir un malalt"; Cura: "Atenció o vetllar pel bé o pel bon estat d'algú o d'alguna cosa".) Amb la diversificació institucional i de tècniques d'intervenció que ha acompanyat el desplegament de la xarxa de salut mental, el terme atenció i atendre, com abans ens referíem, ha volgut recollir en aquest àmbit tot el conjunt de pràctiques i situacions assistencials, preventives, terapèutiques i rehabilitadores.

2- Breu perspectiva històrica.

Per tal de situar en una perspectiva històrica el context actual de la cura, assenyalarem alguns dels trets que han caracteritzat l'evolució moderna en l'àmbit del que ara es coneix com a salut mental. Aquesta evolució s'ha vist sotmesa tant als canvis de la societat com als avanços científics en la següent direcció:

- Del model manicomial al model en xarxa.
- De l'aïllament asilar i de l'assistència psiquiàtrica a una orientació terapèutica i rehabilitadora.
- D'un model mèdic focalitzat en la malaltia individual a un model que tendeix a fer-se integral i d'orientació biopsicosociocultural, amb intervencions, a través d'un equip inter i transdisciplinar, desenvolupades en xarxes de serveis de diferent nivell i dependents de diversos departaments.
- D'un model centrat en la malaltia a un model que prioritza políticament una perspectiva de salut, tot i que fins ara l'accent s'ha posat sobretot en la prevenció secundària i parcialment en la terciària.
- De la visió del pacient com a agent passiu a una tendència a l'establiment d'una relació assistencial d'intervenció coparticipativa de tipus contractual.

3- Construcció de la cura.

Cuidar i prendre cura constitueixen l'eix vertebral de l'atenció a la persona o subjecte. Edgar Morin diu que el subjecte és un ens complex resultat de la integració de diferents nivells biopsicosocioculturals en interacció des de la seva relativa autonomia.

Aquesta complexitat del subjecte hauria d'implicar també una complexitat quan a la forma de prendre'n cura, de fer-se'n càrrec o d'atendre'l fent prevenció o amb la pretensió de guarir tot assistint-lo oferint-li cura.

Ser cuidat, o haver de correspondre als cuidados d'altri, forma part de les experiències primigènies i constituents de l'estructura de la nostre persona ; segurament en Francisco Mora parlaria més aviat del " cerebro emocional individual ". Les emocions, els sentiments (de plaer, de satisfacció, de frustració, de ràbia, de consol, d'apaivagament d'amor, d'odi, enveja i gratitud), formen part fonamental d'aquesta experiència i, alhora que s'inscriuen específicament per caracteritzar la nostre identitat , són components que es mobilitzen i que modulen tota relació de cura, cuidado o atenció. Aquesta relació ha de tenir com a característica principal poder oferir aquelles condicions que permetin una evolució i/o reconstrucció més saludable. La guia d'una bona pràctica haurà d'inspirar-se en allò que, en la construcció del subjecte o de l'ésser humà, promou confiança, estima, il·lusió i capacitat per assumir els inevitables patiments i frustracions de tipus depressiu.

En l'àrea temàtica " El subjecte de la cura", aquest tema serà tractat amb profunditat i amplitud. En aquest apartat el que volem destacar és com aquest procés, amb tota la complexitat experiencial que representa, s'inscriu en el nostre món intern, conscient i inconscient, i és actualitzat i reviscut en tota relació de cura, la qual comporta motius de complaença, creativitat i maduració, però també de frustració, fatiga i disgust. És per tant una relació que, com tornarem a esmentar, requereix cuidados, encaminats a cuidar el cuidador siguin aquests pares, avis, professionals o col·laboradors voluntaris, així com la institució familiar, sanitària o social en què té lloc el procés.

Es comprèn que en temes de salut i cura es puguin donar matisos prou deferents segons es reflexioni des del treball social, la psiquiatria, la psicologia, la infermeria o des d'una perspectiva sociocultural o institucional, perspectives aquestes darreres relatives al context sempre present en el procés que constitueix la cura. Tenir cura d'algué vol dir fer-se càrrec d'un subjecte que demanda una atenció personalitzada, la qual cosa planteja, a hores d'ara, qüestionar-se la naturalesa bioètica dels caràcters fonamentals de la cura (no maleficència, beneficència, mutualitat i justícia ...), així com fer-se càrrec dels vincles que hi ha d'haver entre el subjecte necessitat i el professional que assumeix contribuir i participar a resoldre, si és possible, les necessitats de l'altre. No hem d'oblidar, però, que hi ha aspectes negatius que poden entorpir la cura.

En general quan es parla de cura hom pensa en un subjecte, les necessitats del qual ell mateix no pot solucionar o tolerar, però quasi mai es pensa en el fet que tothom, en el funcionament normal de la seva vida quotidiana, també necessita ajuda i ser atès. El mateix pot dir-se dels equips de treball i de les seves dificultats per coordinar totes les accions dels seus membres cap a un fi comú. En aquest sentit la institució en la qual aquest equip treballa constitueix un element important dins les eines terapèutiques. A vegades però, la institució pot esdevenir un obstacle per al treball en equip i la cura. En efecte, quan la cura depèn d'un equip de professionals, la desavinença dins l'equip i/o amb la institució poden dificultar en gran mesura l'acció de la cura. Des d'aquesta reflexió es veu la necessitat de tractar la cura com a una construcció de o per la salut i no només com a una acció o intervenció davant d'una malaltia.

Freqüentment quan el subjecte necessitat és un infant o un adolescent, i en general també en el cas de problemàtiques psicopatològiques greus (TMS), la cura abasta la família, la qual, necessitada d'ajuda davant el problema, es veu també trasbalsada, en situació "d'interacció significativa" (per defugir la problemàtica de la culpabilitat), fet que comporta haver d'establir la intervenció tenint en compte una multiplicitat de sentiments i demandes en una dimensió grupal.

Cal reflexionar sobre el fet que en l'àmbit de la salut i la cura es poden cometre actes i intervencions que poden esdevenir iatrogèniques per al pacient o la persona a atendre. És per això que ens semblen

molt oportunes les consideracions fetes per Itziar González Virós (arquitecte) relatives al saber i als procediments de la tècnica, els experts i els professionals. “Mentre la tècnica sorgiria d’un afany per a resoldre els problemes lligats a la vida, problemes que l’expert s’esforçaria a resoldre procedint i tenint en compte les experiències col·lectives, el professional es creuria en possessió d’un saber, segrestat sovint a la universitat, que exclou les possibilitats d’error o fallida, sobretot en les societats en què preval l’eficàcia, el pragmatisme i la competitivitat.”

Els professionals, en el moment de prendre una decisió o un acord, haurien de comptar amb el saber de les persones que per raons diverses pateixen directa o indirectament la situació. Mares, pares, familiars i personal d’atenció directa poden saber més del patiment, dels estats d’ànim i de les reaccions del malalt que el mateix professional a qui s’assigna un paper terapèutic. Incloure o tenir en compte, en l’acte de cura, aquest saber que dóna la quotidianitat d’estar atenent algú, és o hauria de ser per al professional quasi una obligació ètica.

Actualment estem assistint a un fenomen social de gran transcendència pel que fa a l’atenció, la cura i la salut: la immigració. La immigració planteja qüestions tant importants com la transculturalitat; què significa per a l’emigrant el desarrelament de la seva terra; el sentiment de sentir-se estrany, almenys culturalment; com atendre aquesta pèrdua; com la cultura receptora viu l’emigrant: si aquest és rebut com un estrany o bé com a una persona amb possibilitats d’integrar-lo. És important també plantejar-nos la funció del mediador i la modificació que ha de fer el professional per adaptar el saber i la tècnica en funció d’aquesta nova necessitat/demanda. El fenomen de la immigració és un gresol on conflueixen grans pèrdues d’ordre cultural i personal al mateix temps que l’individu en situació d’immigrant ha d’elaborar un nou status com a persona per poder integrar-se a la cultura que l’acull.

La necessitat del mediador i l’adaptació del professional en relació a la cura a oferir als emigrants, pot associar-se a les condicions peculiars d’assistència i tractament el qual planteja una problemàtica similar a aquelles persones que viuen per dir-ho així “en un altre món”, alienades, persones molt tancades en sí mateixes. Moltes vegades són les persones amb problemàtiques psicòtiques. En certa manera podria dir-se d’aquestes persones que semblarien adherir-se a posicions “antipsiquiàtriques”, fins el punt de negar sovint la realitat (mèdica) de la seva malaltia. Sigui per por, per sentiments de culpabilitat o per sentir-se confoses, sovint ofereixen resistència des d’elles mateixes a fer-se tractar; bé pensen que no s’ho mereixen o que no saben ben bé quina és la naturalesa del seu trastorn o temen finalment la manera des de la qual es pot intervenir en l’acte de pretendre curar. No serà que les hi volem robar els pensaments i apropiari-nos de la seva identitat?, no intentarem reintroduir-los-hi sentiments de culpabilitat horripilants per raó de situacions de les que se senten conscientment víctimes?. Aquestes persones que antigament eren exiliades i asilades al manicomi clàssic, intenten portar en l’actualitat una vida normalitzada, amb tot reclamen una cura que respecti la seva dignitat com a persones i ciutadans. Per a la qual cosa cal avançar en la comprensió de la seva problemàtica, adaptar a les seves necessitats el marc institucional (disponibilitat i asertivitat, holding i halding, etc, segons les circumstàncies), i saber introduir, dins la relació assistencial interpersonal i sense “furor curandi”, la dosi oportuna, quan calgui, de la medicació adequada.

Un dels aspectes que ens semblen imprescindibles a tenir en compte és el sentit i la funció atorgada als protocols. Per raons d’eficàcia, d’eficiència i d’avaluació quantitativa, les institucions es veuen obligades cada cop més a protocolitzar la intervenció del professional. La gestió de les institucions demana als professionals que totes les seves intervencions a ser possible han de ser quantificables. El protocol en lloc de ser un instrument al servei del professional s’ha convertit en una finalitat en si mateixa. Aquest fet està modificant la posició del professional que cada vegada és menys un observador personal del què li passa al pacient per ser un mer executor al servei d’una tècnica o del que diu el protocol. L’entrevista diagnòstica

es redueix a recollir informació i contrastar-la amb els criteris protocolitzats de descripció de possibles malalties o trastorns. En aquest sentit l'ús indiscriminat del protocol i de les guies és sovint una defensa del professional contra una possible demanda que pugui fer el pacient. Així, si el professional ha actuat d'acord amb el que diu el protocol, la seva intervenció es valorarà com a correcta i difícilment es posarà en causa.

Si en l'acte de la cura hi està involucrat no sols el professional sinó també el pacient, ja que se li demana que assumeixi la responsabilitat del tractament que ha de rebre, aquest pot, si es dóna la circumstància, arribar a interposar una demanda en el cas que el resultat no sigui l'esperat. En aquesta situació el professional hauria de poder donar una resposta amb coneixement professional i respecte personal, en lloc d'esgrimir, massa sovint, el protocol per salvaguardar la seva responsabilitat com a professional.

Mentre que històricament la disposició a " tenir cura d'algú " podia vincular-se a situacions extremes de guerra o de col·lectius oprimits o menystinguts socialment, en l'actualitat es donen algunes contradiccions a nivell social – per exemple l'alt increment del cost de l'habitatge en relació al sou mínim interprofessional – que malgrat no ser tan vitalment greus interfereixen de manera important en crear condicions de vida saludables.

D'altra banda es vol i es creu prioritari el fet que tothom té dret a la salut i per tant a fer ús dels serveis sanitaris en cas de necessitat. Tenir o haver conquistat un dret hauria d'anar acompanyat d'un deure. La no regulació de drets i deures pot donar lloc a situacions d'abús tant per part dels professionals com dels usuaris. Així ens podem trobar amb persones que exigeixen el reconeixement oficial de "pacient" i reclamen que els serveis de salut o el tribunal mèdic competent li reconegui com a problemes o trastorns de salut el que són dificultats normals o habituals del viure diari. Per exemple, l'exigència d'una persona per a que se li reconegui una invalidesa quan, a criteri dels professionals, no hi ha motius suficients per atorgar-li. La possible perversió comença en el mal supòsit de "jo tinc dret a que els serveis de salut em resolguin o es facin càrrec de les meves dificultats", siguin aquestes de l'ordre que siguin. Aquest malentès en la disponibilitat d'un servei de salut fomenta, per part de l'usuari, una dependència inadequada la qual dóna lloc a un ús abusiu i/o excessiu del servei. Com a professionals ens preguntem si el client o usuari d'una empresa de serveis de salut sempre té raó.

Podria pensar-se que la introducció de la ideologia i dels criteris del mercat en l'àmbit de la salut (empreses proveïdores, compra de serveis, clients, usuaris etc.) ha afavorit una contaminació de la relació assistencial per els efectes de la reivindicació, la queixa, la exigència, fent que aquella relació pugui arribar a organitzar-se segons una posició de defensa i atac (veure pautes d'actuació aconsellades al metge en situacions de violència dins d'un quadern de bona praxi editada pel Col·legi Oficial de Metges).

Un altre aspecte important a tenir en compte en la construcció i millora de la cura i de l'atenció és clarificar o redefinir les funcions dels serveis públics d'atenció primària i els serveis especialitzats de salut. L'enorme demanda arriba a desbordar els serveis de tal manera que no només es veuen sobrepassats per un excés de demanda, sinó que la funció per a la que han estat creats es desdibuixa de manera que s'acaba fent un tipus d'acolliment amb un tipus d'intervenció centrada bàsicament en els símptomes.

4- La cura a l'actualitat.

És ben cert que vivim una època molt trasbalsada pels canvis en profunditat que afecten a la vida social, col·lectiva i personal, canvis que semblen anunciar i reclamar una nova ordenació de la societat i de la gestió pública.

En l'àmbit de la salut/ malaltia mental els informes de l'OMS anuncien un increment molt important dels

trastorns psiquiàtrics en el curs de les dues primeres dècades d'aquest segle, mentre que l'allargament de l'esperança de vida ("anys a la vida") s'acompanya d'una problemàtica psíquica de la vellesa i d'una necessitat de poder gaudir d'un bon viure ("vida als anys") i d'un bon morir ("eutanàsic").

A aquesta època de canvis accelerats correspon una panoràmica canviant pel que fa a la configuració dels quadres clínics, l'aparició de nous diagnòstics (fibromiàlgia, fatiga crònica, obesitat juvenil, etc.) i una preocupació i una atenció força extenses relatives a temes de la vida , en risc sempre de un tractament mèdic, sanitari, promogut des de la mercadotècnia farmacèutica ("s'ha diagnosticat un nou quadre clínic, la fòbia social, que respon molt bé a un nou medicament, el Seroxat", podia llegir-se recentment en un titular de premsa en termes aproximadament literals).

Amb posterioritat a la segona guerra mundial, el moviment d'alliberació va promoure una defensa dels Drets Humans (Societat de Nacions) i, també, una declaració progressista del que havia d'entendre per salut ("la salut no és només absència de malaltia o malestar, la salut és un estat de benestar físic, psíquic i social", declaració de l' OMS 1946). De llavors ençà s'ha donat un nou impuls a les polítiques de prevenció social, pública, dels riscos (de malaltia, d'atur, de jubilació, etc.) que va propiciar el que s'ha conegut com a societat del benestar... i del consum, en oposició a la societat de l'estalvi de la primera època de la industrialització. (Diego Gracia).

El nostre país va afegir-se a aquestes polítiques amb la democratització, solemnement inaugurada i promoguda en el camp sanitari en ocasió del Xè. Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana (Perpinyà, 1976). La definició de salut, ampliant i enriquint conceptualment la de la Oms, representava la incorporació tardana de Catalunya a la societat europea a través de l'avantguarda del moviment de metges demòcrates del nostre país ("salut per a tothom", "la salut té a veure amb el benèsser i no sols amb el benestar", van ser algunes de les principals consignes mobilitzadores).

Així doncs, les polítiques que han privilegiat la prevenció i la promoció de la salut i no sols el tractament de les malalties, s'han constituït en un marc en el qual la població en general ha pogut accedir més democràticament al sistema sanitari i a la protecció social.

A hores d'ara ens trobem en una situació que la demanda de cura desborda quantitativament i qualitativament la resposta de les xarxes d'atenció. Ja no es tracta sols que el malalt, usuari o client demani ser atès per un problema sanitari i/o social (que "com que paga ha de ser resolt" dins del mercat de l'oferta i de la demanda), sinó que, creient en els oferiments de salut, demana atenció per problemàtiques psicopatològiques no tan greus com les pròpies de la psiquiatria clàssica. Problemàtiques aquestes darreres que, d'altre banda, van possibilitar el disseny de la reforma del model de l'antiga assistència psiquiàtrica. Reforma orientada al tractament en la comunitat dels trastorns mentals greus, especialment de les persones afectades per un trastorn psicòtic i esquizofrènic.

Certament, a les desbordades consultes dels centres de salut mental, insuficientment dotades des del punt de vista quantitatiu i estructural, acudeixen en demanda de cura persones no sols amb problemàtiques que havien estat diagnosticades com a quadres neuròtics i de personalitat, els quals a efectes de política de gestió sanitària, de prioritat i provisió de pressupost, han passat a denominar-se trastorns mentals no greus, sinó que hi acudeixen persones per demanar ajut i cura, per problemes lligats a la vida quotidiana (separació matrimonial, pèrdues i dols, conflictes amb els fills o de treball etc.).

Aquesta nova situació social planteja qüestions a diferent nivell que de moment només anunciem a l'espera d'un debat més ampli a nivell professional, però també a un nivell més general, ciutadà i polític. Un debat del qual suggerim alguns dels temes que ens a semblen més rellevants.

1. La complexitat és inherent a l'objecte de la cura : el subjecte. Aquesta consideració, tot i que es pugui veure exposada al risc de les crítiques dels partidaris d'una aproximació tinguda com "científica" en exclusiva és sense dubte la millor garantia de la unitat d'allò psíquic.
En aquest context l'atenció, la cura i el cuidado s'inscriuen dins d'una relació intersubjectiva entre el professional o la persona cuidadora i la persona atesa. Dins el procés de construcció de la cura, aquesta relació és la que fonamenta i pot donar sentit a les diferents tècniques d'intervenció.
2. Les demandes i els deures de prendre cura hauran d'enquadrar-se de manera diferent en l'actual situació de trànsit. De la societat del benestar que prioritzava l'ús i consum de serveis (entre d'altres els sanitaris) a la societat sostenible que promou la solidaritat i la corresponsabilitat ja que ni el creixement ni les fonts d'energia ni els serveis són inesgotables.
3. Caldrà aprofundir en el tema de les noves demandes d'atenció: trastorns alimentaris, drogodependències, fibromiàlgies, fatiga crònica, trastorns límit de la personalitat, etc. Són demandes que qüestionen la concepció unívoca dels trastorns psicopatològics com a entitats naturals independents al context històric i social, plantejant pel contrari la necessitat de tenir en compte la importància de la incidència del canvis socials, i de la necessitat de prioritzar una atenció orientada a la promoció i la prevenció de la salut des d'òrgans públics de gestió i participació.
4. Ara bé, si la salut no és només absència de malaltia, caldrà no contribuir a medicalitzar ni psiquiatitzar la vida, tot i que com a professionals del fenomen psíquic o de la ment, haurem de participar en l'estudi i disseny de models i propostes adreçades a crear condicions més saludables psicològicament o mentalment. Haurem de contribuir en tot cas a aturar el procés que va dur a Aldous Huxley a proclamar irònicament : "La medicina ha avanzado tanto que ya nadie está sano".
5. L'experiència en l'atenció dels trastorns mentals greus ha fet més evident la necessitat d'una intervenció en equip dins d'una xarxa integrada i territorialitzada de serveis sanitaris i socials que asseguri una continuïtat de la cura, gestionada i atesa d'una manera subsidiària el més a prop possible dels usuaris (a nivell dels districtes municipals o entitats locals, tret del que hagi de ser necessàriament gestionat des dels ajuntaments o les conselleries).
6. Finalment, recollint una de les proposicions del Llibre Blanc de la psiquiatria francesa, plantejem que el procés de la cura en salut mental ha de basar-se en el respecte de la complexitat del fet psíquic: la qual cosa implica diversitat, interdisciplinarietat, actualització dels coneixements i disponibilitat del temps necessari. Cal rebutjar la reducció tant els enfocaments purament simptomatològics que defensen l'equació "tractament = medicació", com la reducció de la cura i cuidado a una simple intervenció social.