

LA DIMENSIÓ SOCIOLÒGICA DEL CÀNCER A TRAVÉS DEL MÈTODE DE CASOS*

Alicia E. Kaufmann

1. Introducció al mètode de casos

En el camp de la sanitat, particularment en relació a la cura dels pacients, sorgeixen una sèrie de conflictes a causa, d'una banda, del tractament fragmentari que reben en l'actualitat els pacients, (1) i de l'altra, dels problemes de comunicació existents entre el personal, comunicació que també es reproduceix en la relació terapèutica.

Si bé en els manuals d'infermeria se cita amb freqüència situacions d'aquest tipus, són pocs els treballs que miren de trobar una solució al problema. Entre ells es troben els de F. Mac Gregor (2) que proposa el mètode de casos que permet superar aquests conflictes a través de la discussió grupal. A partir del reconeixement d'aquesta situació, es pretén (a) explicar en què consisteix i quin són els seus principals avantatges i (b) aplicar aquesta metodologia per interpretar i resoldre el cas d'un malalt de càncer de pulmó.

El mètode de casos és la descripció d'un fet real, que reproduceix una situació conflictiva, a partir de la discussió grupal. Es tracta d'un mètode pedagògic, una forma d'aprenentatge en comú, dirigit a la formació d'adults. És un mètode eficaç per "comprendre" i "resoldre" problemes de relacions humanes problemàtiques. (3)

A partir de la discussió grupal es pretén determinar quin és el problema principal, després cercar solucions adequades que suggereixin camins d'acció, avaluar el realitzat fins el moment i discutir tots els ítems vinculats al cas.

El mètode de casos a més de "comprendre" situacions problemàtiques, permet aconseguir una sèrie d'objectius addicionals: (a) localitzar l'essencial, això significa que la persona que comença a iniciar-se en el tractament de situacions conflictives pot estar més disposada a confondre l'accessori amb l'essencial, el formal amb el significatiu. Es pretén, doncs, capacitar l'individu perquè determini quin és el nus fonamental del qual es desprenen els altres elements; (b) comprendre l'estructura de la situació; allí on el principiant veu un conglomerat de fets, una seqüència imprevisible de successos, l'home d'experiència capta el principi organitzador de l'estructura. La seguretat en la captació del sentit és el que permet al seu torn una seguretat en l'acció. La confusió en la percepció, el dubte fa que es recorri a solucions fetes, que freqüentment són inoperants; (c) ampliar la pròpia experiència. Quan s'interroga un professional "ple d'experiència" sobre el que li dona seguretat en les seves accions, respon que es tracta d'un hàbit, resultat de l'acumulació d'experiències. Si hom el

* Desitjo expressament mencionar unes persones sense l'ajuda de les quals l'elaboració d'aquest cas no hagués estat possible: Ma. Josefa Bonet, assistent social de l'AECC de Barcelona que proporcionà les dades aquí presentades, Ma. Iluminada Merino Merino, Ma. Josefa Casas Gudiel, Carmina Costi Lara i Anna Ma. Bergua Burrel, alumnes de l'Escola Universitària d'Infermeria de Santa Madrona l'interès i la imaginació de les quals van ser el motor del cas i el senyor Pere Novella, les valuoses suggerències del qual van contribuir a les conclusions obtingudes.

continua preguntant "explica casos", comenta la seva rutina en el treball. Però el qui cau en la rutina, limita la seva percepció del món i té poques coses a dir i ensenyar. La repetició forma una vida "sense història", genera monotonia, redueix l'interès, l'acció i, finalment, l'aprenentatge. Contràriament, una existència professional "activa" i "creadora", ja no és una successió de casos, sinó que és una sèrie de situacions en les quals el personatge ha estat compromès, i és justament aquesta experiència la que genera un coneixement vàlid; (d) intercanviar punts de vista, sovint l'anàlisi solitària es veu frenada per prejudicis. No és possible pensar d'una manera objectiva sobre un problema humà, mentre el subjecte que reflexioni sobre ell no conegui les seves pròpies limitacions. La utilitat de la discussió grupal és que no sols permet l'intercanvi d'idees sinó que intervé com a agent desvetllador de la subjectivitat i com a element generador de canvis; (e) permet superar la separació entre teoria i pràctica, l'objectiu bàsic del mètode de casos és formar persones que "sàpiguen fer". Això significa superar l'antic problema de formar gent sàvia, però que en la pràctica sigui poc eficaç. La formació a través del mètode de casos exigeix la síntesi activa i permanent del saber teòric i de l'experiència pràctica. Per a la resolució de problemes no serveix memoritzar conceptes, o aplicar solucions fetes o receptes, sinó que és necessari aconseguir un coneixement que parteixi de la realitat; (f) incrementar el grau de compromís durant l'aprenentatge. La formació en la comprensió i el maneig dels problemes humans no pot fer-se sense un canvi personal d'actitud. El compromís que s'adquireix a través del mètode de casos és inseparable d'un canvi d'actitud, en la qual la major objectivitat (deixant fora les motivacions inconscients), s'uneixi a una més gran comprensió.

2. Anàlisi del cas

a) *Història de vida del pacient*

"... em vaig dir, prefereixo morir en una platja o en un prat qualsevol, que em pugui buscar jo, però aquí dins, és horrorós, no entra ni la llum del dia..."

El senyor Romero té 60 anys. És natural de la Corunya, Galícia. Va acabar el batxillerat superior i domina l'anglès i el francès. En el seu medi ambient és molt popular, té infinitat d'amics i en general mostra una personalitat rebel. Els seus pares, de classe mitjana, tenen una bona situació, i això li permet, en part, dur una vida bohèmia.

Casat en primeres noces amb una dona de classe social superior a la seva, té una filla i se'n van al cap de poc temps de casats a una altra ciutat. El senyor Romero és un intel·lectual compromès i participa en una sèrie d'activitats polítiques que el porten a la presó. Durant la seva estada en ella, la seva dona el visita un sol cop i a poc a poc la distància entre ambdós es va fent més gran. Després de la ruptura definitiva, fa un viatge per Europa i Estats Units, utilitzant els idiomes com a mitjà de vida.

En tornar a Espanya, quatre anys més tard, coneix la que seria la seva segona esposa, de classe inferior a la seva i que té tres fills de seu anterior matrimoni. S'enforteix la relació afectiva entre els dos, es presten mútua ajuda, i d'aquesta unió neixen quatre fills més. És aquesta dona la que l'acompanya durant el procés de la seva malaltia.

b) *Història del tractament*

El cas del senyor Romero, es conegué quan la seva segona muller demanà ajut a l'associació Espanyola contra el Càncer perquè la malaltia del seu marit estava molt avançada i la família es trobava amb problemes econòmics greus.

Els primers símptomes es manifestaren el mes de juliol amb l'aparició de dos bonys en les aixelles. Com a primer diagnòstic informen al pacient que es tracta d'un lipoma sense cap importància, i li recomanen un tractament amb cremes i massatges.

Posteriorment un dels dos bonys augmenta de tamany i apareix un altre a nivell de la columna cervical. Tres mesos més tard li surt un altre en el pit per la qual cosa el pacient

acud a la consulta privada d'un metge que el rebé després d'una llarga espera. Aquest li proporciona un segon diagnòstic que denega el primer en els següents termes: "Qui li ha dit que es tracta d'un lipoma? Jo no sé el que és. El que podem fer és operar-lo".

L'envien a una clínica privada per la intervenció, el que suposa una elevada quantitat que ell no tenia, demana aleshores ajuda a la seva primera dona, la qual la hi nega.

En l'interim la malaltia continua el seu curs, els bonys augmenten el seu tamany, per la qual cosa decideix fer una consulta en un important hospital de Barcelona. Les seves primeres impressions respecte a la trobada amb la institució la descriu d'aquesta manera:

"allò era una veritable odisea, anava a l'hospital cada dia a les set del matí per aquells terribles soterranis, tan tètrics, gent estirada en els bancs, a terra. Fins i tot captaires bruts, allò era horrible".

I encara en aquelles condicions era difícilíssim entrar; ho va poder fer després de llargues esperes i recomanacions al cap de set mesos. Segons el pacient, ell estava disposat a tot, a operar-se, a internar-se, malgrat que desconeixia el diagnòstic perquè ningú no li havia confirmat, però suposava que es tractava d'un càncer. L'internament no va suposar una atenció mèdica immediata, perquè coincidí amb un simposi de cirurgia gàstrica, raó per la qual el servei va estar paralitzat durant més d'una setmana. A mesura que es familiaritzava amb la institució el rebuig envers aquesta anava augmentant, segons les paraules del pacient:

"vaig estar en una mena de tub subterrani, certament depriment, en entrar a l'esquer-ra hi ha una sala de quiròfans i a continuació una sala oberta, sense portes, jo almenys no les vaig veure. Hi havia uns senyors amb aparells i tubs pel ventre, pel nas, des-fets..."

Allà va estar una setmana convivint amb pacients en un estat de la malaltia molt més avançat que la seva, la qual cosa incidí d'una forma negativa sobre el seu estat d'ànim. Al cap d'una setmana, el cap d'equip li explicà el que se li havia fet fins aquell moment i li donà un tercer diagnòstic en els següents termes:

"Vostè té un limfoma que no necessàriament porta a la mort. Aquí tenim el cas d'un metge que té un limfoma fa dos anys, s'ha operat dos o tres cops i continua en tractament..."

Malgrat el diagnòstic, i l'estímul comparatiu, el pacient és concient que s'ha perdut massa temps, set mesos, període en què la malaltia ha seguit el seu curs. Això ho expressa dient:

"Jo vaig recórrer massa tard, el limfoma estava molt avançat. El tumor de l'aixel·la pesava, almenys, mig quilo i el tumor cervical era del tamany d'una taronja, enorme..."

Deixa l'hospital per pròpia voluntat i decideix anar a una clínica privada per la realització de la biòpsia. El resultat d'aquesta és el diagnòstic definitiu, es tracta d'un limfoma folicular. El pacient suposava el que era i explicà a l'assistent social:

"... jo ja sabia el que era, és clar, em vaig dir, bé doncs a una altra cosa perquè no hi ha solució, ja no hi ha res a fer, i a una altra cosa... Al començament és potser una idea d'ensorrament, hom es queda ensorrat per la realitat, però a poc a poc es va acceptant... Ho vaig acceptar, com diria jo?, d'una manera freda, potser per l'edat que tinc les coses s'accepten més fredament, amb més resignació; si tinc 60 anys i haig de viure 10 més fet una porqueria, tant se val morir 10 anys abans o després..."

L'acceptació de la malaltia, en reconèixer els límits, les etapes del malalt terminal descrites per E. Kübler Ross (4) s'observen clarament a través dels seus pensaments.

Malgrat aquesta "aparent" acceptació de la malaltia alhora acompanyada d'un ànim de "lluïta" de no acceptar el paper de malalt (pel rebuig de ser internat), ni d'acceptar les conseqüències inevitables de la malaltia que el priva d'aquesta autonomia, d'aquest poder de decisió pel qual el senyor Romero sempre lluità; aquestes actituds s'observen en les seves afirmacions quan diu:

“... El càncer ja no hi ha qui el guareixi ni qui me'l pal·lii; ja he passat per la radioteràpia, he passat per tot i ja no hi ha res a fer, de manera que veig oportú romandre a casa, tranquil i quan vegi que la cosa es complica, doncs no ho sé... és molt probable que prengui alguna decisió pel meu compte. Possiblement quan m'estigui ofegant, no permetré que el càncer acabi amb mi...”

Després del diagnòstic definitiu se li recomana un tractament a base de radioteràpia que només farà que pal·liar la malaltia. Visita un cinquè metge, que resulta molt amable a nivell privat, però indiferent a nivell hospitalari, que el fa passar després a una metgessa jove. La seqüència de situacions conflictives amb metges culmina aquesta relació nefasta i el pacient per evitar enfrontaments aprofita les vacances de la doctora per fer un canvi de metge. Aquest últim li confirma el desnonament, les sensacions que el pacient ja havia verificat pel ell mateix:

“... cada dia estic pitjor, estic arribant a un moment en què no puc caminar, ni menjar, quasi bé no dormo, és a dir són uns símptomes fatals...”

El metge li proposa d'internar-se, explicant els beneficis de l'internament que només li serviran per disminuir el dolor, en una situació de semiinconsciència, mentre que restar a casa seva li suposa no suprimir els dolors però continuar conscient.

El pacient es nega a ser internat, es nega a seguir el tractament, el que suposa una situació conflictiva i inacceptable per al personal encarregat d'atendre'l, perquè consideren que seguir el tractament li significa un any més de vida. Es tracta d'un pacient difícil, que col·labora poc? Quina és la conducta més aconsellable a seguir en aquest cas? Es comença el debat considerant la seqüència de la malaltia.

c) Quadre núm. 1: Representació del tractament

PROCÉS TRACTAMENT				
EVOLUCIÓ SÍMPTOMES	I RECERCA LEGITIMACIÓ ROL DE MALALT	II DIAGNÒSTICS AMBIGUS	III RESPOSTA PACIENT	AVALUACIÓ PACIENT BO O DOLENT?

SEQÜÈNCIA DE SÍMPTOMES DIAGNÒSTIC I RESPOSTES DEL PACIENT

1. Primers símptomes, bonys en l'aixella. Primer diagnòstic/limfoma sense cap importància.
2. Símptomes posteriors. Al cap de tres mesos bonys incrementats. Un altre bony al pit. Denegació primer diagnòstic. No se sap el que és. Es proposa intervenció.
3. Desig de recuperació. Internament al cap de set mesos. Primeres impressions de la institució. Diagnòstic definitiu de càncer. Tractament pal·liatiu.
4. Rebuig a seguir el tractament, rebuig a internar-se.

Tot això suposa el plantejament d'un problema que el personal sanitari ha de solucionar. La interpretació i solucions d'aquest poden ser múltiples i estaran condicionades per la ideologia, experiència prèvia i professionals encarregats d'atendre el pacient. La que es presenta aquí és tan sols una de les moltes lectures que es poden fer i que pretenen explicar les motivacions de la conducta del pacient que presenten una situació de conflicte per al personal, és a dir:

El refús del pacient a ser hospitalitzat.

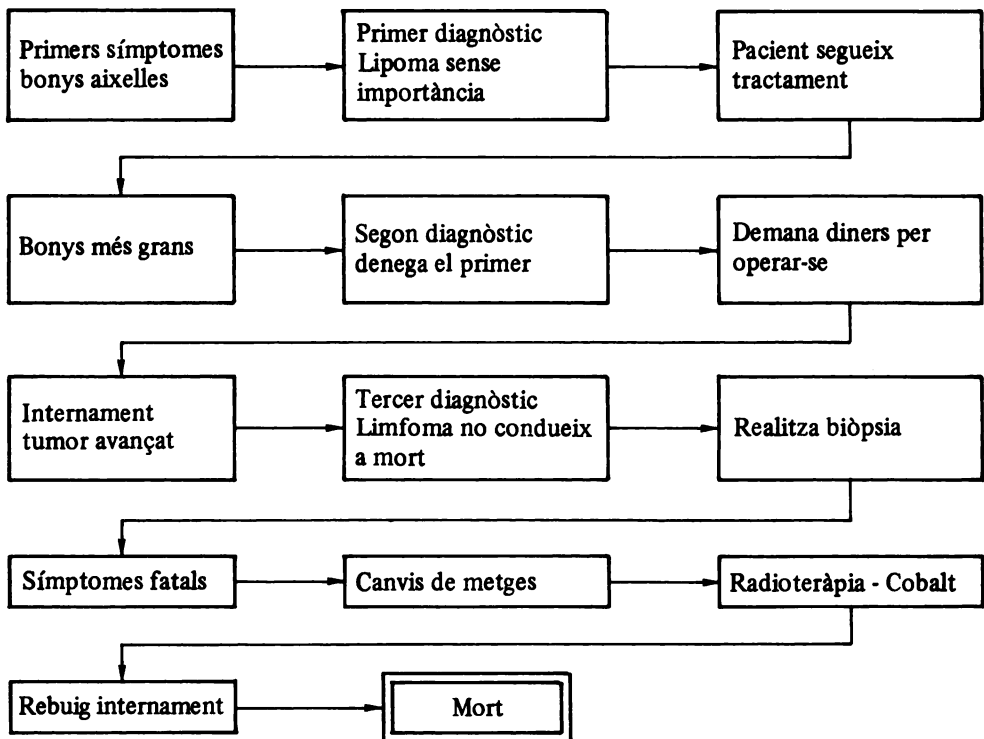
El grup ha tingut en compte algunes dades significatives de la història de vida del pacient que aporten elements per comprendre la seva actual conducta. Les dades biogràfiques i del tractament mostren una actitud de qüestionament enfront del sistema social, concretat en un primer moment per l'autoritat paterna, la qual rebutja esgrimint valors oposats als del seu grup de pertinença. En segon terme una actitud crítica enfront del sistema polític en el qual li toca de viure, el franquisme, que es materialitza a través de la seva militància que el porta a la presó.

Partim de la hipòtesi que aquesta experiència d'internament en la presó durant la seva joventut és un fet que el marca profundament i que condiciona en gran part la seva actitud de rebuig enfront de la institució hospitalària.

D'altra banda, les seves frustracions tant emotives com professionals poden explicar en part l'aparició de la malaltia, accelerada per la tensió psicològica que li provoca la sensació d'abandonament, en primer lloc, de la seva primera dona, que li nega l'ajut econòmic per efectuar l'operació quirúrgica recomanada, quan li diu: "mor-et de fàstic, llença't al tren o al metro". Aquesta fou la resposta d'una dona milionària a la qual no li interessa més que els quartos.

Hi ha una sensació d'abandonament que es repeteix en el tracte del metge, segons que es troba en la consulta privada o en l'hospital; sobre aquest tracte diferenciat hi ha una abundant documentació a través de la literatura sociològica (6):

"en la visita privada el metge fou molt amable, simpàtic, afectiu, és clar jo era un pacient privat... L'he tornat a veure en la Creu Roja, un o dos cops, em va veure i ni tan sols em saludà, podia haver preguntat com em trobava? Res, no em va fer ni el més mínim cas".



Les seves frustracions emotives es visualitzen a través de la ruptura del seu primer matrimoni, la seva frustració laboral en la discontinuïtat del seu treball com a traductor, sumat a les frustracions de no poder realitzar el que realment desitja, que és ser escriptor.

Aquesta situació genera un desajust entre les seves aspiracions (ser escriptor famós) i allò que aconsegueix (ser traductor mal pagat); això el porta a assumir una conducta desviada a través de la malaltia, com una de les múltiples respostes enfront d'un medi frustrant.

La seva negativa a l'hospitalització pot entendre's aleshores a partir d'una diversitat de perspectives: a partir de l'anàlisi de la seva història de vida, de la seva estructura de personalitat, de la història del seu tractament i malaltia. Apareixen dues actituds "aparentment contradictòries": la seva recerca d'ajut inicial i el seu rebuig a ser hospitalitzat després. Això s'explica a partir del fet que el seu nivell cultural el possibilita de conèixer els beneficis d'un diagnòstic i un tractament precoç, però el seu nivell econòmic l'impedeix de portar-ho a la pràctica.

Més endavant es troba amb la realitat objectiva d'un pabelló de cancerosos, la qual cosa li provoca un profund rebuig, que obeeix —pensem— a les primeres impressions que suposem va tenir a la presó.

Basaglia descriu en un interessant article les seves primeres impressions de la presó comparant-les amb un manicomi; nosaltres recollim aquestes impressions i fem un paral·lel amb la percepció que el senyor Romero té de l'hospital. Respecte a la presó, Basaglia es refereix en els següents termes:

"el primer cop que vaig entrar a una presó... era l'hora en què buidaven les gibrelletes en la cel·la i la meua primera impressió fou la d'entrar dins una enorme sala anatòmica on la vida tenia l'aspecte i l'olor de la mort"(7)

Respecte a la institució hospitalària, el pacient comenta el següent:

"Al començament, hagués ingressat en qualsevol lloc perquè no sabia el que era això. Jo mai no havia estat malalt. No sabia el que era un hospital, però quan ho vaig veure allò era terrible, els mateixos metges ho reconeixen".

"Allà un malalt entra malalt i es posa més malalt encara, en veure aquest ambient... no es podia parlar amb ningú, hi havia com una disciplina de caserna, brutícia pertot arreu... allò era espantós, m'havia de tapar el nas amb un mocador, fugir i anar per aquells passadissos enormes per no sentir aquella pudor."(8)

Observem l'analogia en la percepció d'ambdues institucions a través dels comentaris d'ambdós autors. Analogia entre cel·la i sala, la disciplina de caserna, la incomunicació "no es podia parlar amb ningú", barregen així la noció de "mort social" a través de l'aïllament, amb la "mort real" com a càstig, tant en el sentit real com figurat. Mort social, reforçada per la interacció amb el personal autoritzat que fomenta el procés de pèrdua d'identitat dels que ingressen allà. En relació a aquest aspecte, Basaglia ho descriu d'aquesta manera:

"L'equip (...) estava compost per detinguts privilegiats que podien sortir de les cel·les, la qual cosa posava en evidència com en les presons existia una estratificació social sobre la qual es fomenta un tipus de vida completament autònom: la vida de la segregació. L'home i la presó eren una realitat, el carceller i l'empresonat, ambdós havien perdut tota qualitat humana adoptant el segell i la importància de la institució. ... l'home havia perdut la seva dignitat humana"(9)

Respecte a la deshumanització del personal, el pacient es queixaria de tot:

"El tracte en general del personal és bastant dur. És un tracte completament deshumanitzat, el malalt és un ens, un número que els interessa per a la seva carrera, però no com a malalt ni com a persona humana, aquesta és la veritat".

La deshumanització en el tracte, i la despersonalització dels individus en les institucions totals, pensem que no són més que el reflex d'una mateixa situació: el lloc que ocupa l'individu no productiu en la societat capitalista (10).

Presó i hospital presenten, aleshores, una sèrie de semblances en el sentit de Goffman

(11). Un hospital és una institució total per tal com genera una pèrdua d'identitat, una submissió a horaris, una submissió al personal, una "diferència" respecte als que estan fora. A partir d'aquestes semblances recordem que el pacient va estar empresonat per motius polítics en la seva joventut i suposem que la seva descripció d'hospital està molt influenciada per aquestes experiències primerenques.

És a partir de l'anàlisi minuciosa (que va més enllà de la primera percepció global) que pensem que hi van haver altres causes que motivaren el rebuig; són aquestes:

L'aïllament: entès com a humiliació perquè separa el pacient del seu medi, del món exterior. Aïllament que genera tensió, i que és utilitzada com a palanca estratègica per al maneig dels homes. A nivell hospitalari, el malalt és un desviat social, incomunicat amb l'exterior i que es veu sotmès a una sèrie de normes establertes per la institució.

Privació de l'autonomia: tant la institució carcellera com l'hospitalària forcen l'individu a realitzar accions en contra de la seva voluntat; no és lliure d'elegir horaris, ni distraccions, ni tan sols amistats, com quan diu: "anava cada dia a les set del matí per aquells terribles soterranis" o més endavant "en veure'm en una saleta amb altres tres senyors de 80 anys, no es podia parlar amb ningú". Aquesta manca d'autonomia i de llibertat d'acció es tradueix en la impossibilitat de realitzar tots els actes en els quals en la realitat civil l'actor demostra el domini que té sobre el món.

En aquest cas concret, aquests aspectes contrasten amb la vida bohèmia que sempre ha dut el pacient, essent per tant la privació de l'autonomia molt més rebutjada. No obstant això, la lluita pel manteniment d'aquesta s'observa en més d'una ocasió: "prefereixo morir en un prat qualsevol que jo em busqui", o quan diu "quan vegi que la cosa es complica és molt probable que prengui alguna decisió pel meu compte (...) no permetré que el càncer acabi amb mi".

Sentiment de pèrdua de temps: atès que l'estada del pacient en el centre no està totalment acceptada, té la sensació que li estan robant el temps. Pel fet d'estar internat, l'individu no pot portar a terme les seves activitats habituals, aguditzades pel coneixement de l'estat terminal de la seva malaltia. Al respecte manifesta:

"allà vaig estar una setmana... finalment, veient el que s'havia de fer —una biòpsia, d'operació res—, em vaig dir: i per què m'haig de quedar més dies aquí, si no hi faig res. Me'n vaig al carrer."

La consciència del seu estat terminal el porta a voler decidir el que vol fer amb el temps que li queda, reafirmant d'aquesta manera la seva autonomia:

"el metge ha d'ésser un home honest i dir amb tota la cruesa el diagnòstic; per exemple, dir-li: Vostè té un càncer, viurà tant de temps, aprofiti'l i faci el que hagi de fer; si té càncer, fins i tot animar-lo perquè faci algunes coses".

Violència institucional: com element comú entre ambdues institucions, pensem que el despull dels objectes personals constitueix la primera violència que atempta contra la identitat de la persona. En la presó l'agressió física de què pot ser objecte un individu aguditzada aquesta pèrdua de seguretat personal, així com els privilegis que beneficien injustament altres persones poden generar una forta tensió psíquica.

En l'hospital segons quins fets, com pot ser una intervenció quirúrgica, en el cas del senyor Romero la biòpsia, generen una forta tensió perquè impliquen una pèrdua d'integritat física que es tradueix en una tensió psicològica per por de no poder mostrar als altres la pròpia imatge habitual.

D'altra banda veiem l'agressió verbal manifestada en el maltractament que rep, així com en el desconeixement del tractament que li apliquen en cada moment.

Aquestes agressions s'observen al llarg de quasi tota la seva vida, primer a la presó on possiblement fos objecte de violència física, després en relació a la seva vida matrimonial i ara respecte a l'assistència institucional que és captada pel pacient d'aquesta manera:

"a l'esquerra hi ha una zona de quiròfans, a continuació una saleta sense portes... hi havia senyors desfets, nusos amb aparells i tubs pel ventre i pel nas... allò era horrible, crec que estaven en recuperació. Després hi havia una sala amb dos o tres malalts queixant-se, acabats d'operar, anaven a operar-se com si anessin a menjar xurros... allà la gent no té ni idea del que és això."

Com diem abans, tots aquests actes poden provocar en el pacient una pèrdua de la seva seguretat personal, la qual genera una forta tensió psíquica. En ella també influeixen altres factors com pot ser la manca d'afectivitat, el fet que la seva esposa el visiti només un cop durant la seva estada a la presó i l'absència de qualsevol altre tipus de sosteniment, va poder marcar-lo profundament.

Pèrdua d'identitat: si bé aparentment l'ingrés voluntari a una institució no causa aquests efectes, la manca d'interès per part dels professionals mèdico-sanitaris, així com les males atencions que el pacient cita, bé poden provocar aquestes conseqüències.

Així en una institució carcellera l'individu constitueix un objecte que és classificat i programat, la qual cosa comporta un canvi en la seva imatge. Paral·lelament, en un hospital el malalt és considerat com a un objecte, un número, i sovint ni se'l coneix pel seu nom, i així ho capta el pacient:

"... el tracte en general és bastant dur. És un tracte completament deshumanitzat, el malalt és un ens, un número que els interessa per a la seva carrera, però no com a malalt ni com a persona humana..."

Pèrdua d'identitat que està agreujada per la manca de comunicació dels pacients per raó, sovint, de l'heterogeneïtat de les persones amb les quals es veuen obligats a conviure, "en veure'm en una saleta amb tres senyors de més de 80 anys, no podia parlar amb ells, no podia parlar amb ningú."

A més dels factors abans esmentats, pensem que existeixen altres que reforcen la percepció negativa de la institució hospitalària; d'una banda, l'ambivalència en els diagnòstics mèdics i el consegüent desengany, i de l'altra, la possibilitat de contrastar la realitat que li toca viure amb una experiència passada, que és el coneixement d'un hospital als Estats Units, on el tracte era més humà a causa, en part, de les dimensions d'aquest hospital.

La diferència entre ambdues institucions es reflecteix a través de les seves observacions:

"era una clínica privada d'una fàbrica siderúrgica... allò era una meravella, hi havia habitacions privades, un afecte en la gent, una atenció tremenda. Sempre hi havia poca gent, entre setanta i cent malalts, mai no superaven aquesta xifra, i no aquesta massificació enorme que hi ha en aquest hospital."

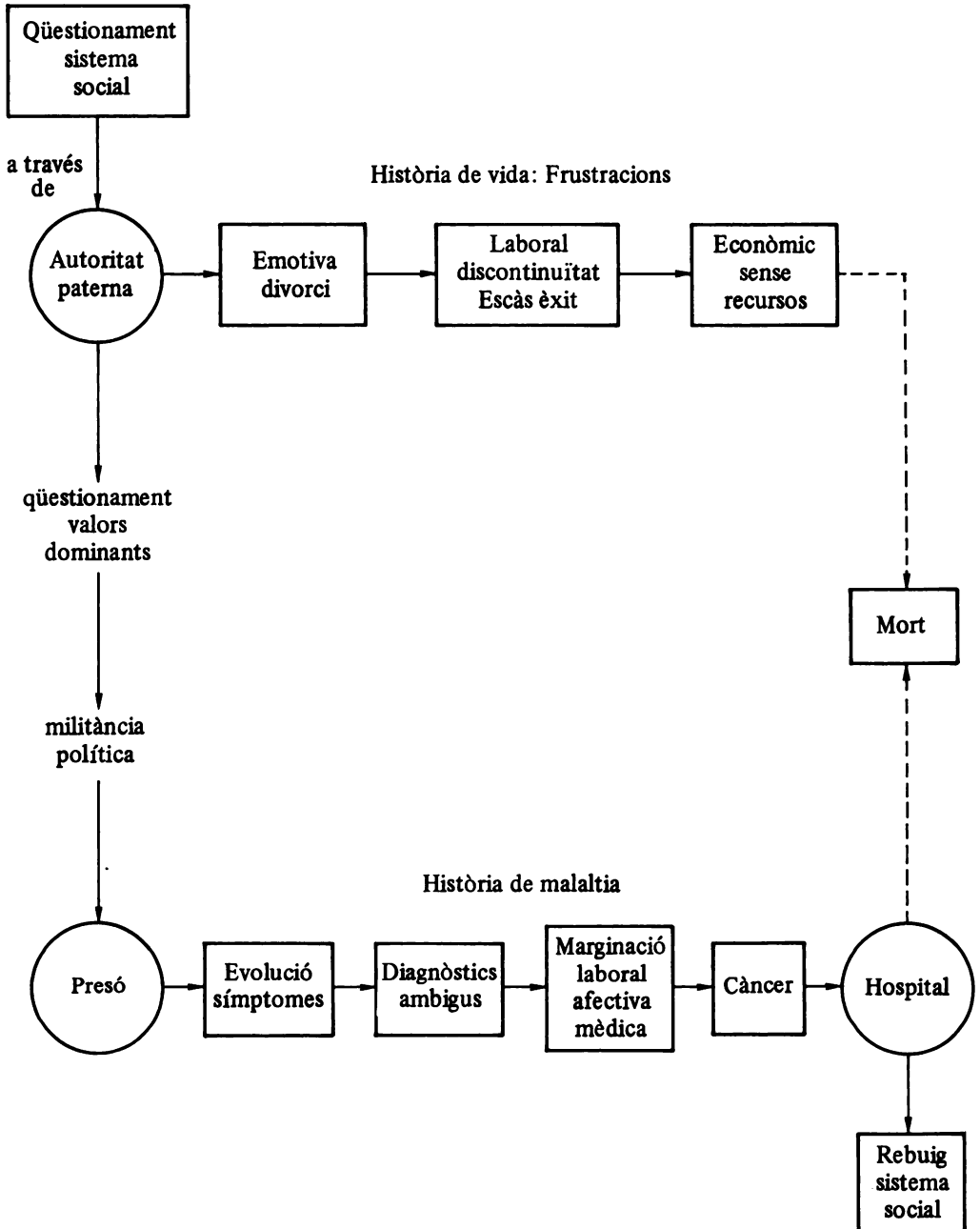
"vaig estar en una mena de tub subterrani, una cosa depriment (...) hi havia uns senyors desfets, nusos, amb aparells i tubs pel ventre, pel nas, allò era horrible, crec que estaven en recuperació."

Surt un detall que explica més encara la percepció de la diferència i és que el pacient un dia preguntà a l'encarregat de l'hospital de Barcelona quants anàlisis feien cada dia, i aquest li respongué: "el matins en fem 250 anàlisis de sang de consulta externa, a més els de l'hospital després", això donava una idea de la massificació només en un aspecte.

Aquesta experiència positiva als Estats Units va poder ser en un començament una raó favorable a l'ingrés. Però el xoc amb la realitat actual és el que li fa canviar d'actitud, sumat a l'ambivalència diagnòstica i al fet de reviu experiències conflictives vinculades amb la seva situació carcellera, són tots elements que, pensem, expliquen la seva negativa a ésser hospitalitzat.

La visió de l'hospital i la percepció del seu acabament li fan reflexionar en allò que re-

REPRESENTACIÓ GRÀFICA DEL CAS: CONCLUSIONS



presenta una mort institucional respecte a l'idea que ell tenia de morir, a casa seva, voltat dels seus sers estimats. L'actitud davant la mort ha variat a través del temps, així com la forma i el lloc (12). S'ha passat de morir en família a fer-ho en el si d'una institució hospitalària a causa, sobretot, dels progressos tècnics que generen canvis d'actitud a nivell de les persones. La seva actitud d'enfrontament directe amb la mort: "... hom ja l'ha viscuda i està tip de tot o de quasi tot, tant se val morir 10 anys abans que després", és també una causa d'enfrontament amb el personal, el qual igual com la resta de la població tendeix a negar els aspectes conflictius de la realitat, fins i tot la mort.

Això té conseqüència en la polarització de les opinions dels professionals i és un fet que accelera encara més la sortida de la institució.

Després d'analitzar aquest cas ens preguntem davant de quin tipus de pacient ens trobem, i en conseqüència quin és la millor manera d'ajudar-lo. La concepció del pacient està determinada pel grup que el tracti i la seva ideologia.

La seva estructura de personalitat que es manifesta a través de la seva curiositat per conèixer la realitat de la seva situació, els problemes que planteja el personal sanitari, els seus problemes econòmics, socials i laborals, el poc habitual de la seva concepció de la malaltia i la mort, el rebuig a la institució, etc. poden configurar-lo com un bon o mal pacient.

Creiem que és un "bon pacient" en el sentit que no és un malalt passiu al qual se li apliquen unes tècniques més o menys rutinàries, sinó que provoca un qüestionament que enriqueix el personal i determina que tinguin un concepte diferent del malalt i de l'atenció que se li ha de tenir.

D'altra banda, podríem dir que "és un mal pacient" atès que si bé accepta els diagnòstics, no col·labora en el tractament malgrat que rep ajut extern (financiació AECC). A més a més és molt exigent tenint en compte la realitat hospitalària, és a dir, la situació del personal, sotmès a un desgast pel tracte quotidià amb un nombre elevat de malalts, els quals, a més, són terminals en la majoria dels casos.

BIBLIOGRAFIA

- 1 D. DELÈGE, *Humanisons les hôpitaux*, Institut Sandoz d'études de santé et d'économie sociale, (Maloine éditeur, París 1978)
- 2 FRANCES COOKE MAC GREGOR, *Las Ciencias Sociales y la Enfermería: Su Aplicación para el Cuidado del Paciente* (la Pensa Mèdica Mexicana, Mèxic 1968)
- 3 R. MUCCHIELLE, *El Método del Caso*, (Ibérico Europa Ediciones, Madrid 1970).
- 4 E. KUBLER-ROSS, *Questions and Answers on Death and Dying*, (MacMillan Publishing Co., Inc., New York 1974)
- 5 Declaracions del pacient el cas del qual s'analitza.
- 6 G. CHAUVENETTE, *Medicine au Choix, Médecine de Classes* (P.U.F. Ed. politiques, París 1978).
- 7 F. BASAGLIA, El Hombre en la Picota, en *Psiquiatría, Antipsiquiatría y orden manicomial*, (Barral Editores 1975).
- 8 Cites del pacient.
- 9 F. BASAGLIA, op. cit.
- 10 J. C. POLACK, *La Medicine du Capital*, (Ed. Francois Masperó, Cahiers Libres, París, 1972)
- 11 I. GOFFMAN, *Internados*, (Amorrortu Ediciones, Buenos Aires 1976)
- 12 A. KAUFMANN, "La muerte en la sociedad industrial: una perspectiva sociológica", (Revista Rol de Enfermería núm. 27, octubre 1980).