

# ¿Es necesario un nuevo modelo de sesión clínico patológica en pediatría?

## Participantes:

**Coordinador: Dr. Gonzalo Gutiérrez Trujillo.** Ex Director.\* Actualmente, investigador de la División de Investigación en Infectología Pediátrica. Instituto Mexicano del Seguro Social.

**Dr. Eduardo Barbosa.** Ex jefe de la División de Enseñanza e Investigación.\*

**Psicóloga Patricia Escalante.** Psicóloga y psicoanalista del Departamento de Higiene Mental.\*

**Dr. Miguel Foncerrada.** Jefe del Departamento de Higiene Mental. \*

**Dra. Martha Morales.** Jefa de la Sala de Preescolares.\*

**Dr. Juan Manuel Saucedo.** Médico Psiquiatra del Departamento de Higiene Mental.\*

\* Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional. Instituto Mexicano del Seguro Social.

## Introducción

**Coordinador** La práctica de la autopsia y el análisis de sus hallazgos en relación con los fenómenos clínicos en las llamadas sesiones clínico patológicas, han contribuido fundamentalmente al mejor conocimiento de las enfermedades y a la enseñanza de la medicina. Sin embargo, en la pasada

década se ha enjuiciado la utilidad clínica de las autopsias al considerar que los avances en la clínica y en los procedimientos de laboratorio y de gabinete permiten obtener mejor información en vida de los pacientes y hacen innecesario el estudio post-mortem. Dra. Morales, ¿qué opina usted de semejantes afirmaciones?

**Dra. Morales** El interés por obtener y analizar las autopsias disminuyó en el lapso de 1955 a 1975, tanto a causa del argumento expresado por el Dr. Gutiérrez, como por el relacionado con su alto costo. Sin embargo, en los últimos años han surgido numerosas voces que han demostrado lo falaz de dichos argumentos, destacándose la gran importancia que siguen teniendo los estudios postmortem en la evaluación de la atención médica y en el campo de la enseñanza y de la investigación.

Es muy larga la lista de beneficios que se derivan de la autopsia; baste como ilustración señalar algunos de los más específicos y otros en los que se tiende a pensar poco; entre los

**Los avances de la Medicina moderna no han conseguido desplazar a la autopsia como medio fundamental para lograr un mejor conocimiento de las enfermedades y sus efectos. La autopsia continúa siendo de gran utilidad para entender muchos fenómenos clínicos, explicar la causa de la muerte y evaluar la atención médica. No obstante, es un hecho que el interés en las sesiones clínico-patológicas tradicionales ha decaído y que es necesario buscar explicaciones de este fenómeno para encontrarle solución.**

primeros se cuentan la enseñanza directa que obtiene el patólogo al identificar lesiones producidas por el oxígeno, agentes anestésicos y diversos medicamentos; también aclara las discrepancias diagnósticas y descubre nuevas enfermedades o padecimientos no susceptibles de diagnóstico en vida; provee datos epidemiológicos y brinda apoyo para evaluar el impacto de las condiciones ambientales y los resultados de medidas sanitarias. En relación a beneficios que poco se tienen en cuenta conviene recordar que a menudo proporciona alivio a los sentimientos de culpa experimentados por muchos familiares y les puede dar alguna satisfacción o compensación de su pérdida al propiciar la donación de órganos para tratamientos de trasplante. Finalmente, no hay que olvidar que la autopsia sigue siendo el instrumento fundamental de la medicina jforense como medio de ayuda a explicar la muerte violenta o de difícil explicación; a determinar el tiempo en que esta ocurrió y a investigar algunas circunstancias que la precedieron. Por todo ello, es útil recordar las palabras de Prutting: “El interés del médico en su paciente no debe terminar con la muerte”...

**Dr. Gutiérrez** No hay duda que es necesario continuar realizando autopsias en el mayor número de casos posibles pues la información que proporcionan es útil desde muchos puntos de vista. ¿Alguien desea agregar algo, Dr. Foncerrada?

**Dr. Foncerrada** A pesar de todo lo que acaba de expresar la Dra. Morales, es muy frecuente observar resistencia o pasividad del médico para solicitar autopsias porque desconoce o no está convencido de los beneficios que ofrecen. Es lógico que si está poco motivado encuentra ‘imposible’ convencer al familiar responsable de otorgar la autorización en el

terreno de las motivaciones inconscientes, se dice que muchos médicos son fóbicos a la muerte y que su vocación a la medicina obedece precisamente a su necesidad de combatirla. La autopsia viene a ser entonces, la evidencia de su fracaso y quizá también de sus errores.

**Dra. Morales** Todo lo que se ha dicho sobre las virtudes de la autopsia y su papel como eje de las sesiones clínico patológicas no ha podido evitar, sin embargo, un fenómeno observado en muchos hospitales, como también en el nuestro: la declinación del interés en ese tipo de sesiones, juzgado a través del bajo número de asistentes a ellas y de una todavía más baja participación.

**Psic. Escalante** Como psicóloga tengo una visión un tanto diferente a la de ustedes, y pienso que esa última afirmación de la Dra. Morales no es del todo exacta. Periódicamente, había sesiones muy concurridas, aquellas, por ejemplo, en las que se anticipaba una fuerte discusión entre dos o más personajes prominentes del hospital, pues hay, creo yo, una especie de código, no muy manifiesto pero real, que determina que las sesiones se califiquen de buenas o de malas, no sólo por su forma y su contenido, sino muy especialmente, por las emociones que en ella se depositan o despiertan.

**Dr. Gutiérrez** Estoy totalmente de acuerdo. Yo inventé ese código. Bueno, Dr. Foncerrada, ya en serio, ¿qué piensa usted de lo que significa una sesión clínico patológica no tanto para los espectadores sino para el encargado de realizar el ejercicio clínico?

**Dr. Foncerrada** Para todos los que hemos pasado por este trance, que duda cabe que constituye un compromiso estresante pues por su naturaleza encierra siempre un temor universal: El de hacer el ridículo en público, al exhibir ignorancia o incompetencia. Es posi-

ble pues, que la complejidad y vastedad de los conocimientos médicos junto con el carácter proteico de la patología humana y la existencia de ese temor, hayan contribuido a disminuir, o más bien, a inhibir, el interés y la motivación de muchos clínicos hacia las sesiones clínico patológicas. Sin embargo, mis propios argumentos no me resultan muy convincentes pues creo que en esas sesiones está en juego algo más; algo que se ha dado en llamar “El poder médico”, especialmente el poder derivado de su conocimiento y de su dominio o control sobre los demás. Algo así como el “Quién es quién en medicina”.

**Las medidas que se implantaron para devolver a las sesiones clínico-patológicas su valor como instrumentos de enseñanza fueron: suprimir el carácter obligatorio a la asistencia del personal de base con excepción del de patología, rayos X e higiene mental; otorgar a un equipo de médicos residentes la responsabilidad de la presentación del caso (vivo o muerto); y agregar al esquema tradicional de presentación varios capítulos: diagnóstico de la salud mental del paciente, de la familia y de sus miembros; correlación de la patología del paciente con su ambiente familiar y social; análisis crítico sobre la atención médica otorgada; recomendaciones sobre futuras acciones y pronóstico integral del paciente, si vivía, y de su familia.**

les, en especial su carácter de instrumento de enseñanza para los médicos en etapa de adiestramiento. Quisiera pedirle al Dr. Barbabosa que nos describiese esos cambios.

**Dr. Barbabosa** En primer término, se suprimió el carácter obligatorio de la asistencia a las sesiones para el personal de base, con la excepción de una representación de los servicios de patología, rayos X e Higiene Mental. Sólo conservó ese carácter para la totalidad

**Dr. Gutiérrez** No quisiera apartarme del tema y posiblemente no lográsemos llegar a un consenso en cuanto a decidir cuál o cuáles son los factores eficientes que generaron este fenómeno. Yo tan sólo puedo decir que hacia 1979, a los entonces integrantes del cuerpo de gobierno del hospital, nos preocupaba y creímos necesario implantar una serie de cambios en la estructura y desarrollo de las sesiones clínico patológicas, buscando devolver-

de los médicos residentes. Los casos, entre los cuales se incluía en ocasiones pacientes vivos, eran asignados a un equipo de tres residentes, el que aunque coordinado por un médico de base, asumía toda la responsabilidad de recabar y completar la información y de organizar con o sin asesoría, según lo decidieran, la presentación de la sesión cuya estructura abarcaba el análisis de seis capítulos, mismo que en general consumía el tiempo de dos sesiones.

El primero se dedicaba a la discusión de los diagnósticos clínicos, incluyendo en ella los de enfermedad principal, complicaciones, padecimientos agregados, estado de nutrición, crecimiento y desarrollo en todas las áreas y los de salud mental del niño. Terminada la discusión, los asistentes a la sesión a título personal o en representación de un grupo o servicio, podían expresar sus propios diagnósticos.

En el segundo capítulo, el patólogo hacía la presentación de los hallazgos morfológicos ya sean de autopsia o de biopsia, y el comentario fisiopatológico. En ciertos casos el patólogo podía ser asistido o sustituido por uno o más especialistas que mostrasen los hallazgos de otros estudios de laboratorio y/o de gabinete, por ejemplo, endoscopías, radiografías, ultrasonografías, etc.

El capítulo tres se dedica al estudio de la familia, sus padecimientos físicos, la salud mental de sus miembros y funcionalidad del sistema, así como a describir las condiciones socioeconómicas que la rodeaban.

En el cuatro se intenta establecer las relaciones entre las alteraciones patológicas del paciente y su ambiente familiar y social.

El cinco tiene como finalidad analizar retrospectivamente si los programas de estudio, tratamiento, prevención y rehabilitación que se ofrecieron al paciente y a su familia, fueron o no completos, adecuados y oportunos y, en su caso, señalar las acciones que deberán seguirse en la asistencia del paciente y/o de su familia.

El capítulo seis finalmente, se dedicaba a la discusión del pronóstico integral del paciente, si aún vivía, y de su familia.



**El balance de la aplicación de este nuevo modelo de sesión clínico patológica parece apoyar la hipótesis de que la estructura tradicional adolecía de graves deficiencias, pues se ha observado renovación del interés y cambios de actitudes del personal médico. La razón por la cual participan en esta mesa redonda dos psiquiatras y una psicóloga obedece a que el nuevo modelo exige establecer el diagnóstico de la salud mental del paciente y de su familia así como correlacionar la patología del paciente con su ambiente y realizar un análisis crítico de la atención médica otorgada. La motivación generada por los cambios hizo posible que en corto tiempo muchos médicos aprendieran conceptos prácticos sobre la exploración de la salud mental del niño y de la dinámica familiar; que entendieran sus recíprocas influencias y sobre los procesos de recuperación, de adaptación a la enfermedad crónica, de duelo ante la muerte, etc., y tuvieran mayor conciencia de sus propias reacciones emocionales ante el paciente, su familia, la enfermedad, la muerte, su grupo de trabajo y la institución.**

observaciones que hacer, aunque en justicia debe reconocerse que la estructura y técnica de presentación de las sesiones no conservó todas las innovaciones originales. Por ejemplo, volvieron a desarrollarse en una sola sesión y la discusión del caso no incluyó todos los capítulos señalados, si el coordinador no los consideraba pertinentes a los objetivos de la presentación.

**Dr. Saucedo** Creo que debemos aceptar que las sesiones clínico patológicas no pueden aspirar a ser siempre un éxito si éste se juzga por el número, interés, participación, y aprendizaje de los asistentes. Dicho en otras palabras, al menos dentro de una unidad hospitalaria

**Dr. Gutiérrez** Sin ánimos triunfalistas ni falsas modestias, un balance de los resultados logrados en la primera etapa de aplicación de este nuevo modelo de alrededor de 18 meses de duración, pareciera apoyar nuestra hipótesis de que la estructura tradicional de las sesiones clínico patológicas adolecía de graves deficiencias que impedían lograr una comprensión de los fenómenos de salud-enfermedad a juzgar por el renovado interés observado y el rápido cambio de actitudes del personal médico.

**Dra. Morales** Estoy de acuerdo parcialmente, pues en una segunda etapa que se extiende por un periodo ya algo mayor que la primera, hay nuevas

de tercer nivel como la nuestra, no es posible que todas las sesiones, abarquen o no una discusión integral, actualizada y brillante del caso en cuestión, sean siempre didácticas y estimulantes para todos o quizá ni siquiera para la mayoría de su personal, que como el nuestro, está compuesto por una gran diversidad de especialistas con orientación y actividades profesionales muy disímolas.

**Dr. Gutiérrez** Más de uno de los presentes se preguntará qué hacen entre los participantes dos psiquiatras y una psicóloga. Bueno, es tiempo de aclarar ese misterio cuya naturaleza algunos ya habrán sospechado cuando se describió la estructura del nuevo modelo. Efectivamente, recordarán que en el capítulo uno y tres se pide establecer el diagnóstico de salud mental del paciente y de la familia, respectivamente; en el cuarto, correlacionar la patología del primero con su ambiente familiar social y finalmente, en el quinto, realizar el análisis retrospectivo del manejo integral del caso, tareas, todas ellas, ante las cuales el médico no tiene generalmente ni conocimientos ni experiencia, o bien como ocurre en la última que el o los médicos tratantes del paciente en turno, pueden sentir como un enjuiciamiento de su actuación profesional, del cual pueden resultar condenados. Desearía escuchar los comentarios del Dr. Foncerrada sobre estos puntos.

**Dr. Foncerrada** Quisiera referirme primero a lo que observamos cuando los médicos residentes súbitamente se vieron confrontados con la tarea de *explorar* la salud mental, no tanto del paciente, quien a menudo había fallecido o era un lactante, sino, sobre todo, la de la familia. Sentían estar, según sus propias palabras, ante una “nebulosa” y carecer o tener mínimas armas para poder enfrentar primero, y explorar después a la familia. Experimentaban terror a sus posibles reacciones, especialmente cuando el paciente había muerto y tenían conciencia de algún papel yatrógeno de la institución en el desenlace fatal. Debido a esa situación buscaron de inmediato el apoyo y la orientación de miembros individuales del departamento de Higiene Mental, a los cuales pedían un diagnóstico a “control remoto”, prácticamente

sin contar con información pero que, no obstante, nadie pudiese criticar o impugnar, lo que a menudo significaba “que nadie lo entendiese”. Estas actitudes, no obstante, dieron lugar a que se crearan las condiciones ideales para el aprendizaje por ambas partes, esto es, las generadas por un alto grado de motivación. Pudimos, entonces, abocarnos a la tarea de establecer un marco de referencia sobre el cual pudiera apoyarse una exploración que a su vez que fuese útil, no causase daño ni malestar innecesarios. Se delinearon así una serie de conceptos, como de salud mental, trauma psicológico, trastorno psiquiátrico, etc., etc.; se estructuraron guías de exploración y se buscaron sistemas de clasificación diagnóstica tanto de la salud mental del niño como de la familia sobre los cuales pudieran basarse medidas terapéuticas y preventivas para, finalmente poder emitir un pronóstico que mereciese el calificativo de *integral*. Consecuencia del creciente interés sobre la familia fue el que después de una primera etapa en la que se observó una marcada tendencia a condenarlas y a diagnosticarlas regularmente como muy patológicas y hasta “locas”, se pasó gradualmente a otra en la que predominó cada vez más un espíritu de comprensión y de aceptación hacia ellas a pesar de sus fallas y deficiencias, al grado de hacerse difícil emitir un diagnóstico objetivo sobre su estructura y funcionamiento.

**Dr. Saucedo** Creo importante agregar algo sobre las recomendaciones que se dieron a los médicos residentes en relación a las visitas domiciliarias, al darnos cuenta del peligro que encerraba el hecho de que los residentes estuvieran impulsados inicialmente más por la urgencia de cumplir con una exigencia académica que por las necesidades de la familia, sobre todo cuando ésta se encontrase en fase de duelo o, simplemente si no entendiese la presencia no solicitada de médicos en su hogar. Por ello se pidió que la visita se realizase previa cita, siempre que fuese posible y puntualizando sus objetivos en términos aceptables para la familia, lo que implicaba el que pudieran ver en ella un beneficio real o potencial. Por ejemplo, en su caso, darles una información comprensible y detallada de las cau-

sas de la muerte del paciente; la posibilidad de realizar alguna acción curativa o preventiva en uno o más miembros de la familia, etc. Se instruyó cuidadosa y repetidamente a los médicos residentes de manera que tuvieran en cuenta la importancia de puntos tales como: conceder un periodo de carácter social al iniciar la entrevista, utilizar un lenguaje llano, no ser autoritarios, no juzgar ni criticar, estimular la comunicación relacionando fechas con datos; no prometer nada sin tener bases para cumplir con lo ofrecido; observar en todo momento el lenguaje corporal y extra-verbal y correlacionarlo con el contenido del relato o las circunstancias del momento, etc., etc.

**Dr. Gutiérrez** Me gustaría preguntarles a los pediatras si aprendieron algo sobre la salud mental de la familia como resultado de las investigaciones realizadas por los médicos residentes bajo la supervisión del servicio de higiene mental.

**Dr. Barbabosa** La verdad es que fue un tanto sorprendente lo que ocurrió, pues, en relativamente poco tiempo, muchos médicos, sobre todo los residentes, empezaron a manejar con relativa soltura una serie de conceptos de dinámica familiar, como reglas que la rigen tanto implícitas como explícitas, comunicación, alianzas y coaliciones entre sus miembros, conflictos generacionales, límites y disfunciones familiares longitudinales o históricas, en la familia como totalidad y en los subsistemas familiares. Sobre todo lo sorprendente residió en que no se trató de palabrería hueca sino de conceptos útiles para entender el contexto sociofamiliar en que ocurría la patología del paciente identificado, un concepto más, y las recíprocas influencias paciente ambiente.

**Dra. Morales** Sí, efectivamente, todos aprendimos un poco, a mí en particular, la experiencia me hizo reflexionar sobre lo que le pasa a la familia cuando uno de sus miembros se enferma y en qué forma influye sobre el proceso morboso y éste a su vez sobre su estructura y funcionamiento. También creo que nos hizo pensar algo sobre lo que nos pasa a nosotros los médicos en nuestro diario encuentro con la enfermedad y la muerte; en que forma repercute sobre nuestra propia vida



familiar y nuestras relaciones con otros colegas.

**Parece lejano el día en que la exploración de la salud mental sea obligatoria en todo paciente; en el momento actual debiera ser realizada al menos en todo paciente crónico y en aquellos con datos de invalidez emocional, dificultades de relación social y problemas de conducta y/o de aprendizaje. La salud mental es un concepto que rebasa el campo de la Medicina y que es responsabilidad de todos. El médico necesita de mayores conocimientos para poder visualizar a la salud y a la enfermedad como el resultado final de la interacción de fuerzas biológicas, psicológicas y sociales, incluyendo las de carácter político y económico. En este nuevo modelo de sesión se encuentra un instrumento útil para esas tareas y también para evitar la enajenación del médico como resultado de la especialización de la Medicina y poder así conciliar las contradicciones en que se encuentra el médico en etapa de adiestramiento dentro de hospitales de 3er. nivel de atención.**

ciones sobre el comportamiento del niño y su interacción con el ambiente. De hecho, el análisis integral se realizaba apoyándose en la última relación que tuvo el paciente y su familia con el personal hospitalario y nunca en la inicial, seguramente la más importante, por ello, con frecuencia los residentes se limitaban a hablar sobre aspectos intelectuales como desviaciones del desarrollo psicomotor.

**Dr. Foncerrada** Me parece muy importante lo que acaba de señalar la Psic. Escalante. El diagnóstico de la salud mental del niño no se llevará a cabo mientras no sea una obligación la exploración de esa área, al menos en todos los pacientes con un trastorno crónico y datos de invalidez emocional o bien, en aquellos que

**Dr. Gutiérrez** Sí es cierto, los médicos estamos poco acostumbrados a detenernos a pensar sobre esos hechos, a pesar de su evidente trascendencia. Pero, sigamos adelante. Srita Escalante, ¿desea agregar algo?

**Psic. Escalante** Sí. Ya antes se dijo que el diagnóstico de la salud mental del paciente a menudo no tuvo comparativamente hablando la prominencia del relacionado con la familia y sus miembros, a causa de tratarse las más de las veces de lactantes y de diagnósticos retrospectivos, apoyados débilmente por escasa información no siempre confiable y un mínimo o nulas observa-

muestran desviaciones en el desarrollo, baja capacidad de relación con el ambiente o francos trastornos de conducta, se identifiquen o no, deficiencias, carencias o rechazo dentro del ambiente familiar.

**Dra. Morales** La verdad, veo muy lejano el día en que eso llegue a ocurrir mientras prevalezca la idea de que la salud mental es asunto de la exclusiva incumbencia del psiquiatra o del psicólogo.

**Dr. Barbabosa** Eso es muy cierto. Sin dejar de reconocer la importancia de la labor desarrollada por los servicios de psiquiatría, pienso que en general no se ha logrado evitar la persistencia de la vieja división mente y cuerpo a causa de esas actitudes de la mayoría de los médicos.

**Dr. Saucedo** La lucha por incorporarse a la actividad médica contemporánea, esencialmente biológica, las dimensiones psicológicas y sociales e impedir la enajenación del médico en cualquiera de esas dimensiones, como resultado, entre otros factores, de la especialización de la medicina, ha sido preocupación de algunos médicos aislados y una tarea tradicional y prioritaria de todos los servicios de psiquiatría ubicados en los grandes hospitales de concentración o de tercer nivel como el nuestro. Pienso que la división mente y cuerpo o de hecho, cualquier fragmentación del cuerpo, constituyen un fenómeno inevitable ligado a la creciente complejidad y tecnificación de la medicina.

**Dr. Foncerrada** A todo ello se agrega el que los fenómenos psicológicos siguen rodeados de temor, magia y misterio, lo que hace que muchas gentes rechacen a los que se ocupan de ellos mientras que otras los convierten en seres omnipotentes.

**Dr. Gutiérrez** Hay quien sostiene que vivimos una época de transición en lo que se refiere a la atención médica y que el siglo XXI atestiguará una revolución radical en la que el médico se ocupará de complejos problemas en laboratorios muy alejados del paciente y que éste será objeto de la atención de un nuevo profesionista, el "Medic" de la literatura futurista, mezcla de psicólogo, trabajador social, antropólogo y sociólogo, y también de médico familiar. Esto parece aceptable y des-

de luego mejor a lo que pasa actualmente, y mil veces mejor a que se acabe por tener como paciente sólo la relación impersonal con una computadora.

Bien, creo que hicimos una digresión interesante pero que debemos retornar a nuestro tema, las sesiones clínico patológicas y la experiencia con el nuevo modelo. Hágame el favor de continuar Dr. Foncerrada.

**Dr. Foncerrada** Señalamos ya las reacciones a la exploración de la salud mental. Quizá todavía más significativas fueron las reacciones observadas en relación a la *presentación* y la *discusión* del caso. Interesa especialmente las de los médicos tanto de base como residentes que tuvieron una relación directa con el paciente y con su familia. Un hecho evidente y característico de estas sesiones en su versión original radicó en que las figuras centrales en su preparación, presentación y discusión, fueron los médicos residentes del hospital, desplazando de ese lugar a los médicos de base pero haciéndose en cambio, a ellos y en general a todo el personal, objeto de un análisis crítico de su actuación ante el paciente y su familia. Aunque en ningún momento se personalizó la crítica, ni mucho menos se han expresado acusaciones hacia nadie, en más de una ocasión el médico responsable de la asistencia del caso en turno se identificó públicamente a fin de presentar argumentos en apoyo de sus decisiones y justificaciones o atenuantes de sus errores u omisiones. Estas situaciones fueron tratadas con todo respeto y sin espíritu destructivo, destacándose siempre la gran diferencia existente entre un análisis de las acciones médicas bajo las condiciones que vive el médico ante un paciente grave, y otro de carácter retrospectivo contando ya con todos los elementos del estudio y la asistencia del paciente, así como con una visión completa de las vicisitudes y del desenlace de su problema. Pensamos, de todas maneras, que experiencias de este tipo son muy saludables y provechosas, no precisamente porque sea bueno que “los patos les tiren a las escopetas” como alguien dijo, sino porque con ello se rompe la estructura jerárquica, piramidal y rígida que suele encontrarse en las instituciones médicas y se otorga a nuestro hospital una

mayor flexibilidad y con ella, desarrollo y adaptabilidad al favorecer el empleo de canales de comunicación permeables en todas las direcciones y no en una sola. No obstante lo expresado, es necesario reconocer que el procedimiento, por nuevo y desconocido, encierra amenazas y, posiblemente algunos riesgos. Prueba de ello fue la actitud de un médico de base, quien comentó, en relación a un caso en el cual un diagnóstico equivocado o muy tardío fue determinante en la muerte del paciente, que “la culpa de que pasaran cosas como esas sería de higiene mental, pues darle tanta importancia lo psicológico haría que los médicos jóvenes descuidaran el manejo clínico...”

**Dr. Saucedo** Un riesgo real lo constituye el que, así como es indeseable intentar explicar todas las alteraciones patológicas humanas en términos biológicos, lo es igualmente “psicologizar” fenómenos que no lo son, al menos exclusivamente, y que el médico necesita mayores conocimientos que le permitan tener una visión integral de los fenómenos de salud y enfermedad como el resultado final de la interacción de fuerzas, no solo biológicas y psicológicas, sino también sociales, y entre estas, muy especialmente las de carácter político y económico.

**Psic. Escalante** En planteamientos como el que acaba de hacer el Dr. Saucedo, se puede identificar una contradicción en la que se debaten instituciones como la nuestra, al asumir simultáneamente el papel de hospital escuela y hospital de tercer nivel: Como hospital escuela, entrena a médicos pediatras para tener una visión integral de los fenómenos biológicos, psicológicos y sociales que influyen en la salud y la patología humanas y, como hospital de tercer nivel, proyecta la visión del super especialista, el profesionista que resuelve los problemas que no encuentran solución en el primero y segundo nivel de atención y quien, por definición, fragmenta el cuerpo humano y estudia los detalles, libre de toda preocupación de integrarlos en una unidad biopsicosocial.

**Dr. Gutiérrez** Creo que precisamente en actividades como las sesiones clínico patológicas se dan las condiciones para intentar conciliar

estas contradicciones.

**Dra. Morales** Me parece que en esa situación se encuentra una de las explicaciones de la disminución del interés en las sesiones clínicas patológicas generales, pues muchos especialistas tienen sesiones clínico patológicas en sus propios servicios, en las cuales encuentran satisfacción a sus necesidades, lo que no sucede, al menos con igual frecuencia, en las generales.

**Dr. Foncerrada** Siento que estamos logrando ponernos de acuerdo. Por un lado, hay fundamento para ver en el nuevo modelo un instrumento eficaz en la lucha contra la enajenación del médico y por otro, existe el peligro de desvirtuar ese instrumento o de invalidarlo si las sesiones se norman por un sistema rígido de cartabón y no permite que cada una en particular se adapte a los objetivos específicos que persigue. Hace tiempo que algunas sesiones se manejan implícitamente de esa manera. Es necesario que el mensaje sea totalmente explícito, esto es, que se legitimize el que en algunas ocasiones el objetivo que se persigue en la presentación de un caso sea precisamente la comprensión integral del paciente, haya o no muerto, y de su patología en sus dimensiones biopsicosociales, mientras que en otras se justifique dar mayor énfasis o se trate en forma exclusiva algún aspecto en particular, sea este biológico, psicológico o social, siem-

pre y cuando la decisión obedezca a un propósito didáctico y no a un fenómeno de evasión o de enajenación del médico o de la institución.

**Dr. Barbabosa** Dicho en otras palabras, el paciente debe ser *siempre* objeto de una atención médica integral pero las sesiones clínico patológicas *no siempre* deben tener como objetivo el probar que este principio se cumple en el hospital.

**Dr. Gutiérrez** Podemos afirmar, en conclusión que la experiencia con este tipo de sesiones clínico patológicas merece inscribirse dentro del moderno concepto de "medicina de la conducta", un campo interdisciplinario dedicado a integrar los conocimientos biomédicos y los de la ciencia de la conducta, que ha contribuido en alguna medida a borrar la vieja división entre mente y cuerpo y a aumentar el interés del trabajador de la salud por conocer los efectos de la enfermedad en el desarrollo emocional de quien la sufre y en la estructura y funcionamiento de su familia; por determinar la influencia tanto de las emociones como de la familia en la evolución de la enfermedad como también por comprender lo que le pasa al propio personal médico en su encuentro con la enfermedad y la muerte, con el enfermo y su familia, con su grupo de trabajo y con la institución en la que labora.



NUMEROBIBLIOTECA DE INVESTIGACIONES  
FACULTAD DE MEDICINA  
U. N. A. M.