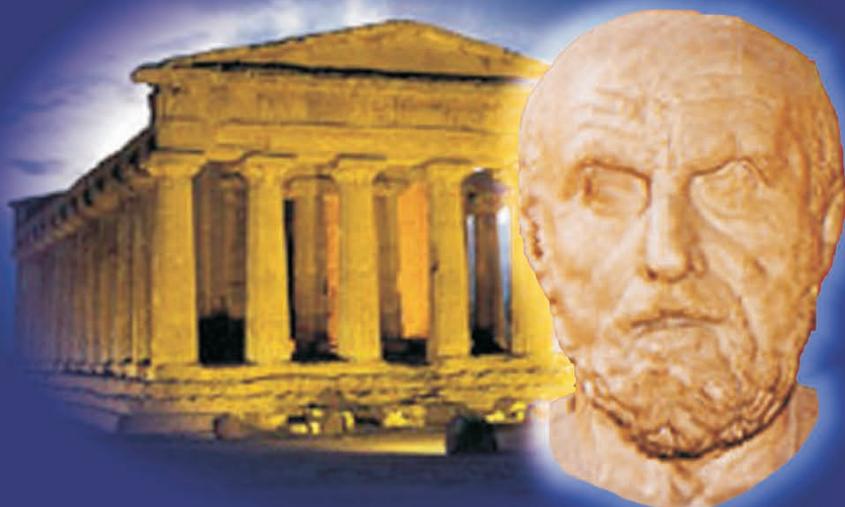


El paciente y su médico

Horacio Jinich



Editorial Alfíl

EL PACIENTE Y SU MÉDICO

El paciente y su médico

Horacio Jinich

Miembro Titular de la Academia Nacional de Medicina.
Profesor titular de Medicina Humanística en la Universidad Anáhuac,
se desempeña en el área de Medicina Interna y Psicosomática.

Autor de numerosos artículos médicos y de los libros
El enfermo icterico, Diarrea: diagnóstico y tratamiento,
Síntomas y signos cardinales de la enfermedad y
El paciente, el médico y la medicina.

Tercera edición



**Editorial
Alfíl**

El paciente y su médico

Tercera edición

Todos los derechos reservados por:

© 2006 por Editorial Alfil, S. A. de C. V.

Insurgentes Centro 51-204, Col. San Rafael

06470 México, D. F.

Tels. 55 66 96 76 / 57 05 48 45 / 55 46 93 57

e-mail: alfil@editalfil.com

ISBN 968-7620-30-7

Dirección editorial:

José Paiz Tejada

Editor:

Dr. Jorge Aldrete Velasco

Revisión editorial:

Irene Paiz

Diseño de portada:

Arturo Delgado-Carlos Castell

El capítulo 18, *Petición de un estudiante de medicina* y el 19, *La clínica y el médico general*, se reproducen con autorización de la Gaceta Médica de México.

Impreso por:

Solar, Servicios Editoriales, S. A. de C. V.

Calle 2 No. 21, Col. San Pedro de los Pinos

03800 México, D. F.

Junio de 2006

Contenido

1. ¿Por qué se busca al médico?	1
2. ¿Consulta médica o entrevista clínica?	5
3. La relación médico-paciente	13
4. Brechas entre el ejercicio médico y el enfermo	23
5. Discurso médico	31
6. Los lenguajes del paciente	43
7. Entrevista clínica y personalidad	49
8. La familia del paciente	55
9. El daño iatrogénico en la relación médico-paciente	61
10. Empatía	69
11. El clínico ante la tecnología diagnóstica moderna	75
12. El síndrome de somatización	81
13. El dolor	87
14. El paciente, el médico y la ética	97
15. El paternalismo y la mentira piadosa	105
16. Las reacciones de los enfermos ante el hecho de enfermar	109
17. El dilema del médico especialista	119
18. Petición de un estudiante de medicina	127
19. La clínica y el médico general	131
20. Perfil del internista	139

21. Plegaria de Maimónides	145
22. El tratamiento del padecer	147
23. El ansia de vivir	151
24. El curanderismo	155
25. El paciente y su cirujano	163
26. El médico roto	169
27. Padecer y religión	179
28. Dilemas del médico ante el enfermo de gravedad: ética y tecnología	189
29. El médico ante la muerte	195
30. ¿Es importante el conocimiento de la historia de la medicina? ..	205
31. El retiro del médico	209
32. El futuro de la medicina	213
33. Aforismos y consejos	223

Preámbulo

Los factores que determinan la elección de la carrera de medicina son complejos; algunos, quizás los más importantes, no nos son siquiera conocidos porque se encuentran sumergidos en las profundidades de la conciencia; de otros estamos conscientes y los denominamos “las razones”. Yo recuerdo claramente que mi razón, allá en mi lejana juventud, fue indudablemente ética: deseaba que mi vida tuviera un sentido moral y altruista y, para lograrlo, ¿qué mejor que ser médico? Años más tarde, siendo alumno de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, leí la advertencia que, según la leyenda, hiciera Asclepios, el primero de los médicos griegos, a su hijo: “¿Quieres ser médico, hijo mío? Vivirás como a la sombra de la muerte, entre los dolores del cuerpo y los dolores del alma.” No me arredró esa advertencia: ya la había vivido en persona, en los pabellones del viejo Hospital General de México. Se reforzó, en cambio, la convicción de que la razón de ser de la medicina, su fin primordial, es ayudar a preservar la salud y combatir la enfermedad. Bien grabada estaba en mi mente la petición tradicional del enfermo: “Si puedes curarme, cúrame; si no puedes curarme, alivia mis sufrimientos; si no puedes aliviarme, dame consuelo, esperanza”.

El pensamiento médico dominante, en mis tiempos de estudiante y de médico recién graduado, se encontraba fuertemente influenciado por el paradigma “psicosomático”. La idea de que en la génesis de muchas enfermedades participaban de manera importante los factores psicológicos fue el resultado lógico de los estudios experimentales de fisiólogos como Cannon y Pavlov, de médicos como Selye, Álvarez y Weizacker y, sobre todo, de los psicólogos, encabezados por Sigmund Freud y sus colaboradores y discípulos. Más tarde, cuando tuve la suerte

de obtener una beca para continuar mis estudios de posgrado en los Estados Unidos, pude ser testigo cercano de los estudios experimentales en humanos practicados por Thomas Almy, Harold Wolf y Steward Wolf, que mostraron gráficamente cómo las funciones del aparato digestivo de los humanos sufrían cambios bajo la influencia de las emociones. Otros investigadores demostraron que casi no existe órgano, aparato o sistema ajeno a esas influencias.

Este conjunto de descubrimientos, experimentos y hallazgos clínicos no sólo ha enriquecido la comprensión del hombre, sano y enfermo, sino que ha tenido una influencia benéfica en la calidad de la atención médica porque ha hecho evidente la necesidad de conocer al hombre en su totalidad y de eliminar la separación artificial entre lo físico y lo psíquico, como regla fundamental para comprenderlo tanto en estado de salud como de enfermedad, y como condición para que se pueda establecer una justa y cálida relación entre el médico y el paciente.

Fue así que uno de los pioneros de esta idea en México, el doctor Fernando Martínez Cortés, creara, en el Hospital General de México, la unidad de medicina biopsicosocial y fundara y dirigiera por muchos años el Seminario “La medicina del hombre en su totalidad”. El producto de su labor no se dejó esperar: surgió de esos esfuerzos un conjunto de hombres y mujeres, médicos y psicólogos, encargados de practicar esas ideas inspiradas en genuino humanismo y de transmitir las a la comunidad médica, y grandes en ideas, entre las cuales destaca una: Enfermedad y padecer,¹ que explica la diferencia fundamental entre uno y otro concepto.

La revista *El médico moderno* publicó, en el número de octubre de 1993 y en ediciones subsecuentes, un conjunto de artículos míos inspirados en esas ideas. La respuesta de los lectores, no solamente médicos, fue entusiasta, y no fueron pocas las peticiones de que dicha colección se publicara en forma de libro. Lo ofrezco, pues, a mis colegas y al público curioso, con el sincero deseo de contribuir a que exista una mejor comprensión del ser humano enfermo y a fortalecer la postura humanista en la medicina, postura que se está batiendo en retirada ante el efecto de la tecnificación y burocratización y, sobre todo, de la pérdida de los valores humanos que caracterizan a la sociedad contemporánea.

El número de la revista *El médico moderno* en el que se publicaron mis artículos tenía la intención de conmemorar el “día del médico”. Preparé un preámbulo (que no apareció), en el cual expresé lo siguiente:

Día del médico. Lo celebrarán las instituciones de salud con sesiones, fiestas, banquetes, discursos, entregas de diplomas y de obsequios. Los establecimientos comerciales (inventores, sin duda, de esta conmemoración) obtendrán un discreto aumento en el volumen de sus menguadas ventas.

¹ **Martínez Cortés F:** *Enfermedades y padecer.* La Medicina del Hombre en su Totalidad, S. A. de C. V., México, 1983.

Los médicos recibiremos algunos regalos de nuestros pacientes, movidos éstos por sentimientos de gratitud (algunas veces) o (las más de las veces) por la idea de obtener, gracias a ese discreto soborno, una atención mejor, más concienzuda, quizás más personal, de su doctor.

Quizás, interrumpida temporalmente la fatigosa labor, y ante la provocación de las fiestas, los discursos y los obsequios, algunos de los médicos nos detendremos a pensar: ¿para qué sirve la medicina?; ¿cuál es mi función como médico?; ¿fueron realistas mis ilusiones cuando escogí esta carrera?, ¿se está realizando lo que yo soñara?

Pensamientos angustiosos, preguntas difíciles. Nunca como ahora hemos tenido que enfrentarnos, los médicos, a tantos cambios: progreso acelerado en los conocimientos; desarrollo de una tecnología colosal; socialización y burocratización de la medicina; crisis de valores humanos; devaluación económica y social del “trabajador de la medicina” y “proveedor de servicios de salud”. La pregunta clave: ¿cuál es la función esencial del médico? nos aguijonea con dolorosa persistencia.

El mundo de la medicina se ha vuelto tan complejo que los médicos realizamos una variedad infinita de funciones: habemos médicos investigadores en las ciencias “básicas”, médicos administradores, médicos especialistas en salud pública y médicos dedicados a mil cosas más. Pero la vía final común la constituye el médico clínico, el médico militante, el médico “sanador”, que actúa en el curso de una relación sui generis, hacia una persona que solicita su ayuda, la cual recibe el nombre de paciente. Es acerca de este hombre o mujer en tanto médico, y acerca de este ser humano en tanto paciente, y acerca de la relación que se establece entre los dos, lo que he querido tratar en esta colección de ensayos, que ahora ofrezco, como modesta contribución a mis hermanos y hermanas de gremio, en este nuestro día del médico. Y es así, “El día del médico”, como habría intitulado originalmente el libro, porque el día del médico son todos los días de la vida del médico, días sin descanso, días de 24 horas; porque ser médico es un estilo de vida, en el que “se vive como a la sombra de la muerte, entre los dolores del alma y los dolores del cuerpo”, pero que aun siendo así el día del médico, el médico genuino, el médico propiamente dicho, no cambiaría por ningún otro día.

El autor

Preámbulo a la segunda edición

Con grata sorpresa me di cuenta de la benévola acogida recibida por la primera edición de esta obra. Estimulado por este hecho, me he atrevido a hacer una segunda edición. Varios de los capítulos han sido modificados y, algunos de ellos, ampliados de manera significativa. Además, el contenido del libro ha sido incrementado considerablemente por la adición de 10 capítulos más, con títulos variados pero con un denominador común: reflexiones acerca del tema que, durante la mayor parte de la historia de la medicina, ha constituido su parte medular: esa relación *sui generis* que surge y se nutre del encuentro entre el paciente y su médico.

Una intensa preocupación ha estado presente detrás del impulso de empuñar la pluma y escribir el libro: el espectáculo del debilitamiento universal del carácter esencialmente humanista de la labor del médico. Abrigo la esperanza de que esta nueva edición contribuya con su granito de arena al esfuerzo de defenderla ante las poderosas fuerzas que amenazan destruirla, eliminando eso que alguien calificara como “la relación entre una confianza y una conciencia”.

Agradezco al Dr. Jorge Avendaño Inestrillas, Editor Ejecutivo y Secretario del Comité Asesor de Publicaciones de la Facultad de Medicina y la Universidad Nacional Autónoma de México, el apoyo brindado a esta obra. Agradezco también a la Editorial El Manual Moderno y, de manera muy especial, al Dr. Jorge Aldrete Velasco, Director Editorial, por el esmero con que se han ocupado de editarla.

El autor

Prefacio a la tercera edición

¿Acaso el autor de un libro vuelve a leerlo alguna vez? Lo ignoro, pero confieso que nunca lo he hecho, por parecerme carente de interés. Solamente en esta ocasión, aguijoneado por la perspectiva de preparar una tercera edición, decidí acometer esa empresa que, de otra manera, me hubiera parecido demasiado tediosa.

Pues bien, relejendo sus páginas, no transcurrió mucho tiempo sin que me asaltaran fuertes dudas. ¿Siguen teniendo validez, en este siglo que ha comenzado, los conceptos ahí vertidos, acerca del médico y su trabajo? Sumergido, como me encuentro ahora, en el seno de una institución académica de “medicina avanzada”, en la que se aplican los más recientes avances de la tecnología, y participando también en establecimientos y organizaciones de atención médica “administrada” (HMO), ¿encuentro lugar todavía para seguir considerando a la práctica médica como algo no demasiado alejado del sacerdocio; y al consultorio médico como el recinto en el que nace y se desarrolla un drama entre dos, una relación *sui generis* entre un médico y un paciente? ¿No sería preferible escribir un libro intitulado “Historia de la relación médico-paciente tal como existía ayer”? ¿Sería éste un libro de escaso público, para ser leído por un pequeño núcleo de historiadores y de médicos retirados poseídos por la nostalgia de tiempos que consideran, quizás equivocadamente, mejores? Reflexiones de esta índole hicieron tambalearse momentáneamente el proyecto de seguir adelante con la tercera edición.

¿Qué fue, entonces, lo que finalmente me ha impulsado a seguir adelante? Lo ha sido la esperanza, la ilusión, el optimismo de que el médico de ahora, poseedor de los poderosos instrumentos aportados por la deslumbrante medicina tecnológica actual, logre armonizarlos con los métodos y valores de la medicina “anti-

cuada” del pasado. Esa armonía sería muy valiosa, creo yo, no solamente para beneficio del paciente sino, también, para el del propio médico, al rescatar del inminente olvido uno de los instrumentos más valiosos de nuestro oficio: la relación médico-paciente.

Salvo uno que otro toque, he conservado casi intactos todos y cada uno de los capítulos incluidos en la edición anterior. A ellos he añadido una oración conocida bajo el nombre de “Plegaria de Maimónides”, una breve “Petición de un Estudiante de Medicina”, un capítulo sobre “La Clínica y el Médico General” y otro más sobre el “Perfil del Internista”.

Numerosas cartas recibidas en el pasado, procedentes de lectores y portadoras de generosos elogios al libro, me han hecho abrigar la ilusión de que sea deseable hacerlo llegar a las manos de una población más numerosa de mis hermanos médicos en todos los rincones del país. De ahí mi entusiasmo por esta tercera edición.

Agradezco a la Gaceta Médica de México por la autorización para incluir los artículos siguientes: *Petición de un estudiante de medicina*, Vox Médica 2004; 5(2), y *La clínica y el médico general*, 2004;140(1):S-23.

Agradezco también al Sr. José Paiz Tejada, de Editorial Alfil, y, de manera muy especial, al Dr. Jorge Aldrete Velasco, por su cuidado en la edición de esta obra.

Introducción

Fernando Martínez Cortés

EL PACIENTE Y SU MÉDICO

El ejercicio de la medicina se finca en una teoría de la enfermedad, expresada en el modelo biológico-lesional de la enfermedad cuyo elemento central es una alteración, “lesión” o patología que afecta algunas estructuras y funciones del cuerpo humano, alteración que tiene sus causas (etiología) y da lugar a manifestaciones clínicas llamadas síntomas y signos.

En la consulta médica el paciente nos informa sobre ciertas molestias o alteraciones en la forma y funcionamiento del cuerpo, sobre ciertos datos objetivos o subjetivos respecto de su salud que él ha venido padeciendo, que le aquejan o molestan.

La teoría de la enfermedad en la cual hoy sustentamos nuestra práctica médica nos conduce, de inmediato, a interpretar dichos datos bajo el modelo biológico-lesional de enfermedad, haciendo a un lado los que no caben en dicho modelo; no obstante, son hechos que verdaderamente está padeciendo el paciente y por lo mismo ha ido a buscar ayuda médica.

La teoría del padecer tiene sus raíces en una teoría del hombre y se concreta en el modelo del padecer médico, al cual, para ahorrar palabras, llamamos simplemente padecer.

El padecer está constituido por lo que inquieta, molesta, hace sufrir al paciente; por lo que le hace pensar que no está bien de salud, por lo que, en una palabra, cree que el médico puede resolverle y lo lleva a consultarlo.

Hay un padecer sin enfermedad, entendida en los términos antes expuestos, y otro que es la manera como el paciente siente, interpreta, teme, tolera, acepta o rechaza la enfermedad que en realidad tiene, ya sea ésta aguda, banal —como el catarro común— o crónica y a veces invalidante, como la diabetes mellitus o la artritis reumatoide.

El padecer sin enfermedad también tiene sus causas, las cuales nosotros englobamos —un término del modelo biológico-lesional de enfermedad y otro de la filosofía— bajo la expresión “lesión” existencial.

Muchas veces el padecer sin enfermedad se confunde con los síntomas de ésta porque se expresa como sensaciones subjetivas y percepciones objetivas que el paciente tiene de su cuerpo, y como alteraciones corporales evidentes constataadas por el médico.

Se trata del muy común proceso de la somatización, consistente en la expresión a través del cuerpo de problemas psíquicos o psicosociales. Es en este enfermo donde está la “lesión” del padecer sin enfermedad.

Además de estos dos tipos de padecer, existe el padecer causado por la intervención del médico y la medicina. Sirvan de ejemplo la ansiedad o el miedo que hacen padecer a no pocos pacientes cuando van a consultar al doctor o a la serie de situaciones desagradables por las que debe pasar un paciente hospitalizado.

El tercer tipo de padecer ya no es algo que vive el paciente sino su familia; es la manera como ésta padece la enfermedad y/o el padecer de uno de sus miembros. Puede expresarse de diferentes formas que no es el momento de precisar, pero sí de recordarle al médico su deber de conocerlo, entenderlo y manejarlo.

A su sólida preparación biomédica, el doctor Horacio Jinich aúna la cultura y la actitud humanística que hacen de él un médico en verdad completo, pues con igual profundidad científica conoce y maneja el modelo biológico-lesional de enfermedad, que el modelo antropológico, cultural y filosófico del padecer. Los ensayos publicados en este libro son una prueba fehaciente de lo que he dicho. Además, tales artículos son un valioso material para que los médicos sirvamos mejor a nuestros pacientes y éstos sepan que no se ha perdido, ante una medicina muy tecnificada, su condición de personas.

A Sonia, mi esposa

¿Por qué se busca al médico?

La visión ingenua del público lego (y de algunos médicos) acerca del padecer de carácter médico es, más o menos, la siguiente: el agente patógeno (microbio, toxina, traumatismo, disgusto, “aire”, etc.) ataca a un individuo previamente sano y causa una lesión llamada enfermedad. La enfermedad da lugar a síntomas y signos que, al ser percibidos por el hombre, lo hacen darse cuenta de que está enfermo; a continuación, el hombre acude en busca de ayuda del profesional dedicado a combatir la enfermedad y devolver la salud.

La realidad es más compleja. Para empezar, puede haber lesión en ausencia de síntomas y síntomas en ausencia de lesión. La lesión, cuando ocurre, suele ser el resultado de la acción combinada de varios factores determinantes; entre ellos, algunos son necesarios (pero a menudo insuficientes por sí solos), otros son suficientes (mas no siempre necesarios), y otros más son contribuyentes. Por ejemplo: puede existir una úlcera gástrica asintomática, o pueden presentarse síntomas “ulcerosos” en ausencia de úlcera demostrable por endoscopia. La actividad acidopéptica del jugo gástrico es un factor necesario pero insuficiente para causar la úlcera; tampoco es suficiente la infección por *Helicobacter pylori*, aunque puede ser necesaria; la ingestión de ácido acetilsalicílico es suficiente para que se produzca una úlcera, aunque no es necesaria; la tensión nerviosa, el tabaquismo y los rasgos genéticos son contribuyentes. Los factores psicosociales probablemente no basten para dar lugar a una “enfermedad”, pero no cabe duda de que en muchos casos pueden ser necesarios, y contribuyentes en muchos más; además, no sólo desempeñan un papel como factores patogénicos, sino también defensivos, como se verá más adelante.

Si se producen daños anatomopatológicos hay “enfermedad”, aunque no necesariamente “padecer”. Hay enfermedad, definida como “alteración anatómica que hace peligrar la conservación del individuo”, pero puede no dar origen a la aparición de síntomas: el individuo no “padece”. Tal vez aparezcan síntomas o signos de enfermedad, pero quizá quien los percibe no les conceda importancia, los acepte como parte normal del vivir y “no padezca”. En otras palabras, los síntomas son sometidos a un proceso de valoración por parte del individuo, y este proceso está sometido a la influencia de numerosos factores, como sus experiencias previas, su educación, los valores aceptados por su medio cultural y sus ideas acerca de la salud, la enfermedad y la medicina.

En caso de que se juzguen los síntomas como señal de enfermedad, la consulta médica no constituye, en la mayoría de los casos, el paso siguiente. Por lo menos en una primera etapa, de duración variable, la “víctima” trata de ignorarlos, piensa que el malestar será pasajero, que desaparecerá solo; utiliza remedios caseros o medicamentos recomendados por las amistades o el boticario. En todo caso, sus actos están fuertemente determinados por el sistema de creencias de su ambiente social y por factores económicos. Es así como decidirá si hace una manda, una peregrinación a un santuario, una visita a un chamán o a un acupunturista, o si consulta al médico del Seguro Social o a un médico de práctica privada. Es un hecho conocido que no se lleva a cabo la consulta médica en la mayoría de los casos de padecimientos de corta duración.

Es importante preguntarse: ¿cuándo y por qué se toma la decisión de solicitar la ayuda médica? Ya que los síntomas han durado muchos días, semanas, meses, a veces años, ¿por qué, al fin, se busca al médico? Evidentemente, las respuestas varían: en algunos casos, los síntomas se han vuelto intolerables, el mal se ha complicado, el paciente ya no puede seguir desempeñando sus funciones dentro de la sociedad. En otros casos, el paciente no consulta al médico impulsado por la magnitud de los síntomas, que puede ser mínima, sino por la ansiedad que ocasiona su presencia: ¿qué significan?, ¿acaso son manifestaciones de una enfermedad grave, como la tifoidea que causó la muerte del amigo, el cáncer uterino que tuvo la madre, la demencia prenil que se ha presentado en los antepasados? Se sabe que todo ello es cierto pero, también, que en ocasiones los síntomas no son la verdadera causa que impulsa al paciente a solicitar la ayuda médica, sino solamente un pretexto, una especie de pasaporte o tarjeta de presentación, la máscara de un problema psicológico, moral. Los factores psicosociales mencionados antes, necesarios o contribuyentes para el desarrollo de estados patológicos, determinan con más frecuencia la decisión de buscar la ayuda de los profesionales de la salud. Dichos factores serían: el estrés psicosocial tanto como la ausencia o pobreza de las instituciones de apoyo social, la familia, el amor y la amistad, pero también el ambiente de trabajo, el club, la pandilla, los compadres, la Iglesia, el centro comunitario, el pueblo donde uno ha nacido y vivido, etc.

Una vez iniciada la relación entre el médico y la persona que padece, ésta se ha convertido en “paciente” (del latín *pati*, sufrir). La conversión no significa un cambio biológico sino social, y es el resultado del padecer de la persona, producto, a su vez, de su enfermedad, asociada con muchos factores más, de índole psicológica y sociocultural.

¿Qué hace el médico consultado? Practica las investigaciones clínicas y paraclínicas que el caso amerita y le pone nombre al padecer. Dicho nombre depende del sistema de creencias del cual forma parte. Dentro del modelo biológico-lesional, predominante en el medio actual, el nombre suele basarse en el sustrato anatomopatológico encontrado o supuesto. Para que la relación terapéutica funcione, el sistema de creencias del paciente debe coincidir con el de su médico: si el paciente atribuye su padecer a la pérdida de su sombra, más le vale consultar al curandero del pueblo, pues sin duda el famoso especialista de una clínica privada fracasará. Lo habitual, por supuesto, es que los dos miembros de la ecuación paciente-médico coincidan en su aceptación del modelo contemporáneo de enfermedad. Como regla, la consulta médica culmina con un diagnóstico y un plan terapéutico. Dueño del primero, el paciente ha legitimizado su nuevo papel dentro de la sociedad; es un paciente, un enfermo y, como tal, ha adquirido nuevos derechos y, también, ciertas obligaciones. El primer derecho es que se le disculpe de la ejecución de sus obligaciones habituales, como son asistir al trabajo o a la escuela; el segundo, que no se le considere culpable de las limitaciones y necesidades resultantes del hecho de estar enfermo; el tercero, que se le proporcione toda la ayuda necesaria para lograr la recuperación y, por ende, su reincorporación a su papel de miembro sano del grupo social. Sus obligaciones consisten en demostrar su deseo de aliviarse, solicitar ayuda calificada y cooperar con dicha ayuda en búsqueda de la salud perdida.

REFERENCIAS

1. **Fábrega H:** Toward a model of illness behavior. *Medical Care* 1973;11:470-484.
2. **Fábrega H:** Disease and social behavior. Cambridge, Mass: MIT Press, 1974. Ford CV. Disease, illness and health. En: *The somatizing disorders. Illness as a way of life*. New York, Elsevier, 1983.
3. **Parsons T:** Social structure and dynamic process: the case of modern medical practice. En: *The social system*. New York, Free Press, 1951.
4. **Vargas LA:** Una mirada antropológica a la enfermedad y el padecer. *Gac Med Mex* 1991; 127:3-6.

¿Consulta médica o entrevista clínica?

*“El hecho de que el médico solamente actúe como científico y de que despersonalice al paciente convirtiéndolo en un objeto biológico de conocimiento mina la base de la consulta médica, deforma su desarrollo y limita sus frutos.”**

El médico moderno tiene a su disposición un gran conjunto de procedimientos de laboratorio y gabinete, gracias a los cuales su arte ha experimentado avances asombrosos, insospechados hace apenas unos cuantos lustros. Mediante dichos procedimientos, ahora es posible hacer visibles regiones otrora inaccesibles, y la visión obtenida ya no es sólo la de los objetos cuyas dimensiones están dentro de los límites de la visibilidad del ojo humano, sino que ya es posible ver, de forma directa o indirecta, los objetos y fenómenos de dimensiones infinitamente más pequeñas, llegando a la dimensión molecular. ¿Cuál ha sido el impacto de estas maravillas de la ciencia y la tecnología sobre la función tradicional del médico: su encuentro con el paciente, la iniciación y el desarrollo de una relación interpersonal, el interrogatorio y la exploración física? ¿Cuál es el lugar respectivo que deben ocupar ahora los procedimientos clínicos tradicionales y los modernos procedimientos paraclínicos? ¿Acaso debieran suprimirse los primeros o, por lo menos, reducirse a un somero cuestionario encaminado a conocer, de manera esquemática, cuál es el problema del enfermo, antes de someter a éste a la serie de estudios técnicos que, alimentados a una computadora, den como resultado un

* **Martínez CF:** *Consulta médica y entrevista clínica.* México, Medicina del Hombre en su Totalidad, 1979.

diagnóstico preciso, bien documentado y respaldado por toda esa deslumbrante maquinaria?

Quien piense así revela un desconocimiento profundo de lo que es el padecer. La entrevista médica, en el curso de la cual se realizan el interrogatorio y la exploración física, conserva su primacía como la actividad fundamental del médico. Las razones son las siguientes:

El interrogatorio y la exploración física, bien hechos, bastan muchas veces para lograr la identificación precisa, completa y suficiente de la naturaleza de los problemas de carácter médico que aquejan al paciente. Aunque no fuese así, el interrogatorio y la exploración física son indispensables para orientar al clínico acerca de cuáles procedimientos paraclínicos son necesarios para alcanzar la meta: el diagnóstico. Por el contrario, en ausencia de la orientación proporcionada por el estudio clínico, la aplicación de procedimientos paraclínicos se convierte en un cúmulo de estudios, en un derroche de procedimientos practicados sin justificación lógica y destinados, las más de las veces, a causar confusión, pérdida de tiempo y error.

A mayor abundamiento, los procedimientos clínicos tradicionales permiten reducir al mínimo indispensable el número de procedimientos técnicos, con la consiguiente disminución, no sólo del costo sino también de la morbilidad de la atención médica. Dadas las limitaciones económicas existentes, que hacen inevitable la restricción en la disponibilidad y el uso de la tecnología, es indispensable sublimar el virtuosismo de la clínica tradicional y utilizar los procedimientos paraclínicos con austeridad e inteligencia.

Es preciso tomar en cuenta que, en una proporción importante de casos, el interrogatorio y la exploración física son los únicos procedimientos que permiten al clínico obtener la información directa útil, debido a que los procedimientos paraclínicos pueden dar resultados normales, o negativos, o francamente engañosos.

El autor ha dejado como argumento final uno que considera de extrema importancia: el hecho de que el interrogatorio y la exploración física no son sólo procedimientos encaminados al diagnóstico, sino que tienen virtudes terapéuticas, en la medida en que mediante ellos se establece una relación interpersonal médico-paciente. El diálogo, la comunicación verbal y la no verbal, el clima de confianza, respeto mutuo y fe en que se desenvuelven, tienen implicaciones terapéuticas que, cuando se trata de trastornos funcionales (tan frecuentes en la práctica de la medicina), suelen constituir el elemento primordial del tratamiento, aunque no se limitan o restringen a dicho tipo de trastornos, sino que, también, son de indudable efecto benéfico en pacientes que sufren lesiones orgánicas. Nada puede sustituir a la entrevista clínica, al diálogo entre el médico y el paciente, para conocer a éste como persona, como una unidad biopsicosocial, y este punto se tratará con extensión más adelante.

El interrogatorio constituye, entre todos los procedimientos médicos, lo que bien podría llamarse “el camino real”. El diagnóstico definitivo depende, en bue-



na medida, del detalle, la meticulosidad, la precisión y el grado de inclusión con que se hayan recogido los síntomas y demás datos que el interrogatorio hábil puede proporcionar. Se acepta que éste no debe ser “de cartabón”, aunque es recomendable que, una vez completados la tribuna libre y el interrogatorio intencionado, se continúe la historia clínica con un interrogatorio de cartabón de los datos no buscados, con el fin de evitar que la falta de ocurrencias oportunas, el olvido, el cansancio o la pereza den como resultado una historia clínica incompleta. En efecto, interesa subrayar que la historia clínica incompleta constituye la causa número uno de error diagnóstico en medicina.

Para el médico general, el médico familiar y el internista, es de gran importancia el conocimiento de la historia personal del paciente, de su carácter, talante, hábitos, actividades laborales y recreativas, ideas, ideales, relaciones familiares, tensiones y conflictos interpersonales e intrapersonales. Tómese en cuenta que no menos de la mitad de los pacientes que acuden a las consultas de dichos médicos lo hacen por padecer problemas emocionales, los cuales a menudo se manifiestan con síntomas funcionales y psicósomáticos. El diagnóstico correcto de estos problemas y su manejo terapéutico dependen del conocimiento adecuado del

conjunto de datos ya señalados, y que, en su totalidad, constituyen la “historia personal”. La correlación cronológica entre los sucesos emocionalmente significativos a lo largo de la vida del paciente y la aparición concomitante de sus síntomas iluminan a menudo, para el médico al igual que para su paciente, la relación entre los factores que provocan estrés en su vida y su padecer.

La tarea que tiene ante sí el médico consiste en identificar síntomas de tensión psíquica, descubrir la existencia de conflictos emocionales, esclarecer la correlación entre dichos conflictos y la aparición de los síntomas, diagnosticar los rasgos caracterológicos del paciente y su estilo personal de reaccionar frente a los factores estresantes que se han presentado a lo largo de su vida.

La tarea parece formidable y sobrepasa las posibilidades realistas del médico, sometido, como está, a enormes presiones de tiempo y a serias limitaciones en su educación psicológica. Antójjase que esta tarea es propia del psiquiatra y el psicólogo clínico, los únicos con la posibilidad de disponer del tiempo necesario, y los únicos que se han entrenado en el difícil arte de explorar las profundidades del psiquismo humano.

Sin embargo, no se trata de ir tan lejos ni tan hondo. Existen, es verdad, enfermos cuyos trastornos son expresión de graves y complejas perturbaciones psíquicas, y que requieren estudios y tratamientos especializados. Pero estos enfermos no pertenecen a la esfera del médico no psiquiatra, quien no debe intentar su manejo, y cuya única misión debe consistir en identificarlos (lo que, por desgracia, a menudo no sucede) y ayudarlos a quedar bajo el cuidado de un experto. La tarea habitual es menos difícil de lo que pareciera a primera vista. Exige, cierto es, conocimientos básicos de psicología y psicodinamia, pero requiere, sobre todo, cualidades que debieran ser inherentes al médico (particularmente si se dedica a la medicina general, familiar o “interna”): sensibilidad, interés por conocer y entender a su paciente y su familia, y sentido común para establecer las inferencias correctas y las asociaciones lógicas.

Los datos que debe recoger, analizar y sintetizar no necesitan tener la profundidad de los que obtiene el psiquiatra, ni debe pretender obtener toda una historia personal en el curso de una sola entrevista.

La técnica que se describirá consiste en desarrollar la capacidad de estudiar psicológicamente al enfermo en el curso de la práctica de la historia clínica misma y de las consultas subsecuentes. Se trata de que el médico desarrolle su capacidad de escuchar lo que el paciente diga, de observar su comunicación no verbal y su “lenguaje emocional”, y de integrar estas observaciones como parte de su historia clínica. Se trata de que muestre interés por entender a su paciente en su totalidad, como persona, y le dé la oportunidad de dar a conocer sus pensamientos, conflictos y frustraciones, e incluso lo induzca a hacerlo. Y el médico hará todo esto no en el curso de un estudio psicológico separado, sino entresacando datos, evitando bloquear la tendencia espontánea del enfermo a relacionar sus

síntomas con situaciones y accidentes de su vida; empujándolo, más bien, a seguir cierto camino cuando se considere que éste puede ser revelador.

Las entrevistas durarán, por ello, algunos minutos nada más. Pero serán minutos que podrán ahorrar horas y años de esfuerzos, gastos y sufrimiento, motivados por el error en el diagnóstico y el consiguiente fracaso en el tratamiento.

Los síntomas de tensión psíquica a menudo son aparentes en el hábito exterior: mirada brillante, manos húmedas y frías, a veces temblorosas, inquietud, cambios frecuentes de posición, tics, necesidad de encender el cigarrillo, llanto; aspecto deprimido, miedo, pánico, inquietud, desasosiego, impulso a correr, fobias, compulsiones, apatía, desinterés, cansancio, trastornos del sueño, pérdida de la autoestima, desesperación y desesperanza, etc. El paciente puede tener conflictos interpersonales causantes de hostilidad, rabia, temor, inseguridad, conflictos sexuales y sentimientos de culpa. Con frecuencia está ansioso por comunicar todo esto al médico, pero teme que no le interese, que se trate de cosas irrelevantes, que el médico bloquee esa información, como ya le ha ocurrido al paciente en encuentros anteriores. Solamente hace falta que el médico muestre interés para que el paciente lo haga partícipe de todo ese caudal de datos. Si aquél, mediante expresiones de interés, verbales o no verbales, comunica al paciente que eso que está diciendo es importante, el *fluir* de su narración continuará. En otras ocasiones será necesario que el médico aproveche cualquier alusión a problemas interpersonales, hecha en el curso de la narración de los síntomas: un gesto adecuado, la repetición con tono interrogante de la palabra clave expresada por el paciente, o la pregunta suave, no demandante, solicitando mayor información sobre ese tópico.

Una atmósfera de comprensión, de interés genuino, libre de desprecio, burla o crítica, configura el marco obligado para conducir con éxito este aspecto de la entrevista clínica. El diálogo así establecido constituye no sólo el mejor medio de entender al enfermo, sino, como ya se ha dicho, uno de los recursos terapéuticos principales.

No todos los pacientes muestran tan clara tendencia espontánea a dar a conocer al médico sus experiencias y sentimientos más íntimos. Conviene aplicar, en esos casos, la técnica descrita por Deutsch,¹ denominada “asociación anamnésica”, la cual se esquematiza en la figura 2-1. La letra S se refiere a los síntomas “físicos”, aquellos que presenta el paciente al médico. Integran un área de pesquisa “natural”, pues suelen constituir los elementos básicos del padecimiento, y los elementos que van a servir como una de las bases esenciales del diagnóstico y como metas terapéuticas. Además, establecen un área de pesquisa “legítima”, ya que su análisis satisface lo que el enfermo espera del médico. Las letras R. I. se refieren a las relaciones intrapersonales e interpersonales, las cuales se representan, en la figura, “debajo de la línea”. Se trata de material dotado de carga emocional, a menudo reprimida. Incluye información sobre el paciente mismo como persona: sus sentimientos más íntimos y mejor guardados, su talante, sus juicios y opiniones,

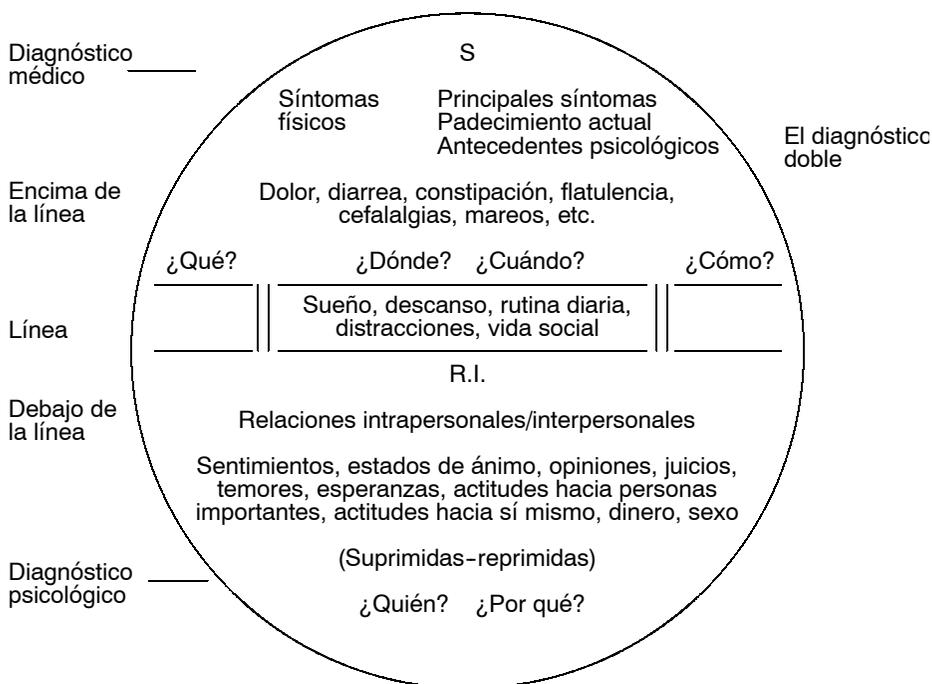


Figura 2-1. Esquema del proceso de la entrevista médica. Tomado de Lisansky.²

sus esperanzas y temores, sus actitudes hacia personas y hacia cuestiones sexuales. La penetración en esta área requiere mucha delicadeza y tacto; muchos pacientes desconocen la trascendencia de los datos que encierran, y muchos más tienen reticencia a tratar dichas cosas, a descubrirlas ante un desconocido. Con frecuencia consideran que no necesitan ayuda en esa área, que basta su propia “fuerza de voluntad”, su lógica y su inteligencia para que sus conflictos se solucionen, y se resisten a aceptar la posibilidad de existencia de una relación causal entre todo eso y su malestar físico.

El área intermedia de la figura puede considerarse como “neutral”. Ahí se incluyen datos como la forma de descansar y divertirse; las aficiones, los hábitos y las actividades de rutina de la vida cotidiana. La discusión de estos tópicos no suele ocasionar ansiedad, pero su importancia es grande porque, además de ampliar la información sobre la clase de persona que el médico tiene ante sí y sobre el impacto de su enfermedad en su manera de vivir, abre una brecha hacia el material que se encuentra “debajo de la línea”.

En cuanto a las consultas subsecuentes, es aconsejable que el médico las inicie interrogando sobre datos pertenecientes al área de los síntomas físicos, para pasar después al área neutral, de la que, por asociación, se podrá pasar a los datos de

la historia personal. Conforme las entrevistas médicas se repiten, la relación entre el médico y el paciente tiende, naturalmente, a hacerse más profunda, más íntima, y se realiza con más facilidad y naturalidad el paso de la conversación, desde el área de los síntomas físicos hasta la de la vida personal. De esta manera, a veces desde la primera consulta, y en otras ocasiones de manera lenta y gradual, se establece por sí sola una comunicación con valor psicoterapéutico, la cual posibilita también que tanto el médico como su paciente se hagan conscientes de un gran caudal de datos que permiten conocer más cabalmente a la persona enferma y comprender mejor los orígenes de su padecer.

El médico ocupa butaca de primera fila en el teatro de la vida. Su profesión le otorga una posición privilegiada al permitirle enriquecer su vida espiritual y adquirir experiencia y sabiduría, tesoros que sólo pueden adquirirse en el libro de la vida. Desfila ante sus ojos la vida humana, con todas sus miserias y grandezas. Él es el experto a quien acuden, en busca de ayuda y consejo, todos los miembros de la familia humana. Su arma sociocultural está presente en el entorno en que practica su profesión. Durante la entrevista clínica no se mantiene en actitud pasiva, meramente registrando el discurso del paciente. En primer lugar, el registro no es imparcial; el médico traduce los símbolos verbales del enfermo a su propio lenguaje médico: interroga, cuestiona y pide datos que lo llevan a encuadrar la información dentro de sus propios sistemas conceptuales teóricos, que son a su vez producto de una cultura, son “modelos explicativos”. El modelo explicativo del médico “científico” difiere del modelo popular, y éste puede diferir del modelo tradicional. Mediante sus procedimientos de diagnóstico, el médico, el sanador, el chamán y el curandero presentan a sus pacientes “realidades” médicas que serán objeto de tratamiento. Este proceso se ha denominado “construcción cultural de la realidad clínica”. Las interacciones paciente-médico son transacciones entre modelos explicativos. Estas transacciones a veces tropiezan con discrepancias en el contenido cognitivo, valores, expectativas y metas terapéuticas. Las realidades clínicas se constituyen como producto de la cultura, y varían transculturalmente, así como entre los diversos tipos de atención médica que conviven dentro de una sociedad: tradicional, popular y científica. Deberá ser tarea del médico comprender el modelo explicativo propio de su paciente, respetarlo dentro de lo posible y tratar de hacerlo armonizar con el modelo “científico”. De no lograrlo, las posibilidades de beneficiar a su paciente se verán seriamente comprometidas.

REFERENCIAS

1. **Deutsch F:** Associative anamnesis. *Psychoanal Quart* 1939;8:354.
2. **Lisansky ET, Schochet BR:** Comprehensive medical diagnosis for the internist. *Med Clin N Amer* 1967;51:1381.

La relación médico-paciente

Entiende el autor la “relación médico-paciente”, en su acepción más amplia, como el variadísimo conjunto de interacciones que tienen efecto entre el uno y el otro. Se establece desde el momento (o aun antes) en que la persona que se siente o se cree enferma acude en demanda de ayuda a la persona que, por su dominio de la técnica (o sea conocimientos, destrezas y habilidades) y por su vocación, ofrece su ayuda. Puede variar, sin duda, desde un trato impersonal y frío hasta alturas sublimes de empatía y amor médico. Una definición conductista sería: “el complejo dinámico de conductas exhibidas tanto por el médico como por su paciente en el curso de su interacción, e incluso más allá de ese corto momento”. Abarca, pero no se limita a ellas, todas las acciones encaminadas al establecimiento del diagnóstico, así como todas las que tienen por objeto la solución total o parcial del problema o de los problemas de salud que presenta el paciente. Incluye también esa relación *sui generis*, de carácter psicológico, que suele nacer entre el paciente y su médico en el curso de esas interacciones. El concepto de relación médico-paciente es amplio, porque hay tantas relaciones como individuos, y en un polo de dicha relación hay una variedad infinita de pacientes, cada uno con sus necesidades, sus expectativas, sus ideas y fantasías, y hay una cantidad igualmente numerosa de médicos con sus conocimientos, conceptos, habilidades, estilos, mitos y emociones, conscientes e inconscientes, acerca de su papel; y también hay una variedad de relaciones entre uno y otro, desde la del médico burócrata que

* Una parte del material de este capítulo fue publicada en la Gaceta Médica de México.¹

recibe la petición de conceder un documento de incapacidad, justificado o no, hasta la del clínico que estudia cuidadosamente a su paciente, identifica problemas, concibe hipótesis, solicita estudios que servirán para confirmarlas o sustituirlas, diagnostica y aplica un tratamiento, y hasta el caso de un Anatole Fugart, que dice: “Espero del médico que sea un cuidadoso lector del enfermar y un buen crítico de la Medicina [...] que no solamente sea un médico talentoso, sino algo de metafísico también [...] alguien que sea capaz de ir más allá de la ciencia y llegar a la persona [...] de imaginar la soledad del que está críticamente enfermo [...] Quiero que sea mi Virgilio, que me guíe por el Purgatorio o el Infierno, mostrándome las vistas mientras caminamos [...]”.

En su acepción más reducida, el autor entiende como relación médico-paciente precisamente esa relación *sui generis*, psicológica, abstraída de todas las demás interacciones.¹

No le parece aventurado al autor suponer que la relación médico-paciente debe haber constituido la parte medular, el componente más importante, la esencia misma de la terapéutica durante el larguísimo periodo de la historia del hombre durante el cual el arte de la medicina se sostuvo en ideas y procedimientos que sólo en escasa proporción contaban con un fundamento científico. Había, claro está, una lógica aplicación de procedimientos quirúrgicos, por rudimentarios que ahora parezcan, así como una apropiada aplicación de tratamientos medicinales nacidos del empirismo y la serendipia (los cuales, aun en la actualidad, no dejan de contribuir al progreso de la medicina). Pero hay que reconocer que, salvo dichas excepciones, lo que había eran prácticas mágicas, invocaciones a las divinidades, administración de pociones y brebajes carentes de toda posible acción farmacológica favorable; sangrías y purgantes. Y, sin embargo, la gente solía aliviarse, y había sanadores y médicos cuya fama ha llegado hasta hoy y que no es posible que se la hayan ganado como resultado exclusivo del *vis medicatrix naturae*. Ello no implica que “el poder curativo de la Naturaleza” no haya sido entonces, y siga siendo hasta el presente, el recurso esencial de la curación y el alivio. Así lo reconocieron siempre los médicos del pasado. Se atribuye precisamente a Hipócrates (460?-377? a.C.) o a la escuela hipocrática el aforismo “*sic medicatrix natura*”: “las fuerzas de la Naturaleza son las que curan las enfermedades”. Lo repitió Galeno (130-200 d.C): “el médico no es más que el ayudante de la Naturaleza” y, milenio y medio más tarde, ese otro médico famoso, Paracelso (1493-1541): “el médico es el servidor de la Naturaleza, no su amo; por lo tanto, la función de la Medicina es obedecer los deseos de la Naturaleza”. Hace un siglo lo proclamó Oliver Wendell Holmes (1841-1935) al afirmar: “creo firmemente que si toda la materia médica, tal como ahora se usa, pudiera hundirse en el fondo del mar, sería tanto mejor para la Humanidad y tanto peor para los peces”. En el siglo que empieza, a pesar del brillo luminoso de los avances de la ciencia y la tecnología médicas, harían bien los médicos en no dejarse deslumbrar

y no olvidar la verdad que todavía encierran esos aforismos legados por los médicos de ayer.

Sin embargo, al lado del poder curativo de la Naturaleza debe haber participado, ayer y hoy y siempre, en buena medida eso que llamamos “la relación médico-paciente”.²

¿La relación médico-paciente es importante en el diagnóstico? No parece serlo si como diagnóstico se entiende exclusivamente el nombre que se da a la enfermedad como lesión anatómica o bioquímica, pero es indispensable si lo que se pretende es diagnosticar al enfermo, a su padecimiento, a su padecer.³ El diagnóstico del enfermo no es completo si no incluye los elementos obtenidos a través de la relación médico-paciente, porque solamente a través de ésta se conocerá y se entenderá. William Osler (1849-1919), uno de los más eminentes médicos anglosajones, decía: “Es más importante conocer a la persona que tiene la enfermedad que conocer la enfermedad que tiene la persona.” Raoul Fournier (1900-1984), gran médico y humanista mexicano, comentaba: “Cada vez sé menos acerca de las enfermedades, pero sé más acerca de los enfermos”, y proclamaba la necesidad de recordar los aforismos de Hipócrates y crear una “medicina Neo-Hipocrática”. Gregorio Marañón (1887-1960), eminente médico y polígrafo español, afirmaba que “la historia de cada enfermo debiera ser no sólo clínica, sino biográfica”, y se lamentaba de que lo que los viejos clínicos afirmaban una y otra vez: “No hay enfermedades, sino enfermos”, no tenía “el valor de una realidad sino sólo de una profecía”.⁴ ¡Cuánta verdad encierran todas estas frases! Porque si se restringe la atención al conjunto de síntomas, signos y datos de laboratorio y gabinete de un paciente, y si se ignora la sociedad a la que pertenece, su cultura, sus esquemas mentales, sus dudas, sus temores, ansiedades e ideas, si se desconoce al enfermo, si no se entiende al enfermo, si se desprecia lo que interesa al enfermo, que es su sufrimiento, y si se extrae lo que le interesa al médico como afiliado al paradigma biológico-lesional de la medicina, se reduce el diagnóstico a un nombre, una etiqueta, una abstracción. En palabras de Leonardo Viniegra: “La medicina contemporánea propicia una distorsión sistemática de la mirada del médico con respecto a lo que es el hombre.”⁵ Es solamente la genuina relación médico-paciente la que es capaz de generar la atmósfera de confianza, de fe, de comprensión, de respeto, que permite al paciente revelar sus más íntimos pensamientos y sentimientos. Pero en ocasiones hay que ir más allá, llegar hasta ese aspecto de la relación médico-paciente que ha recibido los nombres de “empatía”,⁶ “relación yo-tú”⁷ o “dimensión transpersonal”.⁸ No es posible subestimar su valor diagnóstico y terapéutico. Es esa relación la que permite, no sólo entender al paciente, sino sentir lo que está sintiendo. Y es ésta una dimensión del diagnóstico que, evidentemente, llega más allá, pues es más profunda que la pura comprensión. Aquélla es emocional, ésta es intelectual. Cuando se llega al nivel de la empatía, el diagnóstico es a la vez más genuino y, paradójicamente, ya no es posible ponerle un nombre, una

etiqueta. Se cumple entonces la frase profunda de Paul Valery: *Voir vraiment une chose c'est oublier son nom*, “ver en verdad una cosa es olvidar su nombre”.

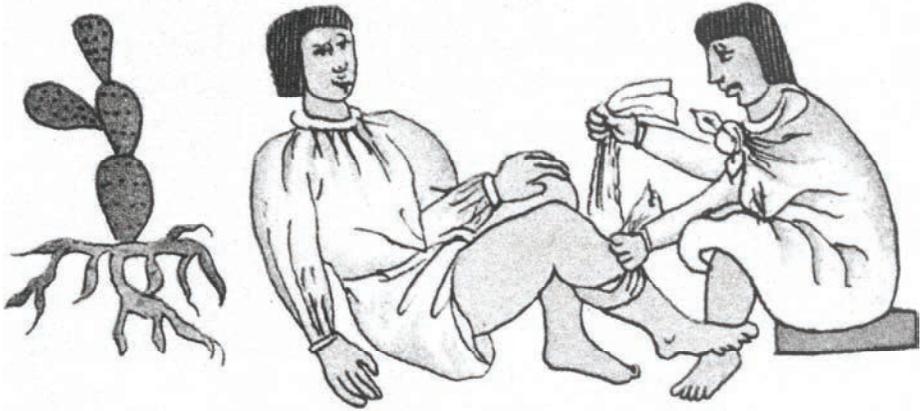
Pero, ¿es posible aceptar la empatía como una técnica científica legítima? Solamente si se combina con la actitud crítica que esta última exige. Solamente si el médico puede alternar, una y otra vez, entre una involucración subjetiva y un desprendimiento objetivo.⁹

Que éste, que podría llamarse “comprensión empática”, es fundamental en la medicina psicológica está fuera de toda duda, pero, ¿importa en el resto de la medicina? Quizá no siempre, pero sí muchas veces si se considera el hecho, mencionado antes muy brevemente, de la omnipresente participación del estrés psicológico en la labilidad y la defensa del organismo humano frente a los factores agresivos que amenazan su salud.

¿Importa la relación médico-paciente para el tratamiento? La respuesta parece tan obvia, tan fuera de toda duda, que quizá fuese pedantesco tratar de demostrarla. Vaya, ¿de qué otra manera se explica la ubicuidad y potencia del efecto placebo, el poder de la sugestión y de la hipnosis? ¿Acaso es necesario recordar que, para el que sufre, el médico es, todavía ahora, no solamente el experto sino el mago, el brujo, el sacerdote, el que con su prestigio, fama, carisma, con su sola presencia, su voz y sus manos, tiene el poder sagrado de aliviar y curar y, simbólicamente, de perdonar o condenar? En una sociedad cada vez más violenta y deshumanizada, ¿no es a menudo el único que escucha, que apoya, que no se burla ni condena, el único que intenta comprender, el hermano, el amigo, el padre? ¿Cuál es el mecanismo de su poder de aliviar? Habría que preguntar por qué tienen virtudes curativas el abrazo de la madre, la amistad, el amor, el interés, el trabajo, el apoyo social, la fe y el idealismo. ¿Por qué se exponen a enfermarse los que carecen de ello? ¿Por qué están predispuestos a la enfermedad y la muerte los que pierden un ser querido, un empleo, una posición social o económica, o cualquier otro objeto psíquico valioso? Los hechos son indudables, ¿las explicaciones permanecen en el terreno de las hipótesis? En el siglo XXI, el siglo del triunfo de la ciencia y la tecnología y la aparente derrota de todo lo que no pertenece a esos dominios, ¿desaparecerá del armamentario terapéutico la relación médico-paciente por falta de un fundamento científico que la sustente?

La respuesta es un rotundo NO. El fundamento científico ya existe, ha dejado de ser una simple hipótesis. Dos hechos trascendentales, paradigmático el primero y empírico el segundo, lo demuestran. Se intentará describirlos.

El primer hecho, el conceptual, ha sido la incorporación a la ciencia de cambios paradigmáticos que ya habían sido propuestos a mediados del siglo XX, y aun antes, pero cuya integración a la medicina ha sido lenta, pues han tenido que vencer la inercia y la resistencia a los cambios conceptuales que, históricamente, han distinguido a la “Academia”, el establecimiento que maneja las riendas de la medicina académica. Esto es, la teoría de sistemas y la ciencia de la cibernética.



La teoría de sistemas, ahora más conocida como el concepto de sistemas, fue propuesta originalmente por dos biólogos distinguidos: von Bertalanffy y Weiss,¹⁰ en un intento por lograr una mejor comprensión de los problemas planteados por la ciencia biológica, y fue introducida a la medicina clínica por Brody¹¹ y Engel.¹²

El concepto de sistemas permite desechar el dualismo “mente-cuerpo” (“psiquisoma”), así como el reduccionismo biológico: la creencia de que para conocer a los seres vivos, incluyendo el hombre, es suficiente conocerlos en sus partes componentes más reducidas: biología molecular. Hace notar que el grupo de todos los objetos naturales constituye un continuo organizado jerárquicamente, de modo que las unidades menos complejas se encuentran subordinadas a unidades cada vez más complejas, como puede verse en la figura 3-1. Las partículas subatómicas son sistemas, es decir, conjuntos de elementos organizados en el espacio y el tiempo, y son componentes de un sistema mayor: átomos, éstos organizados en moléculas, éstas en organelos; éstos en células y, sucesivamente, en tejidos, órganos, sistema neuroendocrino inmunitario, persona, pareja, familia, sociedad, etc. En esta jerarquía, cada nivel representa un todo dinámicamente organizado, es decir: un sistema. Cada sistema es, simultáneamente, todo y parte de un sistema superior; es un “suprasistema” del que está por debajo, y un “subsistema” del que le sigue más arriba. Ningún sistema existe aislado, sino que está caracterizado e influido por la configuración y el estado de los sistemas de que forma parte. Cada todo (sistema) es más que la suma de sus partes y, por lo tanto, no puede ser entendido en su totalidad mediante el solo conocimiento de sus componentes; se comporta con sus propias leyes, con funciones nuevas, emergentes. Es imposible predecir las propiedades de una molécula de agua basándose en el conocimiento de las leyes que gobiernan a los átomos que la componen, ni entender el comportamiento de una enzima mediante el estudio de los aminoácidos que la

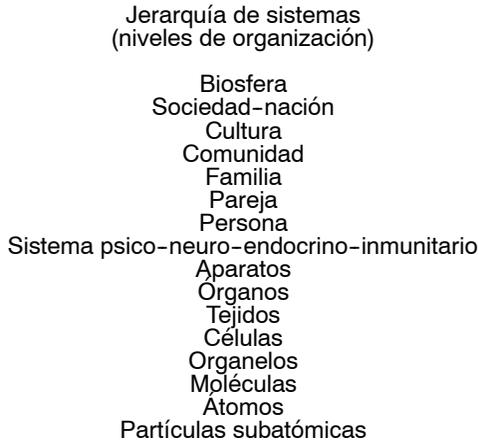


Figura 3-1. Jerarquía de los sistemas naturales.

forman; ni entender la célula, el órgano o la persona mediante el método de reducirlos a sus partículas más pequeñas. Cada uno de los todos aparece con propiedades diferentes, llamadas emergentes.

De acuerdo con el concepto de sistemas, la persona se encuentra en el nivel más alto de la jerarquía organísmica y en el nivel más bajo de la jerarquía social, la cual incluye, en orden ascendente: la persona, la pareja, la familia, la comunidad, la cultura, la sociedad, el país, la humanidad, la biosfera, etc. (figura 3-1).

La visión médica tradicional del hombre, de la salud y de la enfermedad se ha limitado a considerar casi exclusivamente los niveles jerárquicos situados debajo del nivel de la persona y, por consiguiente, ha sido muy fructífera para comprender y atacar aquellas enfermedades en las cuales la alteración tiene lugar en uno o, cuando mucho, en unos cuantos niveles debajo del nivel de la persona. Sin embargo, en realidad, aunque la perturbación ocurra en uno o en unos cuantos niveles, la naturaleza de la organización jerárquica dicta que casi todos los niveles sufran las consecuencias y reaccionen a ellas. La perturbación viaja hacia arriba, como cuando la simple mutación de la estructura molecular de una proteína celular ocasiona retraso mental en una persona, con la consiguiente perturbación del equilibrio de la familia y de los recursos económicos y sociales de toda la comunidad. O puede viajar hacia abajo, cuando las perturbaciones sociales actúan como factores precipitantes de enfermedad en el individuo, con daño estructural a sus células.

El cambio paradigmático causado por la teoría de sistemas consiste en la proposición de que “el organismo viviente se comporta como un todo y no puede ser entendido si se estudian sus partes por separado” o, en otras palabras: “el todo es más que la suma de sus partes”, y el ingrediente adicional es “la forma como se encuentra organizado”.

Se ha mencionado el hecho de que las perturbaciones en un sistema viajan en dirección ascendente y descendente. En realidad, se trata de sistemas abiertos al entorno, cuyas fronteras permiten el flujo en todas direcciones de materia y de información. El aspecto funcional, la responsabilidad de mantener la jerarquía en condiciones de equilibrio dinámico, está constituido por el flujo que tiene lugar entre los sistemas y los subsistemas. Este flujo está estructurado por mecanismos de retroalimentación que pueden ser descritos por las teorías cibernética y de información. La teoría de sistemas incluye, como elemento esencial, la idea de la comunicación entre unos y otros. ¿Cómo funciona? Esta pregunta la ha contestado una nueva ciencia, enfocada precisamente en los problemas de comunicación y control, bautizada por su creador, Norbert Wiener, con el nombre de cibernética, del vocablo griego *kybernetes*: piloto, timonel.

La cibernética también se ha definido como “la ciencia interdisciplinaria que tiene que ver con la comunicación y los sistemas de control en las máquinas, los organismos vivos y las organizaciones”. Por lo tanto, la cibernética tiene que ver con el hombre, y es interesante que la primera publicación sobre la aplicación de los conceptos de la cibernética al estudio del funcionamiento de la persona fuera firmada en 1943 por Wiener, Bigelow y el mexicano Arturo Rosenblueth, con el título “Behavior, Purpose, and Theology”. A partir de entonces, el estudio de la persona ha progresado gracias, entre otras, a las contribuciones de científicos de la talla de Prigogine (autoorganización y sistemas disipativos), Bateson (ecología de la mente), los chilenos Maturama y Varela (autopoiesis) y Pert (neuropéptidos). Ha quedado descartada la vieja teoría cartesiana de la separación del cuerpo y la mente, de lo somático y lo psíquico, y la han sustituido las ideas modernas que se resumen en el concepto de interrelaciones complejas, muchas de ellas por medio del lenguaje molecular, entre los sistemas nervioso, endocrino e inmunitario, lenguaje que involucra a todas las células, tejidos, órganos, apartados y sistemas que integran el organismo humano y, también más allá, abarcando la sociedad y la cultura, y alcanzando el paradigma de la “ecología profunda” de Fritjof Capra,¹³ en una trama que da fundamento científico al concepto biopsicosocial de la enfermedad, y que, al desplazar al viejo concepto biológico-lesional, legitima la importancia del apoyo social, el trabajo, la familia, la empatía, el efecto placebo de la relación médico-paciente en la polaridad padecimiento-curación. He aquí cómo la cibernética, lejos de tener una importancia grande aunque restringida a las máquinas y las organizaciones, también ha contribuido poderosamente a fundamentar las bases científicas del humanismo en Medicina.

Se mencionó con anterioridad que dos hechos han conducido a fundamentar las bases científicas del efecto terapéutico de la relación médico-paciente: el primero es teórico y conceptual, proporcionado por la teoría de sistemas y la cibernética. El segundo hecho se tratará a continuación: los hallazgos de la investigación empírica.

En el curso de los últimos 20 años se han identificado en el organismo humano entre 60 y 70 péptidos, que son moléculas dotadas de la novedosa propiedad de actuar como mensajeras encargadas de interconectar las células del organismo, especialmente las neuronas, las células endocrinas y las de la inmunidad en una red. Este dramático descubrimiento científico hace que desaparezca la tradicional noción de la existencia relativamente independiente de tres sistemas: un sistema nervioso, asiento de la memoria, el pensamiento y las emociones, integrado por el cerebro, nervios y un conglomerado de células nerviosas repartidas por todo el organismo; un sistema endocrino constituido por glándulas y hormonas, encargadas de controlar e integrar varias funciones del cuerpo; y el sistema inmunitario, responsable de la defensa del cuerpo, de su integridad, de la reparación de las heridas y los tejidos, y constituido por el bazo, la médula ósea, los ganglios linfáticos y las células inmunitarias. Los péptidos, al conectar las células inmunitarias, glandulares y cerebrales, forman una auténtica red psicosomática que abarca al organismo en su totalidad. Su papel es crucial al coordinar las actividades del sistema inmunitario y conectarlo e integrarlo con las funciones mentales, emocionales y biológicas. Ciertas hormonas, que se suponía que eran secretadas exclusivamente por las glándulas endocrinas, son péptidos que también se producen y almacenan en el cerebro. Las endorfinas, neurotransmisoras supuestamente producidas sólo en el cerebro, también se originan en las células inmunitarias. Conforme se siguen encontrando más y más receptores a péptidos en las células del organismo, más se está poniendo en claro que virtualmente todos los péptidos se producen tanto en el cerebro como en varias otras partes del cuerpo. ¡Ya no es posible establecer una distinción clara entre el cerebro y el resto del cuerpo! Es posible afirmar que los péptidos constituyen “la expansión bioquímica de las emociones”. La mayoría de ellos, si no es que la totalidad, son capaces de alterar los estados anímicos y la conducta. Una distinguida investigadora, Candace Pert, dice: “Los glóbulos blancos son partículas de cerebro flotando por el cuerpo.”¹⁴

En el discurso inaugural de un reciente simposio sobre neuroinmunomodulación se dijo: “Gracias a los avances en biología molecular durante los últimos 10 años, pronto estaremos en posición de explicar el mecanismo de acción terapéutica benéfica de la meditación y otras terapias conductuales y “alternativas”. El estudio de la base neurobiológica del efecto placebo permitirá entender, finalmente, todos esos fenómenos que han sobrevivido durante milenios en las diversas culturas, y los médicos podremos desechar los prejuicios que han estigmatizado el humilde efecto placebo, de manera que, en vez de tratar de controlar y excluir este potente instrumento biológico, se utilizará abiertamente para curar y aliviar [...]”. “El descubrimiento científico de la conexión inmunocerebral simboliza el enlace de las creencias de la cultura popular con los progresos tecnológicos de varias disciplinas, desde la molecular hasta la disciplina de las interacciones de sistemas” [...]. “Es ésta la contribución de mayor relevancia de esta disciplina a

la ciencia y la medicina modernas, pues empuja y rescata a la ciencia de su posición estrechamente reduccionista, cuyas raíces datan de la filosofía cartesiana del siglo XVI, y la regresa a la visión hipocrática holística de cuerpo y alma estrechamente entretrejidos. Esta viejísima ciencia, nacida en tiempos prehistóricos, ha renacido ahora, gracias a la tecnología científica moderna, y hará que los médicos y los hombres de ciencia dejen de dudar de sus pacientes cuando éstos insistan en que el estrés en verdad los enferma y la fe en verdad los cura.”

Gracias al concepto de sistemas, a las contribuciones de la cibernética y al conocimiento de que los péptidos constituyen la expresión bioquímica de las emociones, el fundamento científico del modelo biopsicosocial de la enfermedad y de la relación médico-paciente cuenta con sólida legitimidad.

La amenaza al futuro de la relación médico-paciente nunca radicó en que se dudase de su importancia aun antes de conocerse su fundamento científico. La amenaza radica en otra cosa: en los factores sociales y económicos. El tema se trata en el capítulo siguiente: “Brechas entre el ejercicio médico y el enfermo”, pero aquí va un comentario.

Norbert Wiener, el padre de la cibernética, se expresó así al referirse a la sombra tendida por la nueva tecnología:

“Aquellos de nosotros que hemos contribuido a la nueva ciencia de la cibernética [...] nos encontramos en una posición moral que, en el menor de los casos, no es muy cómoda. Hemos contribuido a la iniciación de una ciencia nueva que [...] abarca desarrollos técnicos dotados de grandes posibilidades de hacer el bien o el mal.”¹⁶

Las megatecnologías están dominando las sociedades industrializadas de todo el mundo. De manera creciente, todas las formas de cultura se están subordinando a la tecnología. Las continuas innovaciones tecnológicas, aunque no el bienestar de la humanidad, se están considerando sinónimo de progreso.

Acicateada por su inagotable sed de lucro, la industria farmacéutica no tardará en abalanzarse sobre los péptidos que participan en las emociones humanas, para comercializarlos y vender en comprimidos la felicidad, la armonía, el amor, la fe y la esperanza. Se habrá cumplido el siniestro pronóstico de los augures del apocalipsis de la especie humana: una humanidad destruida, no por un cataclismo nuclear ni por una tiranía a lo George Orwell, sino a lo que Aldous Huxley pintara en su obra *Un mundo feliz*: por la corrosión de su espíritu, consumido por las drogas, que no son otra cosa, como la sinonimia lo comprueba, que los medicamentos que pretenden sustituir a los determinantes genuinos de la salud mental.

El libro de Huxley, *Un mundo feliz*, se publicó hace medio siglo, en 1952, y principia con una acotación de Nicolas Berdiaeff, teólogo y filósofo ruso, que tradujo del francés: “Las utopías aparecen como mucho más realizables que lo que se creía con anterioridad. Y nos encontramos actualmente frente a una cuestión bien angustiante: ¿cómo evitar su realización definitiva? [...] Las utopías son rea-

lizables. La vida marcha hacia las utopías. Y puede ser que principie un siglo nuevo, un siglo en el que los intelectuales y la clase cultivada deberán soñar con los medios que permitan evitar las utopías y faciliten el retorno a una sociedad no utópica, menos perfecta y libre.”

REFERENCIAS

1. **Jinich H:** Relación médico-paciente. *Gaceta Méd Méx* 1998;134:319.
2. **Jinich H:** *El paciente y su médico*. 1ª ed., México, Biblioteca Médica Mexicana, Facultad de Medicina, UNAM. JGH Editores, 1997.
3. **Martínez CF:** *Enfermedad y padecer*. México, Medicina del Hombre en su Totalidad, 1983.
4. **Marañón G:** En. Laín EP: *Marañón y el enfermo*. Madrid, *Revista de Occidente*, 1962.
5. **Viniegra LV:** *Cómo acercarse a la medicina*. México, Limusa, 1991.
6. **Spiro HM:** *Empathy and the Practice of medicine: beyond pills and the scalpel*. New Haven, Yale University Press, 1993.
7. **Buber M:** *I and Thou*. 2ª ed. New York, Scribner, 1958.
8. **Suchman AL, Matthews DA:** What makes the patient-doctor relationship therapeutic? Exploring the connexial dimension of medical care. *Ann Int Med* 1988;108:125.
9. **Katz RL:** *Empathy; its nature and uses*. Londres, Collier-MacMillan, 1963.
10. **Bertalanffy LV:** *General systems theory*. New York, Braziller, 1968.
11. **Brody H:** The systems view of man: implications for medicine, science, ethics. *Persp Biol Med* 1973;17:71-92.
12. **Engel GL:** The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977; 196:129-135.
13. **Capra F:** *The web of life*. New York, Anchor Books, 1996.
14. **Pert C, Ruff M, Weber R, Herkenham M:** Neuropeptides and their receptors: a psychosomatic network. *J Immunol* 1985;135:82-26.
15. **Sternberg EM:** Does stress make you sick and belief make you well? The science connecting body and mind. En: Neuroimmunomodulation. Perspectives at the New Millenium. *Ann New York Acad Sci* 2000;917:1-3.
16. **Wiener N:** *Cybernetics*. Cambridge, MIT Press, 1948. Reimpreso en 1961.

Brechas entre el ejercicio médico y el enfermo

Época de poderío y perplejidad, o de potencia y fragilidad: así se ha calificado al periodo contemporáneo de la historia de la medicina. Poderío sí, puesto en evidencia por el catálogo de gran cantidad de victorias y descubrimientos en medicina. Perplejidad y fragilidad también, porque, a pesar del orgulloso catálogo, una gran parte de la humanidad padece de enfermedades que desde hace mucho tiempo se sabe cómo prevenir y curar, y porque la otra parte, la minoría rica, tiene sus hospitales abarrotados de enfermos, consume cantidades colosales de medicamentos antidepresivos y tranquilizantes, y sufre una gran variedad de padecimientos que, atinadamente, se han denominado “enfermedades de la civilización”. Perplejidad y fragilidad. Parece unánime la opinión de que se ha abierto un vacío entre el ejercicio de la medicina y el enfermo; la brecha abierta entre el ejercicio médico y el enfermo es la consecuencia de varios factores, entre los cuales destacan, por ser los más reconocidos, la burocratización de la medicina institucional y la privada, y la proliferación de las especialidades médicas.

Numerosos autores han señalado que, en la mayoría de las instituciones públicas, el avance del burocratismo ha degradado el trabajo del médico y lo ha convertido en una actividad rutinaria, empobrecida de conocimientos y desprovista de humanismo. Como ha dicho certeramente otro autor, existen en la atención médica tradicional mecanismos propiciatorios, escenarios y reglas para darle un inicio, un desarrollo y una conclusión; estos mecanismos no son tomados en cuenta en los sistemas de atención médica prepagada, en los cuales, según el autor, existe una relación de mutuo desencanto entre el paciente, que recurre a un médico porque no le queda otra alternativa, y el médico que lo atiende porque no le queda otro reme-

dio. Esto ocurre por varias razones, entre las cuales no se pueden excluir, como ya se ha mencionado, los salarios insuficientes que reciben los médicos y otros miembros del equipo de salud, salarios que les impiden vivir decorosamente y los obligan a completar sus ingresos dedicando un número excesivo de horas diarias a otras actividades; esto, de manera inevitable, los hace albergar resentimientos contra la empresa que los explota, resentimientos que se derraman sobre la víctima inocente, el enfermo. Pero quizá la razón más importante de la formación de una brecha cada vez más profunda entre el equipo de atención médica y el enfermo sea la interposición de intermediarios, quienes eluden los intereses y necesidades de los pacientes, pues sólo deben rendir cuentas a la organización burocrático-administrativa que gobierna el funcionamiento de la institución médica, y cuyos parámetros de eficiencia no toman en cuenta, más que de manera muy secundaria, los intereses de la población que debieran servir. La especialización médica, por su parte, si bien es producto inevitable y en muchos aspectos deseable del proceso científico y tecnológico de la medicina, predispone a perder de vista la totalidad indivisible de la persona humana, al enfocar su atención en el fragmento que le interesa, fragmento cuya importancia tiende a sobrevalorarse y a ser objeto de procedimientos terapéuticos que podrían actuar en detrimento de otros órganos y funciones del mismo organismo. De ahí que la medicina moderna haya sido responsable de la creación de todo un nuevo y extenso capítulo de la patología humana, el de las enfermedades iatrogénicas. Como dice Leonardo Viniegra,¹ “la medicina contemporánea propicia una distorsión sistemática de la mirada del médico con respecto a lo que es el hombre”. El paciente, imposibilitado de contar con un médico que lo considere como una unidad, que lo oriente, lo guíe y lo defienda de acciones a menudo imprudentes y aun peligrosas de los especialistas, se enfrenta a un sistema médico inconexo, misterioso, frío y a menudo cruel. No se puede dejar de mencionar, como factor adicional importante en la creación de la brecha, el factor tiempo. Tanto en las instituciones de medicina social como en las privadas que dominan la práctica de la medicina contemporánea, el médico, convertido en empleado a sueldo, se ve obligado a atender al mayor número de pacientes en el menor tiempo posible. En las instituciones oficiales, la meta es la eficiencia, no la eficacia; los resultados del quehacer médico no se miden por la realización de las metas de la medicina (curar, aliviar, promover la salud), sino que se miden por el número de consultas, prescripciones, procedimientos, etc., otorgados a los derechohabientes en un tiempo dado. En las instituciones privadas, incluyendo las más elegantes y costosas, se recomienda abierta y cínicamente a los médicos empleados que no alienten ni permitan el surgimiento de lazos interpersonales entre el paciente y su doctor, pues “quitan tiempo”. En la práctica de la medicina privada individual existe una presión semejante; las compañías de seguros, que de manera creciente pagan y establecen el monto de los honorarios por servicios médicos, pagan mucho más por los procedimientos técnicos, por simples que sean, que por lo que

se ha llamado procedimientos cognoscitivos, como son la historia clínica, la exploración física, en fin, la entrevista clínica, con todas sus ramificaciones psicológicas, sociales y culturales. La realidad económica es tan grave que el médico que por vocación elige ese tipo de actividad profesional, no técnica, podría encontrarse en serias dificultades económicas, como se observa claramente en EUA.

Se ha gastado mucha tinta en la discusión del papel que tiene la tecnología médica, como el villano fundamental, en la brecha que hay entre el ejercicio médico y el paciente. Y hasta se ha llegado a culpar a Laennec por haber inventado el estetoscopio, invento cuya repercusión en el desarrollo de la clínica es innegable, pero se exagera, hasta el absurdo, al decir que inició *de facto* y simbólicamente el alejamiento entre los dos protagonistas de la relación entre el médico y el paciente, ¡por interponer un instrumento entre la oreja de aquél y la pared torácica de éste! Gracias a la auscultación fue posible lograr grandes avances en los diagnósticos de las enfermedades respiratorias y cardiológicas, diagnóstico imposible cuando sólo se contaba con la información obtenida por un interrogatorio. Así nació, dicen, al aplicarse la auscultación, la devaluación del diálogo y la glorificación de la exploración física, sentimientos propiciados por los propios escritos de Laennec. Sin que sea posible negar el papel negativo del abuso de la moderna tecnología en la relación médico-paciente, es seguro que se ha exagerado e incluso satanizado la experiencia cotidiana en nosocomios, clínicas y consultorios, prueba de que la más sofisticada tecnología no está reñida con el más elevado humanismo. Cabe aquí una reflexión: se acepta que la relación médico-paciente no sea ya lo que era antes, que el paciente se haya “cosificado” y fragmentado por la medicina científico-tecnológica contemporánea, pero tómese en cuenta que en el no muy remoto pasado, la relación médico-paciente era casi el único recurso terapéutico con el cual contaba el médico; así, no es de extrañar que se hubiese visto obligado a compensar con compasión, filosofía barata y palmaditas en la espalda la falta de recursos efectivos. Es verdad que el cirujano cardiovascular moderno a menudo desconoce el nombre de su paciente y apenas intercambia unas cuantas frases con él, pero en cambio restaura la circulación sanguínea y permite la llegada del líquido vital y del oxígeno al miocardio isquémico y moribundo de dicho paciente, o le trasplanta un corazón sano, y lo devuelve a la vida y al trabajo. ¿Acaso no es, en el fondo, más humanista esta medicina nueva que aquélla basada casi exclusivamente en el amor médico, genuino o quizá sólo hipócritamente simulado? ¿Es de lamentar la ruptura de la relación médico-paciente si se la sustituye por una terapéutica eficaz? Colocar un corazón mecánico, trasplantar un hígado o un pulmón, curar un linfoma, inventar más vacunas, descubrir mejores antibióticos, descubrir los mecanismos biológicos alterados de la enfermedad mental y desarrollar nuevos fármacos que la corrijan, aplicar la ingeniería genética: ¿no son acaso las metas supremas de la medicina, la realización del sueño, que parecía quimérico, de los alquimistas y utopistas de todos los tiempos? Lamentarse ante

tanto progreso, quejarse frente al espectáculo del arrollador avance de la ciencia médica, ¿no serán síntomas de mórbida paranoia?

No menos de la mitad de los pacientes tienen padecimientos para los cuales resulta infructuosa la búsqueda de un sustrato biológico lesional; en ellos, y más aún en casi todos los pacientes en quienes sí se encuentran lesiones orgánicas evidentes, participan factores psicológicos y sociales, unas veces como factores determinantes y otras como factores contribuyentes, que solamente pueden ser identificados y entendidos si el médico intenta conocer al paciente como un todo, y no sólo como una suma de órganos, no sólo como maquinaria mecánica y bioquímica, sino como unidad, como persona y, más aún, como parte de un suprasistema familiar, social, cultural. La enfermedad, para el paciente, no es una alteración anatomopatológica o fisiopatológica; la enfermedad la siente como castigo de dioses, venganza de enemigos, maldición inexplicable, intolerante intromisión en los planes propios. La enfermedad se siente como peligro, como rudo despertar a la realidad de la temporalidad y fragilidad de la existencia del individuo; es sacudimiento que perturba la protectora represión de la conciencia de la certidumbre de la muerte; es interrupción de los estudios, del trabajo, de los proyectos trazados con ciega arrogancia; es desastre económico, es señal de debilidad, es súbita inferioridad frente a los demás, afrenta al machismo; es dolor, vergüenza, humillación; es también pretexto, excusa, explicación, justificación de fallas y torpezas, motivo para reclamar atención, afecto, lástima, recompensa, admiración, retribución, compasión; es desquite, es medio de purificación, es símbolo de superioridad espiritual, es lenguaje visceral, forma de expresión de emociones para las que el verbo es inadecuado, insuficiente o está prohibido. Para poder entender todo esto es indispensable la existencia de una genuina relación médico-paciente; la ruptura de ésta, su ausencia, la brecha, por lo visto es incompatible con la práctica de la buena medicina, y su presencia es componente esencial del tratamiento verdaderamente efectivo del paciente.

Estas reflexiones llevan al autor a lo que más le importa señalar como elementos importantes en la etiología de la brecha que, en su opinión, son dos: por una parte, la confusión existente entre la enfermedad y el padecer, y por la otra, la pérdida de los valores humanos, que caracteriza a la sociedad contemporánea. Acerca de esto último, nadie lo ha expresado mejor que don Pablo Latapí,² de quien son estas frases:

Detrás de esta crisis de la institución y de la profesión médica hay una crisis de valores humanos; si hoy no se puede ser médico cabalmente es porque no se puede ser hombre cabalmente; si los valores fundamentales de la profesión parecen desvanecerse por las formas concretas en que tiene que ejercerse es porque se han tornado imposibles los valores humanos básicos de los que aquéllos dependen.



En cuanto a la confusión existente entre enfermedad y padecer, puede ilustrarse con este ejemplo: la señora Altagracia Sánchez, mujer de 39 años de edad, tiene hipertensión arterial, vive en la periferia de Ciudad Nezahualcóyotl, en un tugurio, en compañía de cuatro de sus hijos, dos nietos y su madre, y trabaja de mesera en una lonchería. Ha estado casada dos veces, pero en ambos casos fue abandonada por el esposo; más recientemente estuvo viviendo en amasiato con Eduardo P., a quien mataron a puñaladas en una riña de cantina hace exactamente un año. Ella sostiene a toda su familia. La madre, de 60 años de edad, es hipertensa y sufrió un accidente vascular cerebral que la dejó con hemiplejía y afasia. La hija mayor es madre soltera de dos niños, está embarazada y no trabaja, anduvo metida en drogas. Otra hija, de 15 años, también está embarazada. Un hijo, de 17 años, está en la cárcel, y otro más chico ya anda en “malas compañías”. Sólo Amalia, la hija menor, “es un ángel”.

Acudió Altagracia a una consulta en una clínica del IMSS, y se grabó la entrevista que se transcribe a continuación:

—No me estoy sintiendo bien, doctorcito. ¡Ay, no sé! Puede que sea la presión. Me está doliendo reتهarto la cabeza, no he podido dormir bien.

—¿Ha estado tomando sus medicinas?

—A veces, pero cuando no siento la presión la dejo de tomar.

—Vaya, doña Alta, pero si ya le he dicho que si no las toma puntualmente le va a pasar lo que le pasó a su mamá; las tiene que tomar todos los días sin falta; ¿y la dieta con poca sal?

—Doctorcito, cómo quiere, no puedo andar cocinando sin sal para la familia, ni modo que cocine para mí, no me da tiempo, y en la lonchería todo tiene reتهarta sal.

—Bueno, éste sí es un problema, a ver cómo le hace, pero la dieta con poca sal es muy importante.

—¡Ya lo sé, doc!, quisiera hacer todo lo que me manda, pero a veces se me olvida, tengo tantísimos problemas encima y todo me afecta la presión; tengo dos hijas enfermas de niño y mi madre está cada día peor, y luego la preocupación por Alfonso, que lo metieron al bote y yo...

—¿Siente falta de aire?

—Seguido me despierta en las noches.

—¿Dolores en el pecho?

—No, doc.

—¿Se le hinchan los tobillos?

—Algo, pero poquito, pero es que estoy parada todo el santo día en la lonchería.

—¿Me dijo que le duele la cabeza?

—A veces se me figura que toda mi vida es un puro dolor de cabeza. Me han dado desde hace muchos años, pero están aumentando. Sabe usted, el domingo hace un año, usted sabe, me mataron a Eduardo y...

—¿Los dolores le dan en el mismo sitio de siempre?

—Sí, son los mismos, pero me dan más seguido, pero sabe usted, Eduardo me había dicho que...

—¿Tiene molestias en la vista? ¿Le dan náuseas?

—No, doc.

—¿Alguna otra molestia?

—No he podido dormir bien, doctorcito, creo que es porque...

—¿Le cuesta trabajo quedarse dormida?

—Sí, doctor, y me despierto muy temprano. He soñado mucho con Eduardo, me dejó muy solita, no sé si...

—¿Algún otro problema?

—No, doc. Sólo cansancio, pero no es novedad, doctorcito. ¿Le puede dar a uno dolor de cabeza por las preocupaciones y por extrañar a alguien?

—Si son dolores por contracción muscular, puede que sí. ¿Ha notado otros síntomas como mareos, debilidad, fatiga?

—No le digo, siempre estoy cansada y la presión me empeora. Yo le quería preguntar de mis preocupaciones, tengo hartísimas, me siento toda decaída y como que ya no puedo.

—Bueno, la voy a mandar con la trabajadora social. Ahora déjeme que la examine, a ver cómo la encuentro.

—Pues, ¡cómo me va a encontrar!, pues mal, yo se lo puedo decir, doctor, tengo demasiada presión y eso me sube la presión.

—Bueno, bueno; ya veremos, anímese y tome sus medicinas.

Una vez terminada la consulta, el doctor Flores escribió la siguiente nota de evaluación:

Paciente femenina de 39 años, con hipertensión arterial esencial, tratada con hidroclorotiazida 100 miligramos y alfa-metil dopa 2 gramos al día. Presión arterial 160/105, la paciente no toma sus medicinas regularmente, a pesar de las indicaciones médicas; hay signos de leve insuficiencia cardiaca, resto negativo.

Diagnóstico:

1. Hipertensión esencial mal controlada.
2. Insuficiencia cardiaca grado I.

Tratamiento:

Insistir en dieta hiposódica. Cambio de alfa-metil dopa por captopril. Nueva consulta en un mes.

El expediente clínico es un documento valioso e imprescindible, permite consignar por escrito lo que ocurre en las ocasiones en que el paciente entra en relación con el sistema de atención médica. Es un instrumento de indudable utilidad para el sistema cuando se emplea como guía en el manejo clínico del paciente. Pero hay algo más que en el contexto de esta plática resalta por su trascendencia; en realidad, el registro del caso clínico en el expediente constituye un acto ritual profundo de transformación, mediante el cual el padecer se convierte en la enfermedad, la persona que padece se vuelve la portadora de la enfermedad, el sujeto se transforma en objeto.

En el ejemplo presentado, el caso estampado en la nota del expediente difiere dramáticamente del diálogo que tuvo lugar entre el médico y su paciente. Ésta ha sido reducida a su hipertensión, su falta de obediencia a las órdenes médicas, su insuficiencia cardiaca leve y sus medicinas. Altigracia Sánchez se ha esfumado, no aparece en el expediente esa persona enferma, afectada por enormes presiones sociales, económicas, familiares y morales, abrumada por problemas insolubles. Muchos de ellos son producto de la patología social, pero no pidamos al doctor Flores que haga comentarios sobre esta trágica realidad; sin embargo, ¿no

debiera prestar atención y dejar constancias de su familia, de su duelo por la muerte de un compañero amado, de su depresión, de las consecuencias de las presiones socioeconómicas que hacen sufrir a su paciente? El médico, en este ejemplo nada excepcional, no sólo no ha prestado atención a esta serie de problemas, sino que ha bloqueado sistemáticamente todo intento de su paciente de expresarlos, de comunicarlos, de encontrar un ser humano sensible a sus sufrimientos. El médico sólo ha permitido que hable de su enfermedad, mas no de su padecer; ha autorizado a referirse a sus síntomas clínicos, no así a los psíquicos y morales. El diagnóstico registrado en el expediente constituye una distorsión sistemática de la entrevista clínica; sólo los hechos relacionados con la enfermedad y su tratamiento farmacológico y dietético tienen cabida, son autorizados a emerger, son escuchados; el sufrimiento humano es desatendido, es negado. La diferencia entre lo que trascendió en la consulta médica y lo que se apuntó en el expediente es la diferencia entre el padecer, problema del paciente, y la enfermedad, problema del médico. ¿Podemos culparlo? Desde luego que no. Su actitud es producto de la educación médica recibida; llevó a cabo una evaluación científica de su paciente de acuerdo con las técnicas que le fueron enseñadas, aplicó fielmente un modelo que refleja los conceptos que predominan hoy en día acerca de la naturaleza de la enfermedad, la tarea del médico y las características del cuerpo humano. El resultado es la deshumanización del paciente y la deshumanización del médico.

REFERENCIAS

1. **Viniegra L:** *Cómo acercarse a la medicina*. México, Limusa, 1991.
2. **Latapí P:** Medicina, crisis profesional o crisis humana. *Gac Med Méx* 1979;197:115:171.

Discurso médico

ALGUNAS NOTAS SOBRE EL DISCURSO MÉDICO

- I. ¿El discurso médico es sólo el medio de comunicación que utilizan los diversos integrantes de la profesión médica, o es algo más? En este caso, ¿qué más es? ¿Cuál ha sido el impacto de la tecnología médica sobre el discurso médico?

En medicina como en todas las ciencias sociales (ciencias humanas), pero en grado posiblemente mayor, el discurso constituye no sólo el medio de comunicación entre los miembros de la comunidad de profesionales de la medicina, sino un medio de comunicación con los objetivos mismos de la profesión médica: los pacientes. Tradicionalmente, y desde los albores de la práctica médica, fue el discurso del paciente no sólo la principal, sino la única fuente de información sobre su padecer. La entrevista, la toma de la historia clínica, la descripción que de sus síntomas y quejas hacen los pacientes forman parte crucial del proceso diagnóstico (y, a menudo, también del proceso terapéutico), y son parte constitutiva esencial del acervo de conocimientos médicos, de la “teoría y práctica de la medicina”.¹

Es interesante hacer notar que, hasta el siglo XIX, el diálogo entre el doctor y el paciente constituía el medio principal de información acerca de su estado morbo. Pero, a partir de entonces, este diálogo, este intercambio de discursos empezó a sufrir un proceso erosivo que no ha terminado, y que ha ido transformando radicalmente la naturaleza de la rela-

ción médico-paciente, provocando alarma entre quienes perciben que ese intercambio de discursos está en la esencia misma de la práctica médica, y causando una creciente insatisfacción social con la atención médica en una época en que, paradójicamente, los progresos científicotecnológicos en biomedicina permiten abordar con éxito numerosos problemas médicos que hasta hace relativamente poco tiempo estaban más allá de toda posibilidad de solución o alivio. La erosión principió cuando, en 1816, René Laennec inventó el estetoscopio, e inició un proceso de distanciamiento creciente entre el médico y las ideas y palabras del paciente. En la actualidad, el laboratorio, los rayos roentgen, la endoscopia, el ultrasonido, la tomografía computarizada y la resonancia magnética nuclear han acelerado ese distanciamiento. Las consecuencias son que la medicina moderna ha entrado en un periodo que Laín Entralgo² ha llamado de poderío y perplejidad. A pesar de los grandes hospitales y sus impresionantes máquinas, el público está insatisfecho, persigue judicialmente a los médicos, hay un retorno a la medicina popular y tradicional, proliferan sistemas médicos “paralelos”, se acusa a la medicina de “deshumanización”, y se clama por un retorno a una medicina que se ocupe del enfermo y no de la enfermedad, y por que el diálogo, la entrevista, el discurso, retorne a ocupar el lugar que nunca debió haber perdido.³

Con toda razón afirma Martínez Cortés que la relación médico-paciente no puede ser solamente una relación objetivante, sino una relación de carácter interpersonal. En la primera, el médico actúa como hombre que aplica conocimientos y procedimientos científicos para identificar y tratar de resolver problemas concretos. En la segunda, el fin es la comprensión del paciente como persona. Su instrumento es el discurso. Éste, a su vez, está compuesto de dos tipos de lenguaje: el verbal y el paraverbal.⁴⁻⁶

- II. ¿Qué relaciones mutuas guarda el discurso del paciente con su enfermedad y con su padecer de carácter médico? ¿Qué influencias tienen estos últimos sobre su discurso? ¿Qué influencias tiene aquél sobre éstos?

Para contestar estas preguntas es imprescindible establecer y definir la distinción entre enfermedad y enfermo o, si se quiere, entre enfermedad y padecer (en inglés *disease-illness*). Se da el nombre de enfermedades a las anormalidades en la estructura y la función de los órganos y sistemas del cuerpo. Se llama padecer a la experiencia humana del estado morbo. Martínez Cortés lo define como “una vivencia o serie de vivencias, de sensaciones, de preocupaciones, de molestias, de cambios en el comportamiento habitual, en la función o morfología corporales, que quien los vive los incluye en el ámbito de la medicina, al considerarlos, desde su punto de vista, como enfermedad o falta de salud”. Una y otra,

la enfermedad y el padecer, no son concordantes: anormalidades orgánicas similares pueden generar manifestaciones de dolor y malestar muy diferentes de una persona a otra; puede haber padecer en ausencia de enfermedad, y la evolución de ésta es diferente de la trayectoria de aquél.

Cuando el paciente y el médico se encuentran, el paciente trae consigo un conjunto de síntomas, ideas sobre el significado de los síntomas, emociones y sentimientos causados por todo ello, ideas (conscientes e inconscientes) sobre lo que son la medicina y el médico; expectativas sobre lo que la medicina y el médico harán por él. El médico, a su vez, trae un conjunto de conocimientos sobre modelos teóricos de enfermedades, medicamentos, etc.; un conjunto de habilidades y destrezas para percibir los síntomas y signos que el paciente le entrega; una habilidad (a veces) para percibir el componente emocional y para conocer al paciente como sistema biológico, psicológico y como parte de sistemas cada vez más incluyentes: familia, grupo social, especie humana, biosfera; la capacidad de correlacionar los síntomas y signos del paciente con el modelo teórico que posee intelectualmente; la capacidad (a veces) para captar, a su vez, lo que tiene de única esa persona que está frente a él y que es su paciente. El intercambio que ahora va a ocurrir entre los dos se hace, en buena parte, a base de lenguaje. La importancia del discurso médico la demuestran frases como: “la vida y la muerte se encuentran en la punta de la lengua”, “la palabra como un instrumento fisiológico y terapéutico”; en el hecho aceptado del efecto placebo y su importancia enorme en la terapéutica. Los pacientes utilizan diferentes lenguajes para comunicar sus síntomas, lenguajes que dependen de la cultura y subcultura de que forman parte y de su biografía personal. Todo ello imprime un sello personal al significado simbólico y emocional de sus vivencias médicas.

Mientras que la enfermedad es la disfunción o desadaptación de las funciones biológicas del individuo, el “padecer de naturaleza médica” está constituido por las reacciones personales, interpersonales y culturales a la enfermedad o al sufrimiento. El padecer es conformado por factores culturales y, por ende, lingüísticos que gobiernan la percepción, clasificación, explicación y valoración de la experiencia penosa, procesos todos que se encuentran embebidos en un nexo complejo, familiar, social y cultural.⁷

La experiencia del padecer es parte inseparable de sistemas sociales de significados y reglas de comportamiento y, por ende, está influida fuertemente por la cultura. Puede decirse, sin temor a errar, que es un producto social en el sentido de que la manera en que el médico percibe, experimenta y maneja la enfermedad está basada en su esquema explicativo del proceso morboso, esquema que refleja específicamente la posición social

que él ocupa en los sistemas de significado que emplea. Todo eso influye decisivamente en su percepción de los síntomas, en las etiquetas diagnósticas que les aplica y en las valoraciones y respuestas que fluyen de esas etiquetas. Por ejemplo, en las comunidades nahuas actuales,⁸ la medicina sigue perteneciendo predominantemente a la tradición prehispánica. El universo se clasifica en las calidades frío y caliente, siendo la tierra y el agua identificadas con lo frío, y el sol, con el calor. Estas calidades son una de las causas más importantes de la enfermedad que el individuo se provoca cuando transgrede las leyes de la polaridad frío-calor. Existen también los seres llamados comúnmente “aires”, que pueden ser fríos o calientes, y están asociados al agua y el clima; se consideran como ayudantes del tiempo, ya que ayudan a que llueva y haya prosperidad, y también son causa de enfermedad. Probablemente estén relacionados con las deidades prehispánicas y con sus ayudantes, como los tlaloques. Otra causa importante de enfermedad son los hombres mismos, pues la provocan, sea voluntariamente por medio de la brujería, o involuntariamente, causando malestares como el “mal de ojo”. El tratamiento médico en estas culturas es predominantemente etiológico. Para padeceres causados por violaciones al equilibrio de la naturaleza, en los que no intervienen las deidades, como las frías y las calientes, se utilizan principalmente las hierbas, los animales y los minerales. En cambio, para los padeceres originados por los seres sobrenaturales se utilizan los ruegos, las ofrendas, las oraciones, invocaciones y conjuros, formas todas ellas de discurso médico.

Por ejemplo, si el enfermo sufre de tonalcholo (que significa “ida de sombra”, pérdida de la sombra), es que experimentó un susto, una ansiedad, y con ello la sombra deja de trabajar o se cae. Su falta hace que la persona pueda y quede incompleta y por ende débil; siente flojera, dolor de cabeza, dolor de piernas, deseos de morir. El curandero sabe levantar sombras y para ello efectúa curaciones dos veces al día, cuando sale el sol y cuando se pone. Se hace así porque el sol se recomienda “para que ayude, para que refleje [...], ya que se entiende con la sombra”. El enfermo es llevado al sitio donde sucedió el accidente, y se pronuncia esta oración: “Santa Bárbara doncella, Santa Catalina, Santa Centella, Santa Librada, Santa Isabel, San Miguel Arcángel, que truene, que relampaguee [...]”⁹ Otra forma de rezar es decir: “Santa Peña, Santo Árbol”, y así el terapeuta va nombrando todos los parajes y adjetivos de la naturaleza. Después de orar en náhuatl o en español, se toma agua en una jícara roja y en seguida algo de tierra; estas cosas se toman en forma de cruz; mientras tanto, el curandero sigue rezando: “Soy como el alma pecadora, yo soy la que te vengo a levantar. ¡Jesús! ¡Ave María Purísima!” Algunos curanderos dejan una ofrenda consistente en frutas, cigarrillos, guisados,

aguardientes, papeles de colores alegres y pétalos de flores. El curandero habla con los aires, les ruega, reza a Dios y se dirige a éstos en forma muy respetuosa hablándoles como señores, señoras, etc. Las ofrendas se hacen para que los aires se distraigan, consuman la fragancia de las flores, de los frutos y la comida, y se aprovecha el momento en que, por su distracción, descuidan la sombra, y entonces su curandero se la quita.

Contrástese esa forma de discurso, propia de la medicina folclórica náhuatl, con el discurso moderno utilizado para aliviar síntomas parecidos en un individuo “civilizado”, habitante del Distrito Federal. Uno de los adelantos más importantes de la terapéutica moderna es el procedimiento llamado “retroactivación de constantes biológicas” (*biofeedback*). Unos electrodos colocados sobre los músculos cefálicos y cervicales del paciente registran las contracciones de sus miofibrillas, las cuales, mediante transductores y avanzados equipos electrónicos, las convierten en imágenes visuales. La voz del curandero se ha sustituido por un *cassette* y un equipo de sonido. Una voz humana grabada en el *cassette* llega por unos audífonos a los oídos del enfermo, quien escucha un discurso que le indica que se concentre en la imagen visual de su tono muscular, y lo guía, lo instruye, lo alaba, lo gratifica y lo refuerza conforme logra, mediante sus esfuerzos volitivos, modificar favorablemente la función alterada.

Se ha observado que los estudiantes de medicina presentan con gran frecuencia complejos sintomáticos que atribuyen a alguna enfermedad. El fenómeno se ha atribuido a la combinación de “estrés” social y ansiedad, síntomas somáticos e información detallada, pero insuficiente, sobre un modelo teórico de enfermedad, que incluye dentro de su cuadro clínico síntomas similares a los que percibe el estudiante. La escuela de Medicina los somete a tensión intensa y persistente que provoca reacciones emocionales sintomáticas, y ahora la información recientemente adquirida acerca de entidades nosológicas específicas les proporciona un marco nuevo dentro del cual identifican y dan sentido a sus sensaciones somáticas.¹⁰ Síntomas difusos y ambiguos, previamente aceptados como normales, son ahora reconceptualizados dentro del contexto de los nuevos conocimientos. Es posible que toda emoción esté constituida por dos partes o etapas: primero un conjunto de cambios fisiológicos y, a continuación, un proceso intelectual que les imprime un título; así pues, un mismo complejo de cambios internos puede ser etiquetado de diversas maneras, de lo que resultan diversas reacciones emocionales. Si la persona carece de una explicación apropiada para lo que está sintiendo, adopta las influencias externas para lograr definirlo.¹¹

Otro hecho digno de subrayarse en un análisis de las relaciones entre el discurso y los síntomas es la frecuencia con la que síntomas de deter-

minado tipo aparecen en muchas personas después de que los medios publicitarios dan a conocer la noticia de la enfermedad, o la muerte, de un personaje famoso.

La respuesta a los síntomas está sometida, a su vez, a importantes influencias sociales y culturales. Los niños aprenden, desde edades tempranas, a reaccionar ante diversos síntomas y sentimientos de la misma manera que la familia, se quejan menos y parecen ser más estoicos que las mujeres en la cultura mexicana. En un estudio realizado en un hospital de Nueva York sobre la reacción al dolor en varios grupos étnicos, se observó que los pacientes italianos y judíos reaccionaban de manera emocional, mientras que los estadounidenses de origen anglosajón eran más estoicos y “objetivos”, y los irlandeses tendían a negar la existencia del dolor. Por otra parte, los italianos pedían alivio a su dolor y se conformaban con eso, mientras que los de origen judío se preocupaban más bien por las causas del dolor y por su trascendencia para su salud y bienestar futuro.¹²

El relato patográfico que el médico hace, es decir, su manera especial de traducir lo que percibió del paciente, depende a su vez de un conjunto de paradigmas, ideas preestablecidas, prejuicios del lenguaje médico de cada cultura, época y lugar.

En resumen: es esencial establecer una clara distinción entre enfermedad y padecer. Aquélla es una abstracción; éste es una realidad. Pero es una realidad construida en el seno de una familia, de una sociedad y de una cultura determinadas. El discurso del paciente no es, en consecuencia, un vehículo pasivo de transmisión de vivencias, sino que, activamente, las selecciona y las reviste de significados específicos, dentro de modelos explicativos específicos.

III. ¿Qué relaciones tiene el discurso del médico con su diagnóstico?

Durante la entrevista clínica, el médico no se encuentra en actitud pasiva, registrando meramente el discurso del paciente. En primer lugar, el registro no es imparcial; ya se dijo antes que el médico traduce los símbolos verbales del enfermo a su propio lenguaje médico. En segundo lugar, el médico interroga, cuestiona, pide datos que le permitan encuadrar la información dentro de sus sistemas conceptuales teóricos, que son a su vez productos de una cultura. Son “modelos explicativos”. El modelo explicativo del médico “científico” difiere del modelo “popular”, y éste, del modelo “tradicional”. Mediante sus procedimientos de diagnóstico, el médico, sanador, chamán, etc., presenta a los pacientes “realidades” médicas que serán objeto de atención y tratamiento médicos. Este proceso se ha denominado “construcción cultural de la realidad clínica”. Las interacciones paciente-médico son transacciones entre “modelos explicativos”; estas transacciones a veces tienen que tropezar con discrepan-

cias en el contenido cognitivo y valores, expectativas y metas terapéuticas. Las realidades clínicas se constituyen como producto de la cultura y varían transculturalmente, así como entre los diversos tipos de atención médica que conviven dentro de una misma sociedad (popular, tradicional y científica). Sobra decir que los modelos explicativos se piensan y se expresan en discursos, y que la interacción paciente-médico es una transacción de dos discursos.

IV. ¿Qué relaciones tiene el discurso del médico con los resultados de su terapéutica?

Todo discurso médico es un ejercicio terapéutico. En algunos casos es el único o principal agente terapéutico, y constituye entonces uno de los elementos esenciales de lo que se llama psicoterapia. Pero no se limita a esos casos. En todo lugar, en todo tiempo, con todo paciente, con todo médico, voluntaria o involuntariamente, consciente o inconscientemente, de manera planeada o espontánea, con efectos positivos o negativos, el discurso del médico ejerce una influencia significativa en la evolución del padecer de naturaleza médica del paciente. Todo discurso es terapéutico o nocivo. Si se acepta que por lo menos 50% de las consultas médicas se hacen por quejas que carecen de base biológica,^{13,14} se puede concluir que el discurso médico es una de las armas terapéuticas más importantes, y que lo ha sido a lo largo de la historia de la medicina.¹⁵ Siendo así, llama la atención la pobreza de la investigación científica dirigida a estudiar los mecanismos de acción, alcances, limitaciones, variedades y métodos de aplicación de este recurso.

Entre los intentos por encontrarle fundamento científico al hecho conocido y aceptado de que la palabra es un potente factor fisiológico y terapéutico destacan, sin duda, las aportaciones de Pavlov y sus discípulos.¹⁶ “La palabra —decía Pavlov— es para el hombre un estímulo condicionado tan real como los demás estímulos comunes en los animales, pero al mismo tiempo más potente que ningún otro.” La palabra, en virtud de toda la vida pasada del hombre adulto, está relacionada con todos los estímulos externos e internos que llegan a los hemisferios cerebrales, sustituyéndolos a todos, señalizándolos, y es por esto que puede provocar las mismas acciones y reacciones del organismo que determinan aquellos estímulos. Iván Pavlov, al descubrir las leyes que rigen la actividad nerviosa superior en los animales superiores, puso en evidencia que la actividad nerviosa superior del hombre está sometida a las mismas leyes. Sin embargo, esta última posee un particular suplemento cualitativamente original. Este suplemento, relacionado con la actividad laboral y social, se refiere a la función elocutiva, que introduce un nuevo principio en la actividad de los hemisferios cerebrales del hombre y

constituye el segundo sistema de señalización de la realidad, propio sólo del hombre. Combinándose cotidianamente en las condiciones de interrelación con el medio, con los diversos estímulos del primer sistema de señalización, la palabra, a consecuencia de esto, es para el hombre un estímulo condicionado único, que constituye el fundamento de todo el complejo sistema de “señalización interhumana”, de “signalística de la dicción”. Los estímulos verbales representan, además, una abstracción de la realidad y permiten la generalización, constituyendo las bases del pensamiento, facultad superior específica del hombre. La abstracción de la realidad, característica en el segundo sistema de señalización, se consigue gracias a que la imagen de los objetos de acciones, expresada en palabras, sustituye la acción concreta, sobre el organismo, de aquéllas.

Como lo demuestran las observaciones cotidianas, el sistema elocutivo estructurado históricamente puede provocar en el organismo del hombre las más variadas reacciones de respuesta, que pueden ser registradas objetivamente. Esas observaciones y una sólida experimentación científica han establecido que la palabra realmente dista mucho de ser indiferente para el organismo humano, y es capaz de provocar, en condiciones determinadas, diferentes alteraciones, dependientes de la significación ideológica de la palabra. Los hechos que ilustran estos postulados son conocidos desde antiguo, sobre todo los relacionados con la sugestión verbal. Así, por ejemplo, se sabe desde tiempos lejanos que en algunas personas se pueden provocar reacciones por medio de acciones verbales puras, tanto en estado de vigilia como, sobre todo, en estado de sueño hipnótico. Cada palabra como estímulo es indiferente para el hombre hasta el momento en que, en la corteza cerebral, surge una conexión refleja condicionada entre esta palabra y uno u otro estímulo incondicionado, o un estímulo condicionado del primer sistema de señalización. Los experimentos de los discípulos de Pavlov confirman que la palabra puede realmente causar reacciones fisiológicas que corresponden a su significación ideológica. Estas reacciones están relacionadas con las influencias del medio ambiente, y las palabras las señalan y las sustituyen (“señal de señales”). Las investigaciones realizadas con palabras-estímulos sirven de ilustración de lo que se conoce como sugestión verbal directa, inmediata, que Pavlov consideraba el reflejo condicionado del hombre, más simplificado y típico. En consecuencia, el fundamento de los fenómenos de sugestión está constituido por un mecanismo reflejo condicionado, y el proceso de sugestión adquiere una base fisiológica objetiva. También puede despertar reacciones determinadas sin ser pronunciada o escrita, actuando en este caso como “elocución interna”, proceso del “alto pensamiento especial del hombre”, capaz de abstraer y generalizar.

Conviene hacer notar que una de las condiciones necesarias para que el discurso médico sea terapéuticamente benéfico debe consistir en que, separándose del modelo explicativo “biomédico” actualmente predominante, que se interesa por la enfermedad, enfoque su atención en el “padeecer de naturaleza médica”, es decir, en el enfermo. Pero debe dar un paso más: al enfocar su interés en el paciente, el médico debe averiguar los detalles del “modelo explicativo” que el paciente posee, para adaptarse a él. El éxito terapéutico superior logrado no pocas veces por practicantes de sistemas médicos populares, o tradicionales, o paralelos, se explica porque todos ellos utilizan un discurso médico más afín al del paciente que el que utiliza el médico “científico”. En términos generales, los modelos explicativos de los enfermos no están totalmente articulados, son menos abstractos, pueden contener inconsistencias y contradicciones internas, y se apoyan en evaluaciones erróneas de las evidencias. Son modelos que reflejan la clase social, las creencias culturales, educación, ocupación, afiliación religiosa y experiencias anteriores de padeceres y tratamientos médicos. Es necesario que el médico conozca el modelo explicativo del enfermo, con el fin de conocer sus creencias acerca de su padecer, y el significado personal y social que les atribuye, y sus propias metas terapéuticas. Al comparar el modelo del paciente con el suyo propio, el médico puede observar discrepancias existentes, saber qué aspectos de su modelo explicativo requieren aclaraciones accesibles al enfermo y sus familiares, y de qué manera puede lograr un compromiso satisfactorio entre los dos modelos explicativos.

V. ¿Qué influencia tienen las deficiencias lingüísticas del discurso del médico sobre el resultado de la transacción entre el paciente y él?

En otra ocasión se hizo hincapié sobre la existencia, a nivel universitario y profesional, de deficiencias que van, en una gama variada, desde la casi imposibilidad individual de manifestar ideas por escrito hasta una redacción incorrecta, sin relieve ni capacidad de transmitir situaciones de conocimiento o de experiencia. Basta hojear cualquier expediente clínico de cualquier establecimiento médico, oficial o privado, para comprobar la veracidad de dicho aserto y la alarmante extensión del problema. La historia clínica, el relato patográfico, es víctima continua de esas fallas. Las consecuencias nocivas para el adecuado diagnóstico del padecer del enfermo y su feliz evolución terapéutica son monstruosas e incalculables. Los expedientes clínicos son la materia prima de la investigación clínica; no es de extrañar que ésta sea tan pobre, si bien ésa no es más que una de sus causas, y ciertamente no la más importante.

VI. ¿Es legítimo hablar de los síntomas, enfermedades y padeceres médicos como discursos?

Está perfectamente aceptado, hoy en día, que los síntomas pueden y suelen ser formas de discurso médico. Está, en primer lugar, la categoría de síntomas simulados, que proceden de niveles conscientes. Se acepta, desde tiempos de Freud y aun antes, el fenómeno de la “conversión”, entendiendo por tal la aparición de cambios sintomáticos de funciones físicas que, de manera inconsciente y distorsionada, son expresión de impulsos instintivos previamente reprimidos;¹⁷ los síntomas conversivos, en estos casos, no son simplemente expresiones somáticas de afectos, sino representaciones muy específicas de pensamientos que pueden volverse a traducir, a partir de su “lenguaje somático”, al lenguaje original, verbal.¹⁸ El asunto lo tratarán probablemente otras personas en este simposio y, por lo tanto, el autor se limitará a subrayar el concepto psicoanalítico de que los síntomas conversivos son únicos en cada individuo, y el análisis permite averiguar su procedencia: están determinados históricamente por experiencias reprimidas que datan del pasado del individuo. Representan una expresión distorsionada de demandas instintivas reprimidas, y el tipo específico de distorsiones está determinado por los acontecimientos históricos que causaron la represión.

La cuestión de si las enfermedades, definidas como alteraciones funcionales y estructurales, pueden constituir manifestaciones de discurso ha sido supuesta, y aun aceptada, por una abundante literatura psicoanalítica. En ella se dice que la úlcera, por ejemplo, aparece en personas cuya actitud oral receptiva está frustrada crónicamente, y que si bien reprimen dicha actitud y aun manifiestan un comportamiento reactivo opuesto, están, inconscientemente, en un estado permanente de “hambre de amor” que se expresaría por un conjunto de cambios fisiológicos gástricos que llegaría a la producción de úlcera. También se ha afirmado que la colitis es el resultado de impulsos anales, que el ataque de asma bronquial es el equivalente a un grito de ansiedad o de rabia, inhibido y reprimido, etc. No corresponde al autor entrar en más detalles; baste señalar que este conjunto de hipótesis no satisface los requerimientos del método científico, se apoya en un conocimiento elemental, y a menudo erróneo, de los mecanismos fisiopatológicos presentes en las enfermedades que pretende explicar, y no ha sido aceptado como válido. No cree el autor, por otra parte, que puedan descartarse. Requieren más estudios que utilicen una metodología más científica y aprovechen los conceptos de multicausalidad, heterogeneidad de los síndromes y teoría general de sistemas.

VII. ¿Qué decir ahora del padecer médico como discurso?

La respuesta a esta pregunta ha sido dada en el inciso II. Conviene añadir lo siguiente: es obvio que el aprendizaje social acepta los vocabularios que las personas utilizan para exhibir sus malestares, así como la

orientación que siguen para buscar ayuda. Es lógico esperar que los individuos procedentes de grupos sociales en donde la expresión de los síntomas y la solicitud de ayuda sean permitidas, e incluso favorecidas, tenderán a hacerlo, sobre todo cuando se encuentren sometidos a situaciones de “estrés”. En cambio, en contextos culturales en los que se repruebe la expresión de quejas, las personas que experimenten malestar tenderán a buscar otras alternativas. El anglosajón, educado desde niño para comportarse ante el sufrimiento “como un hombre”, sin llorar y sin ser “marica”, no dejará de buscar ayuda, pero lo hará utilizando síntomas físicos, no psíquicos. Por otra parte, los estudios de la consulta médica han hecho resaltar que los síntomas que el paciente presenta carecen a menudo de valor intrínseco, pues más bien son utilizados con el fin de establecer una comunicación legítima entre el paciente y el médico. Ya sea porque en buena parte de la sociedad contemporánea existe una falta de comunicación entre los seres humanos, una “conspiración de silencio”, o ya sea porque al paciente le es difícil presentar su problemática al desnudo, so pena de exponer sus debilidades y vulnerabilidades, el paciente busca, a través del médico, y con el pretexto del síntoma, la posibilidad de obtener apoyo y comprensión de una manera socialmente aceptable.

Hay otro aspecto que ilumina las relaciones entre el discurso y los síntomas: se trata de la posesión de un vocabulario de padeceres psicológicos. Los pacientes que lo poseen y están dispuestos a emplearlo tenderán a quejarse abiertamente de infelicidad, frustración, insatisfacción, angustia, etc. Los que no lo tienen (alexitimia) presentan al médico un conjunto de síntomas físicos vagos y difusos. Los pacientes que expresan padeceres psíquicos a través del lenguaje de los síntomas físicos son, generalmente, de bajo nivel educacional, o proceden de grupos culturales en los que se inhibe la expresión de síntomas emocionales. Sufren de dificultades graves en su vida y “estrés” social, pero la subcultura a la que pertenecen no les permite la legítima expresión de sus sufrimientos, ni responde a sus peticiones de ayuda cuando los expresan. No es de extrañar que busquen, inconscientemente, el camino vicariante del lenguaje visceral utilizando síntomas que existen de continuo, o que son concomitantes con su padecer emocional.

Una nota breve para finalizar esta presentación consiste en el comentario de que el lenguaje de los síntomas ha invadido otros lenguajes. Ejemplifican ampliamente este hecho términos y expresiones como melancolía (bilis negra), cólera (derrame de bilis), flemático (de flema, uno de los cuatro humores), “no lo trago”, es “nauseabundo”, “es un verdadero dolor de cabeza”, y tantos y tantos más.

REFERENCIAS

1. **Wartowsky MW:** Medicine and knowledge. *J Med Philosophy* 1978;3:265.
2. **Lain Entralgo P:** *Historia de la medicina*. Barcelona, Salvat, 1978.
3. **Martínez CF:** *Historia médica y entrevista clínica*. México, Medicina del Hombre en su Totalidad, 1979.
4. **Fast J:** *Body language*. Nueva York, Evans CO, 1970.
5. **Darwin CR:** *La expresión de las emociones en el hombre y en los animales*. Buenos Aires, Sos. Ediciones Mundiales, 1967.
6. **Lange F:** *El lenguaje del rostro*. 4ª ed. Barcelona, Luis Miracle, 1965.
7. **Kleiman A, Eisenberg L, Good L:** Culture, illness and care. *Ann Int Med* 1978;88:251.
8. **Álvarez HL:** *La enfermedad y la cosmovisión en Hueyapan*. México, Mor., Tesis.
9. **Barrios M:** *Textos de Hueyapan*. Mor., Tlalocan III. 1949;1-53-75.
10. **Mechanic D:** Social and psychological factors affecting the presentation of bodily complaints. *N Engl J Med* 1972;286:1132.
11. **Schachter S, Singer JL:** Cognitive, social and physiological determinants of emotional state. *Psychol Rev* 1962;9:379.
12. **Zborowski M:** Cultural components in responses to pain. *J Soc Issues* 1952;8:16.
13. **Jinich H, Ramos C:** Trastornos funcionales del aparato digestivo. *Rev Invest Clín* 1957; 9:483.
14. **Stoeckle J, Zola IK, Davidson G:** The quantity and significance of psychological distress in medical patients. *J Chronic Dis* 1964;17:959.
15. **Martínez CF:** *¿Sirve para algo la Historia de la Medicina?* México, La Medicina del Hombre en su Totalidad, 1981.
16. **Platodov K:** *La palabra como factor fisiológico y terapéutico*. 2ª ed. Moscú, Ediciones en Lenguas Extranjeras, 1958.
17. **Fenichel O:** *The psychoanalytic theory of neurosis*. Nueva York, W. W. Norton, 1945:216.
18. **Freud S:** *The etiology of hysteria*. Collected Papers. Vol. I.
19. **Balint M:** *The doctor. His patient and the illness*. Nueva York, International Universities Press, 1957.

Los lenguajes del paciente

Si la relación médico-paciente es el componente esencial de la praxis médica; si conocer a la persona enferma es la condición más importante para cumplir con las metas del quehacer médico; si es verdad que, en palabras de Osler, “es más importante conocer a la persona que tiene la enfermedad que conocer la enfermedad que tiene la persona”; si hay que seguir el ejemplo de Fournier, cuya ambición como clínico era “cada vez saber más acerca de los enfermos”; si estas premisas son ciertas, la conclusión es obvia: es indispensable que el clínico adquiriera, como componente básico de su formación profesional, el conocimiento de la personalidad de los pacientes que acuden en busca de su atención profesional y, sobre todo, que esté equipado con la sensibilidad y perspicacia indispensables para identificarla y tomarla en cuenta en su interacción con ellos.

El Dr. Gonzalo Castañeda (1870-1947), otro gran clínico mexicano, entre muchos otros consejos llenos de sabiduría dice con su lenguaje vernáculo y popular: “Existen enfermos instruidos, ignorantes; inteligentes, tontos; pusilánimes, valientes; sumisos, rebeldes; espléndidos, avaros; atentos, altaneros; los hay sufridos, conformes, desesperados, estoicos, quejumbrosos, desconfiados, crédulos, mentirosos, exagerados, fastidiosos, impertinentes, molones, etcétera. Hay que conocer, que interpretar al hombre que va acoplado al enfermo, clasificarlo psicológicamente para que el trasteo vaya acorde y paralelo con el tipo.” También aconseja: “la acción del médico no se limita a recetar; va más allá, habla del espíritu, penetra en la vida privada y recóndita para escudriñar el yo [...]”^{1,2}

¡Cuánta sabiduría está encerrada en las palabras de estos próceres! El diagnóstico sobre todo, y la terapéutica en muchas ocasiones, descansan fundamental-

mente en la calidad de la comunicación entre el paciente y su médico. Conviene, pues, analizarla más a fondo.

Se quiere desarrollar aquí la tesis de que el paciente suele transmitir al médico su problemática mediante tres instrumentos de comunicación o tres lenguajes diferentes, aunque a menudo simultáneos. El primero es la comunicación verbal de los síntomas, vivencias, juicios, temores y esperanzas; el segundo es la comunicación emocional, que frecuentemente no es verbal, y el tercero es la comunicación visceral.

Para establecer la comunicación, todo individuo debe tener, ante todo, la capacidad de percibir, o sea, de impresionarse, de registrar señales. En medicina, estas señales son los síntomas. En la comunicación verbal, tales impresiones se integran dentro de un marco de impresiones previas, así como de ideas, juicios y prejuicios, y son traducidas a símbolos, constituyéndose así el conocimiento y la conciencia. Finalmente, el individuo tiene la capacidad de transmitir signos o símbolos mediante el lenguaje. El lenguaje es un sistema de signos con los cuales un grupo de personas se han puesto de acuerdo. Se refieren a imágenes de objetos y sucesos y a sus abstracciones, traducidas a palabras que, al ser expresadas, despiertan imágenes más o menos semejantes en quienes las oyen. Es obvia la importancia suprema de la comunicación lingüística en el hombre. Ella le permite sumar, a su legado genético, un legado cultural que crece de generación en generación y explica el incesante progreso cultural de la Humanidad.

Maravilloso don es la palabra, pero no hay que olvidar que así como la luz no puede brillar sin producir sombras, de igual manera el lenguaje tiene su lado sombrío, pues las palabras no son inocentes, pueden y suelen dañar, ya que encierran en sí prejuicios, errores, juicios falsos, formas de concebir el mundo y la vida que son inculcadas por cada cultura y cada época. Añádase a estos riesgos otro más grave aún y más difícil de eludir: el de confundir las palabras con las cosas, atribuyéndoles una realidad propia, olvidando que sólo son símbolos. En esta trampa han caído la mayoría de los filósofos de todos los tiempos.

En la comunicación lingüística que se establece entre el paciente y su médico, aquél traduce sus sensaciones y vivencias a símbolos habitualmente, pero no exclusivamente, sonoros (lenguaje hablado), que el médico percibe mediante sus transductores acústicos y luego transforma en imágenes que copian, con la mayor fidelidad posible, las experiencias del enfermo. Es éste el mecanismo del interrogatorio médico, y bien se pueden ver las dificultades, obstáculos y peligros que amenazan y comprometen las posibilidades de una comunicación pura, libre de adulteraciones.

Analícense las dificultades que hay que arrostrar:

- Dificultades de percepción. Los fenómenos fisiopatológicos ocurren a nivel molecular o microscópico y se desarrollan con gran rapidez, por lo que

no siempre estimulan, o lo hacen débilmente, a los receptores nociceptivos. Así se explica la etapa subclínica de muchos procesos patológicos.

- Dificultades de información. Los receptores internos y sus vías de conducción al cerebro informan torpemente, cuando no malinforman; un ejemplo de esto es la localización del dolor procedente de estímulos viscerales en áreas alejadas del sitio de la víscera lesionada (“dolor referido”).
- Dificultades de traducción a símbolos lingüísticos. Las vivencias son muchas y las palabras son pocas, aun para las personas poseedoras de riqueza idiomática; y esta dificultad se agiganta cuando se trata de pacientes (la mayoría) cuyo acervo lingüístico es limitado. Añádase a todo ello la dificultad real que existe para dar nombre y describir vivencias internas pertenecientes al mundo privado de cada individuo.
- Dificultad de ser simultáneamente actor y espectador. ¿No es el médico acaso demasiado exigente cuando pide a quien está sufriendo un síntoma que tenga la objetividad necesaria para observarlo?
- Limitaciones de la memoria. Bien pronto se olvida, o se recuerda mal, distorsionando la realidad de los sucesos.
- Dificultad para mantener la fidelidad en la comunicación. Ya se ha comentado que las palabras son tramposas; que no sólo traducen imágenes, sino que las interpretan y las incorporan a esquemas mentales previos que forman parte de la cultura del informador. Éste suele ser un reportero que, de manera consciente o inconsciente, no es imparcial y, al informar, interpreta y distorsiona. El paciente, con más frecuencia de la que sospechan los médicos, utiliza las palabras para ocultar, desviar, deformar los hechos, en un esfuerzo por proteger sus intereses, su autoestima o su problemática psicológica. Paradójicamente, algunas veces lo hace para complacer al médico adivinando o percibiendo lo que al médico le gustaría oír.
- Dificultad para que las palabras del paciente, al ser escuchadas por el médico, evoquen en éste imágenes idénticas a las del enfermo. Si ello fuera posible, podría afirmarse que los dos individuos están hablando el mismo idioma. ¡Pero esto raramente ocurre entre los seres humanos! Éstos viven en una gigantesca torre de Babel por la simple razón de que muchas de las palabras del idioma tienen significados y sentidos distintos para cada persona.

Conjúgense, pues, poderosas razones para que la comunicación lingüística establecida entre el paciente y su médico proporcione a éste datos insuficientes, incompletos, contradictorios e incluso equivocados y falsos. De ahí la importancia de suplementar este método de comunicación con los otros dos.

Concomitantemente con la comunicación verbal existe la comunicación no verbal. A diferencia de aquélla, que sirve principalmente para comunicar imágenes y juicios, ésta comunica emociones. Es probable que constituya un medio de

comunicación más primitivo y arcaico, pero sigue siendo tan importante en la actualidad como en el más remoto pasado, por el hecho de que los mensajes emocionales tienen la virtud de despertar emociones similares en quien los recibe. Esta notable propiedad permite y favorece la empatía y la cooperación entre los hombres, cooperación que fue y sigue siendo condición indispensable para la supervivencia de la especie. Se explican así el contagio de la risa y el llanto, la cólera y el miedo, la psicología de masas, la popularidad del arte dramático y el éxito de oradores y demagogos.

La comunicación no verbal está en el timbre, inflexiones, velocidad, ritmo y acento de la palabra hablada, en la risa y en el llanto; en la música cantada y en buena parte de la instrumental; en los gestos de la cara, las manos y los pies; en la postura del cuerpo, en los movimientos, el vestido y tantas cosas más. Esta comunicación le descubre al médico las emociones del enfermo. A diferencia de la comunicación lingüística, que, como ya se ha dicho, puede utilizarse para ocultar y engañar, la comunicación no lingüística es abierta y sincera. Sin embargo, para percibirla y responder a ella, el médico necesita poseer la capacidad de captarla, de sentirla, de experimentar empatía, para así responder a su paciente, también en el mismo lenguaje no verbal, cargado de emoción y sentimiento y, por todo ello, dotado de un alto grado de valor terapéutico. En la comunicación ideal entre el paciente y su médico se combinan y complementan la capacidad, más aún, la necesidad que el paciente tiene de hablar, con la capacidad del médico de escuchar. Es el psicólogo, por supuesto, el que más desarrollado debe tener ese talento, pero todo médico debería pugnar por adueñarse de él. Por desgracia, el desarrollo de potentes instrumentos tecnológicos que permiten llevar la mirada del médico hasta las más recónditas regiones del cuerpo humano está coincidiendo con la disminución paralela de su disposición a escuchar.

El paciente irritable, el paciente agresivo y hostil, está queriendo decirle al médico mediante mensajes emocionales: “Tengo miedo; temo que usted no me esté dispensando la ayuda que necesito; que usted no se esté preocupando ni ocupando de mí...”

El enfermo que llega tarde, o que falta a sus citas, o que no obedece las recomendaciones de su médico: ¿acaso le está diciendo, con esa actitud negativa, que no puede tolerar la ansiedad de aceptar la condición de enfermo; que niega y rechaza tal papel; que no está enfermo? Por su parte, la paciente que asume actitudes seductoras no actúa así por haberse quedado prendada de los atributos físicos o intelectuales de su médico; simplemente le está expresando: “No me está atendiendo como yo lo necesito, pero haré lo posible por hacer que me quiera, para que se porte mejor conmigo; lo voy a manipular”.

¿Y el paciente deprimido? Cuidado con él, pues a menudo está diciendo: “Soy malo, ruín, despreciable y sucio; soy culpable y merezco castigo; nadie me quiere ni se interesa por mí.”



Por último, el paciente hipocondríaco, el que exagera sus síntomas y se resiste a todo esfuerzo de parte de su médico por convencerlo de que no tiene cáncer, podrá salvarse de despertar sentimientos de desprecio y de rechazo si su médico consigue captar su mensaje oculto: “Si no me quieren, me conformo con que, por lo menos, me tengan lástima, con que se ocupen de mí.”

Hay un tercer tipo de comunicación: la comunicación visceral, la que se hace a través de los síntomas. He aquí algunos ejemplos:

- El síntoma como pasaporte. A través de su síntoma, el mensaje del paciente es claro: “Tú, médico, eres el único ser humano con quien puedo comunicarme, con quien puedo establecer contacto; el único que me escucha, que se interesa por mí; necesito mi dolor abdominal, pues es el pretexto para que abra las puertas de tu consultorio y para que me escuches.”
- El síntoma como medio de escapar de una situación intolerable. El paciente expresa: “No es que no quiera yo enfrentarme a ese problema; soy hombre con dignidad, tengo vergüenza; quisiera ser el sostén de mis hermanas, pero, como ve usted, esta enfermedad que me invalida me lo impide...”
- El síntoma como medio de chantaje. Pueden no ser otra cosa los síntomas que presentan algunas madres cuyos hijos, ya mayores de edad, han “aban-

donado el nido”. El mensaje es: “Ya que no me quieren, y que se han olvidado de todos los sacrificios que hice por ellos, apelaré a su compasión, haré que me tengan lástima, haré que se sientan culpables y me tomen en cuenta a todas horas.”

- El síntoma como autocastigo. Éste puede ser el mecanismo inconsciente del dolor psicogénico. El enfermo comunica, a través de su dolor: “He sido malo, soy culpable; este sentimiento me persigue sin cesar, me atormenta, y sólo puedo atenuarlo pagando mi culpa, sufriendo, infligiéndome un castigo, una pena (las palabras *pain*, que significa dolor en inglés, y *pena* como sinónimo de castigo tienen su origen común en el vocablo latino *pæna*).

En todos estos ejemplos, el síntoma funciona como símbolo, y su origen, consciente o inconsciente, tiene origen psicológico. Existen muchos otros ejemplos de síntomas que, sin tener ese origen, deberían ser interpretados por el paciente y, desde luego, por su médico, como mensajes del órgano enfermo a la conciencia para que ejecute actos que lo eviten o lo alivien. Es así como se puede interpretar la cefalea por exceso de estrés, la dispepsia del glotón, la pirosis del aficionado a las bebidas con cafeína, la diarrea del que tiene intolerancia a la lactosa, la disnea del fumador, la ictericia del alcohólico, los dolores artríticos de rodillas del aficionado a las competencias de carreras, los daños iatrógenos de numerosos fármacos, y tantos ejemplos más.

La capacidad de captar los mensajes verbales y no verbales, y de establecer así una comunicación a dos niveles, constituye la esencia de la clínica y la psicoterapia. ¿Puede abstenerse de otorgarla el médico “propiamente dicho”? La capacidad de hacerla lo eleva a alturas superiores a las del simple técnico.²

REFERENCIAS

1. **Castañeda G:** *El arte de hacer clientela*. 1ª ed. México, El Hecho Mexicano, 1933. 2ª ed. UNAM y Facultad de Medicina, JGH Editores, 1997.
2. **Jinich H, Castañeda G:** *El médico, el enfermo y la medicina*. México, UNAM y Facultad de Medicina, 1986.

Entrevista clínica y personalidad

Uno de los principales obstáculos para que los médicos logren su objetivo esencial, el diagnóstico de la enfermedad y el padecer, es que, a excepción de quienes han recibido educación psicológica y psiquiátrica, la mayoría carecen de los conocimientos y la preparación necesarios para identificar ese conjunto de datos que constituye la personalidad del individuo: la manera como piensa, su estilo personal de experimentar el mundo que lo rodea, su forma de relacionarse con los demás, las minucias aparentes, como su manera de vestir, de arreglarse, de hablar, etc. Cuando mucho, alcanzan a describir al paciente como agradable, atento, inteligente, cortés, difícil, problemático, odioso o “neurótico”. Un diagnóstico más preciso de la personalidad proporcionaría elementos de gran utilidad para comprender al que padece y para ayudarlo mejor. Por todo ello, aquí se presenta una breve descripción de los principales “estilos neuróticos” tal como los ha clasificado Shapiro,¹ de cuya obra ha aprendido el autor buena parte de lo que aparece a continuación. Importa aclarar, ante todo, que estos diferentes tipos de personalidad no se presentan de manera exclusiva, sino que aparecen en variadas combinaciones en cada individuo, aunque suele predominar alguno de ellos.

En la personalidad histérica (que predomina en el sexo femenino, aunque no es exclusiva de éste), el comportamiento de la paciente está dominado por los sentimientos más que por la razón. Por eso, cuando describe sus síntomas, nunca omite los superlativos y las exageraciones: “tengo un dolor espantoso”, “fue tal mi malestar que creí que me moría”, “tengo una diarrea increíble”. En cambio, cuando el médico intenta precisar el carácter de los síntomas, obtiene respuestas contradictorias y vagas. La paciente se viste y se adorna en forma extremadamen-

te llamativa. Se esfuerza por “caerle bien” a su médico, por ser atractiva e incluso seductora; trata de halagarlo calificándolo de “lo máximo”, “lo más maravilloso”, “el mejor médico del mundo”, pero estas muestras de admiración y afecto pueden ser sustituidas por las opuestas con notable facilidad si se siente de alguna manera rechazada o teme perder su identidad. Por carecer de la capacidad de expresar verbalmente sus problemas psicosociales, lo hace en forma de síntomas de enfermedad somática, es decir, “somatiza”. Dada su intensa necesidad de “caerle bien” al médico, tiende a responder afirmativamente a las preguntas cerradas. Al reconocer a la paciente con personalidad histérica, el médico debe cuidar que la relación médico-paciente se utilice eficazmente para el diagnóstico y tratamiento del caso, y que no se deteriore en una relación no profesional. Así, sus preguntas deberán ser “abiertas”, es decir, no deben sugerir una determinada respuesta. Por ejemplo, no preguntará si el dolor de pecho surge o aumenta con el esfuerzo físico, o si el dolor epigástrico se alivia al tomar alimentos, sino: ¿Qué cosas aumentan o provocan su dolor de pecho? ¿Qué es lo que sirve para aliviar su dolor de estómago? Así, tampoco se dejará arrastrar por las maniobras de seducción, aunque no dejará de demostrar que tiene un interés genuino por comprender y ayudar a su paciente.

Muy distinto es el paciente provisto de una personalidad obsesivo-compulsiva. Desde el primer momento impresionan la precisión de su lenguaje, la nitidez de su vestimenta, el excesivo detalle con que narra “su historia clínica”. En los casos más extremos, la rigidez de sus pensamientos y sus actos es impresionante; el paciente persevera en detalles insignificantes, hace listas y gráficas, se preocupa por los detalles más mínimos, y llega a desarrollar conductas rituales y preocupaciones hipocondriacas. Un ejemplo frecuente es el del paciente que describe detalladamente el aspecto cotidiano de sus heces fecales; se preocupa si observa un cambio de volumen o de color; hace llamadas urgentes al médico si deja de defecar un día, y lleva a la consulta un diario en el que anota todos y cada uno de los alimentos ingeridos cada día. Si el médico diagnostica correcta y oportunamente el tipo de personalidad que presentan estos pacientes, se multiplicarán sus posibilidades de ayudarlos y de evitar confrontaciones y conflictos con ellos.

Los pacientes con personalidad paranoide abarcan una gama que incluye desde las formas ligeras hasta las verdaderas psicosis. Lo que los caracteriza es la suspicacia, la cual en ocasiones es claramente absurda, pero puede interpretarse a veces como evidencia de natural desconfianza y de astucia. Están constantemente en guardia; vigilan cada gesto del médico; quieren saber por qué éste pregunta lo que pregunta, y por qué no pregunta otras cosas. Tienden a distorsionar la realidad, amplificando datos que sirven para confirmar sus temores. No está de más insistir en la importancia de que el médico perciba e interprete correctamente a estos individuos para procurar, con su comportamiento cuidadoso, que el paciente se sienta seguro, no amenazado, ni objeto de burla, ni inseguro y temeroso de perder su autonomía frente al médico.



La personalidad dependiente se comporta como el niño frente a su madre: se “pega” a su médico en espera de constante atención y apoyo; lo llama por teléfono “y espera que esté tan fascinado como él con cada eructo y cada evacuación”. Se encoleriza con él y trata de castigarlo si no le presta el apoyo esperado. ¡Ay del médico que no se dé cuenta del tipo de personalidad que tiene ante sí! El peligro estriba en que la relación médico-paciente degenera en una verdadera y morbosa interdependencia. Es indispensable la firmeza, el establecimiento de límites claros que no deben violarse en la relación entre ambos. Es imprescindible que el médico estimule y premie toda conducta independiente, todo control de las necesidades pasivas de su enfermo, y se niegue a satisfacer las demandas, siempre crecientes, del enfermo a quien no se le ponen frenos. Todo esto no sólo sirve para proteger al médico, sino que es genuinamente terapéutico para el paciente. ¡Qué importante es que el médico se conozca a sí mismo, para darse cuenta de si no es él acaso quien por su propio narcisismo atrae al enfermo de personalidad dependiente, y propicia y fortalece su conducta!

No escasean los pacientes con personalidad narcisista, que se caracterizan por su notable egoísmo: nada cuenta más que su propio interés, solamente tiene valor lo que ellos sienten y piensan; exigen la máxima atención, el más esmerado servi-

cio, son arrogantes y egocéntricos. No se conforman sino con el mejor médico, el más famoso y, por supuesto, el más caro; describen en términos superlativos todo lo que a ellos les concierne. Naturalmente, son víctimas favoritas de los colegas que dominan el arte de la lisonja y la zalamería, y son difíciles de soportar por los profesionistas serios e íntegros, a menos que éstos identifiquen atinadamente el problema de personalidad que estos pacientes presentan, se den cuenta de sus ansiedad e inseguridad subyacentes y, por comprenderlos mejor, puedan ayudarlos con efectividad.

Ha recibido el nombre de personalidad impulsiva la que manifiestan los individuos clasificados como sociópatas, psicópatas, alcohólicos y otras víctimas de toda clase de adicciones mórbidas, debido a que tienen como común denominador la incapacidad de resistir impulsos súbitos y violentos, y de ejecutar acciones sostenidas fundadas en pensamientos racionales. Sacrifican logros positivos, posibles a largo plazo, en aras de gratificaciones inmediatas. Suelen sufrir remordimientos y sentimientos de culpa, aunque les duran poco tiempo, y los alivian culpando a personas o circunstancias externas como determinantes de sus acciones. Es fácil entender por qué la vida de estos individuos, dominados en sus actos por impulsos y no por la razón, se caracteriza por frecuentes altibajos, triunfos y fracasos, y decisiones erráticas tanto en el área cognitiva como en la afectiva. Ante este tipo de personalidades, el clínico no deberá asombrarse de las interrupciones y frustraciones repetidas que aparecen en el curso de su relación terapéutica con ellas; ni deberá reaccionar con ira y hostilidad cada vez que se presenten; ni demandará de estos pacientes planes de acción sostenida, cuya inevitable interrupción obligará a la ruptura irreversible de la relación médico-paciente. Lo que sí podrá intentar, con alguna probabilidad de éxito, es colocar a su paciente frente a frente con su carácter impulsivo y errático, insistir en la destructividad que acarrea de manera inevitable y señalarle la posibilidad de que, mediante la ayuda psicoterapéutica, llegue a modificar favorablemente algunos aspectos de su personalidad.

Finalmente, el médico debe mantenerse alerta ante pacientes cuya personalidad está tan alterada que han sido rotulados, en la literatura anglosajona, como casi psicóticos (*borderline personality*). Estos pacientes con personalidad casi psicótica exhiben variadas combinaciones de los tipos de personalidad descritos: impulsivos, adictos al alcohol o a las drogas, suspicaces, con tendencia a la somatización, dependientes, demandantes, agresivos. Además, presentan obsesiones psicóticas; sus relaciones interpersonales fluctúan entre el acercamiento apasionado y el distanciamiento intempestivo; a menudo se han sometido a intervenciones quirúrgicas innecesarias (policirugía), y abusan de una variedad increíble de medicamentos. Su manejo médico requiere gran habilidad y experiencia, y, sobre todo, identificación oportuna del trastorno de personalidad que padecen. Armado con esos elementos, el médico se cuidará de prescribir medicamentos con poten-

cial adictivo; no aceptará con facilidad el relato de los antecedentes patológicos, y buscará confirmación independiente de los mismos; evitará sugerir síntomas; procurará que sus preguntas sean siempre abiertas durante el interrogativo y, sobre todo, se mantendrá firme y eludirá involucrarse emocionalmente en el caso.²

REFERENCIAS

1. **Shapiro D:** *Neurotic styles*. Nueva York, Basic Books, 1965.
2. **Lipkin M.Jr et al.:** The medical interview: a core curriculum for residencies in internal medicine. *Ann Int Med* 1984;100:277.

La familia del paciente

Marcos Zapata es un radiólogo de 69 años de edad. Carlota, su esposa, principió a manifestar síntomas de demencia hace aproximadamente seis años. Habían contraído matrimonio hace 36 años, cuando él era residente de radiología y ella era técnica radióloga en la misma institución. Procrearon cuatro hijos y, a todas luces, construyeron un matrimonio ejemplar. Marcos no se decidió a internar a su esposa en una institución para esta clase de problemas médicos; prefirió dedicarse él mismo a atenderla, a pesar de los consejos de sus amigos y de sus propios hijos. Por consiguiente, abandonó casi totalmente su trabajo profesional. La enfermedad de Alzheimer ha seguido su evolución habitual, de manera que en la actualidad la demencia es total, y Carlota ya no reconoce a Marcos ni a ninguno de sus hijos y nietos. Platicando el autor recientemente con Marcos, éste dijo lo siguiente:

Nunca acepté dejar abandonada a Carlota en manos extrañas; sé que a ella no le hubiera gustado; además, cuando aparecieron los demás síntomas, me hizo prometer que no la internaría ni la abandonaría nunca. ¡No sabes cómo me ha afectado el constatar que su mente se ha ido, que soy un completo extraño para ella, que ya no reconoce ni a sus propios hijos! Una señora me ayuda; no sé qué haría sin ella; ya no puedo con el problema yo solo. Yo le doy los alimentos, la baño, la acompaño cuando tiene que ir a orinar o defecar. Prácticamente he abandonado mi trabajo, mis distracciones y mis amistades. Ya no tengo vida propia. La gente cree que mi actitud es absurda, pero es que no saben lo unidos que siempre hemos esta-

do. Vivíamos el uno para el otro. Soy un firme creyente en la familia; así vivieron mis padres, y mis hermanos y yo los cuidamos en su vejez hasta que murieron los dos. Pero esto que estoy viviendo ahora es terrible. Lo peor es ser testigo de cómo su memoria, sus recuerdos, su mente que era tan lúcida, sus sentimientos tan delicados, su amor a todos nosotros, se han ido, se han esfumado. Caramba, ¡es el infierno en mi vida! Cuando me visitan los hijos, todos lloramos; ellos no aguantan y se van al rato. No puedo reclamarles; los comprendo, tienen su vida propia, y no les faltan las preocupaciones y problemas. En cuanto a mí, ya lo estás viendo; mira cómo he envejecido; soy una persona cambiada. Me aterroriza pensar en lo que pasaría si muero antes que Carlota. Llevo varios años de no tener unos cuantos minutos libres de dolor. Esta enfermedad no sólo ha destruido la mente de Carlota, sino que ha matado algo en mí y en mis hijos. La enfermedad de Alzheimer no es la enfermedad de un individuo, es el padecer de toda la familia.

Arthur Kleinman describe, en una de sus obras,¹ algunos casos que ilustran de una manera tan clara el impacto del padecer médico sobre la totalidad de la familia que el autor ha creído deseable transcribir dos de ellos.

Kleinman estaba realizando una encuesta para una investigación sobre este tema, para lo cual solicitaba a algún familiar de los pacientes que le contestara un cuestionario previamente estructurado. Una señora reaccionó de la siguiente manera:

Doctor Kleinman, no se ofenda si le digo que sus preguntas son ridículas. Ya llené los cuadritos, pero me parece que las preguntas son muy superficiales. ¿De veras quiere saber cuál ha sido el impacto de la enfermedad de mi hijo? Bueno, entonces tiene que saber cómo nos ha desgarrado, cómo me he separado de mi esposo, cómo ha alterado todos y cada uno de nuestros planes y de nuestros sueños. El cuestionario dice: ¿El efecto producido en sus relaciones con su cónyuge o sus hijos ha sido mínimo, moderado serio? ¿Qué tiene que ver una familia que se ha metido en una caldera? Con explosiones de rabia, con su pensar diario tan profundo que nos agobia; con conflictos que nos lastiman y nos dejan un vacío. Lo que debiera estudiar es la totalidad de sus efectos, el hecho de que abarca todo. Especialmente, las corrientes profundas de desesperación y de fracaso. Una voz en lo más hondo de mí quiere gritar: Doctor, ¡esta familia nuestra ha sido asesinada! No hay estabilidad. La enfermedad de Andrés no tiene fin. Lo atormenta y nos atormenta a todos. Juan, mi marido, me culpa. La herencia maldita procede del lado de mi familia. Juan se colapsó, literalmente se colapsó. No pudo con el problema, ni pudo hacer nada por nosotros, ni por él mismo. Huyó y se dedico a beber. No nos ayudó para



nada. Pero no puedo culparlo. ¿Quién puede salir bien con una prueba como ésta? Es la lucha diaria para resistirla. Me culpo a mí misma de ser absolutamente, totalmente incapaz de separar mi persona de los sufrimientos de Andrés. No tengo ni un espacio libre, ni un espacio privado y separado donde esconderme y sentir que estoy conmigo misma. Me ha absorbido por completo. ¿Qué puede hacer una madre? Entre este horror y mi trabajo para sostener a la familia no tengo nada, absolutamente nada de tiempo para mí. Mire a Bárbara y a Kim [sus hijos]. ¿Cómo han sido sus vidas? Sienten culpa por ser normales. Sienten coraje, fuerte coraje porque Andrés ha absorbido toda mi energía y mi tiempo. Me ha quedado muy poquito, lo confieso, para ellos. Pero no pueden expresar nada de esto. ¿Cómo pueden si la persona responsable se está muriendo lentamente, día con día, frente a sus ojos? Por lo tanto, no se lo pueden decir, y se vengan conmigo.

Bueno, dígame, ¿cómo vierto esto en +3 o -3 en el cuestionario? ¿Cómo puede comparar esto con las reacciones de otras gentes? Insisto en que no es legítimo hacer comparaciones. No somos cosas. Éste no es “un problema interpersonal”, o “tensión familiar”, ¡ésta es una calamidad! No exagero. Antes del desastre de Andrés éramos una familia normal: días buenos, días malos. Teníamos problemas entonces. Pero, viendo hacia atrás, aquello era un paraíso que ahora me parece irreal. Ahora nos estamos quemando. A veces pienso que nos estamos muriendo todos, y no solamente Andrés. Hasta mis padres y mis hermanos y hermanas han sido afectados severamente. Doctor Kleinman, vea usted; vea. Esto que ve aquí, esta tumba de la familia.

El caso siguiente, también de Kleinman, es el reverso de la moneda. Heyst es un ama de casa de 63 años de edad cuyo esposo, Samuel, tiene un linfoma maligno desde hace 12 años. Jenny Heyst, que es madre de dos hijos y tiene cuatro nietos, piensa que el tumor de su esposo ha “salvado al matrimonio, y quizá a la familia”. Dijo lo siguiente:

Estábamos a punto de separarnos antes del diagnóstico. Él tenía sus intereses, yo los míos. Luego se le encontró el tumor. Fue un choque tremendo. Nos sentimos anestesiados. Lloramos y lloramos, y empezamos a conversar como no lo habíamos hecho desde los primeros días de nuestro matrimonio. Lo empecé a ver con otros ojos, y creo que a él le pasó lo mismo con respecto a mí. Teníamos antes los ojos medio cerrados. Él no estará de acuerdo conmigo, pero en verdad creo que Dios hizo esto para unirnos de nuevo. Bueno, si Él lo hizo o no lo hizo, el hecho es que nos volvimos a encontrar. Y no sólo Sam y yo, sino también los muchachos. Tenían su vida propia. Usted sabe cómo es cuando alcanzan cierta edad. Se empiezan a aflojar los lazos familiares. Empiezas a pensar menos y menos en tu origen, y más y más hacia el futuro, hacia a dónde te diriges. Estaban metidos en sus carreras y en sus nuevas familias en formación. Empezaron a llamarnos, a visitarnos más seguido. De repente empezaron a haber grandes reuniones familiares. ¡Y qué atentos! ¡Qué atentos! Bromeábamos sobre eso Sam y yo. Quizá los muchachos no estaban preparados para un tumor, quiero decir, un cáncer que dura tanto tiempo. Estaban pensando en que quizá sería un año o dos. Pero ya llevamos doce, casi trece años, y Sam va bien, está fuerte. Pero lo mejor, lo mejor, es que nosotros vamos bien, todos nosotros estamos en esto, juntos.

Como regla, todo padecer envuelve a la familia. La manera de envolverla es muy variada y difícil de predecir, a menos que se tenga un conocimiento profundo e íntimo de los múltiples factores psicológicos, sociales y culturales que determi-

nan las características de la estructura dinámica de la familia, y de la interpretación y el sentido profundo que sus integrantes les dan a la enfermedad y el padecer. En todo caso, resulta evidente que el médico, casi siempre, no sólo debe tratar la enfermedad sino el padecer, y no sólo debe prestar atención al padecer del enfermo, sino al padecer de la familia entera. Los ejemplos con que se ha ilustrado este capítulo enseñan vívidamente algunas de las múltiples facetas de esta realidad, y cómo el padecer de un individuo une o destruye a una familia, y cómo, también, suele tener un sentido profundo para todos los que padecen.

REFERENCIAS

1. **Kleinman A:** *The illness narratives. Suffering and the human condition*. Filadelfia, Basic Books, 1988.

El daño iatrogénico en la relación médico-paciente*

La vida y la muerte se encuentran en la punta de la lengua
Talmud

Es un hecho universalmente reconocido que la práctica de la medicina da lugar al establecimiento de una relación *sui generis* entre el médico y el paciente. Considerada superficialmente, se trata de una relación de servicio profesional entre una persona que tiene, o cree tener, un padecer de naturaleza médica y otra persona que está en posesión de conocimientos y destrezas requeridos para diagnosticar y tratar dicho padecer, con objeto de curarlo o aliviarlo. Examinada con mayor profundidad, la relación médico-paciente resulta ser mucho más que eso: es un complejo dinámico de ideas, emociones y conductas experimentadas por el médico y por su paciente cuando se interrelacionan dentro del marco de la consulta.

La relación médico-paciente tiene un papel importante en los resultados positivos de la acción médica, y se ha escrito mucho sobre todo esto. A aquélla y al “poder curativo de la Naturaleza” se debe atribuir buena parte de los éxitos obtenidos por los médicos en los tiempos no lejanos en que los recursos terapéuticos estaban prácticamente desprovistos de efectividad farmacológica; de los éxitos actuales de quienes aplican métodos terapéuticos tradicionales, folclóricos e incluso abiertamente charlatanescos; del conocido y nada despreciable “efecto placebo” que aun ahora, en plena era de la medicina científica, se suma a las propiedades genuinamente intrínsecas de los medicamentos; y de los resultados favorables de

* Una parte de este capítulo fue publicada en la *Gaceta Médica de México* 1995;1331: 545-550.

diversas psicoterapias, resultados que parecen obtenerse independientemente de la teoría psicológica en la cual se fundan y apoyan los distintos practicantes de dichas terapias.

Si la relación médico-paciente puede ser manantial de tanto beneficio, ¿no podría también ser nociva? ¿Existe daño iatrogénico psicológico? Ya lo afirmaba, sabiamente, el viejo proverbio talmúdico. Balint¹ ha dicho con razón que

[...] el médico es la droga utilizada con mayor frecuencia en la práctica de la medicina y, a pesar de ello, aún no existe la “farmacología” de esta importante droga; ningún texto de medicina contiene recomendaciones acerca de la dosis de sí mismo que deba prescribir el clínico, ni de la forma, ni de la frecuencia, etc., etc.

El mismo autor señala que más inquietante aún es

[...] la ausencia en la literatura médica de información acerca de los riesgos potenciales de esta clase de droga, de las reacciones alérgicas y otros efectos colaterales indeseables que pueda producir, y que debieran ser objeto de vigilancia. Esta ausencia de información acerca de la droga más utilizada en la práctica de la medicina es paradójica y alarmante, sobre todo si se compara con la riqueza de los datos que se tienen acerca de otros medicamentos. La respuesta habitual ante esta paradoja es que el médico, gracias a su experiencia y su sentido común, no tarda en adquirir la necesaria habilidad en el proceso de funcionar como droga, pero la frivolidad de este argumento es aparente, sobre todo si se compara con lo detallado de los instructivos que acompañan a todo nuevo fármaco que se ofrece a los médicos practicantes, instructivos apoyados en experimentos cuidadosamente ejecutados y controlados.

Se pasará revista a algunos de los ejemplos más comunes de daño iatrogénico provocado en la relación médico-paciente.

El temor a las demandas legales, tan comunes en otros países, pero de ocurrencia creciente en México, obliga a los médicos y a las instituciones médicas a informar a los pacientes acerca de todas las posibilidades diagnósticas, incluyendo las más graves, y de todos los riesgos del procedimiento o tratamiento médico o quirúrgico planeados, aunque sean estadísticamente remotos. Esta situación, nacida de la indudable necesidad de proporcionar información adecuada, de obtener la aprobación y colaboración de los pacientes y, sobre todo, de protegerlos de los abusos y errores que en ocasiones cometen los médicos, ha traído como consecuencia inevitable un envenenamiento de la relación entre los pacientes y sus médicos, que ven en cada uno de sus clientes a un enemigo potencial, asesorado por abogados voraces, lo cual los obliga a practicar una medicina “defensiva”, capaz de producir considerable daño psíquico.



Un problema diferente se refiere a la llamada “mentira piadosa”. El problema de la “verdad” en la relación médico-paciente ha sido objeto de innumerables discusiones y controversias en foros médicos y extramédicos. Se trata de saber si al paciente a quien se le hace un diagnóstico de un padecimiento grave, fatal a corto o a largo plazo, se le debe informar de su verdadera situación. Hay quienes sostienen que la verdad debe pronunciarse siempre, por dolorosa y traumática que sea, y alegan que de no hacerlo se corre el riesgo de incurrir en delito penal; que la mentira y el ocultamiento producen una brecha, un abismo, una ruptura de la comunicación entre el paciente y su médico, y entre aquél y sus familiares y amistades cercanas (quienes conocen la verdad, pero tratan de ocultarlo), brecha que lo condena al aislamiento moral y a la desconfianza, más terribles ambos que la incertidumbre de la muerte cercana; que el paciente, en realidad, difícilmente puede ser engañado y que, en la mayoría de los casos, una serie de mensajes, verbales y no verbales, le permiten saber la verdad, agravada en estas circunstancias por su aislamiento psicológico. En las publicaciones anglosajonas de ética médica se añade un argumento más en contra del ocultamiento de la verdad: que la

actitud paternalista que ha caracterizado a los médicos en el curso de la historia de su profesión es moralmente insostenible, y que cuando el médico, *motu proprio*, piensa que a su paciente le haría daño saber la verdad, lo que está haciendo es abusar de un paternalismo éticamente inadmisibles.

El punto de vista contrario se caracteriza por la oposición sistemática a pronunciar las palabras fatales. Quienes lo favorecen afirman que no desean añadir una devastación adicional, un daño iatrogénico de índole moral, al daño físico de la enfermedad. Se apoyan en experiencias de casos individuales. A los enemigos del paternalismo les responden que también es paternalista suponer, *a priori*, que el paciente siempre está capacitado para recibir la mala noticia, y que está ansioso de conocerla. En consecuencia, afirman que la mentira piadosa es ética, y utilizarla constituye una obligación moral del médico. Cabe, no obstante, la pregunta: ¿en qué medida esta negación a enfrentar al paciente con la verdad esconde el terror del médico a contemplar la certidumbre de su propia mortalidad?

Reflexiónese acerca de los peligros de estas situaciones, tan comunes en la práctica *primum non nocere*, para proteger al paciente del daño iatrogénico psicológico. El médico debe tratar de comprender a su paciente; de intuir lo preparado que esté para recibir la noticia verdadera; cuánto puede saber. Si, al obedecer el axioma “No hay enfermedades sino enfermos”, el médico hace intentos por conocer y entender a cada persona enferma en su individualidad única y en su totalidad biopsicosocial; si tiene una idea más o menos adecuada de los mecanismos psicológicos de defensa utilizados por su paciente en situaciones estresantes de su vida pasada; si tiene buen cuidado no sólo en saber cuánta verdad debe decir, sino cómo decirla; si no olvida su obligación de inspirar fe y esperanza cuando ya no haya otra cosa que hacer; y si, finalmente, transmite a su enfermo la seguridad de que no lo abandonará, no lo dejará solo, de que luchará al lado de él: entonces el médico habrá hecho todo lo humanamente posible por evitar o disminuir el daño iatrogénico psicológico.

Un conjunto de sucesos históricos han impreso nuevas modalidades en el problema de la deshumanización de la medicina: los espectaculares avances tecnológicos que, en cierto modo, han levantado un muro entre el paciente y su médico; el progreso de los conocimientos médicos que, al obligar a la especialización, invita a la fragmentación del paciente impidiendo ver a la persona total; el reduccionismo implícito en el modelo biológico lesional predominante, que borra la diferencia esencial entre la enfermedad y el padecer, olvidándose de este último; y la institucionalización y burocratización de los servicios de atención médica.

Es una paradójica consecuencia del progreso, que por una parte ha puesto a disposición de los médicos un gigantesco arsenal de recursos que amplían su posibilidad de entender, diagnosticar, aliviar y hacer extensivos a segmentos mayores de la población humana los beneficios de la medicina, pero, por otra parte, facilitan el daño iatrogénico. En efecto, cada uno de estos recursos limita, invalida, estorba

y hasta elimina la posibilidad de establecer una relación médico-paciente adecuada, privando así a este último del componente fundamental del arte de curar.

Se ha perdido casi por completo la enseñanza de la clínica a la cabecera de la cama del enfermo. Pérdida lamentable, sin duda, y sustituida ahora por la lección, que se imparte lejos del paciente basándose en los datos registrados en el expediente clínico y los documentos iconográficos: esta moderna técnica de enseñanza de la clínica es inferior. Y, sin embargo, algo se ha ganado: así se evita el inmenso trauma psicológico, provocado con tanta frecuencia en el enfermo cuando oye las palabras imprudentes del profesor, su ayudante o el alumno que, de manera indiscreta, describen los hallazgos y discuten sus implicaciones pronósticas y terapéuticas, en un lenguaje esotérico y aterradorante para el angustiado paciente. Todo el mundo ha sido testigo de este tremendo daño iatrogénico que bien pudiera haberse evitado con sólo cuidar que el paciente no oyese ninguno de esos fatídicos comentarios. En esos tiempos casi ya desaparecidos había, quizá, mejor clínica y, ciertamente, inferior tecnología, pero no menos deshumanización y iatrogenia.

Sin embargo, no sólo en la enseñanza de la clínica, sino en la relación directa, frente a frente, del médico con su paciente es donde ha habido y siguen abundando los casos de daño iatrogénico. A continuación se darán algunos ejemplos: el primero es el médico que, conscientemente, provoca angustia al agigantar la magnitud del mal, pintar más oscuro el pronóstico y multiplicar las dificultades del tratamiento por seguir, ya sea para encarecer el monto de sus honorarios o para agigantar su imagen al demostrar su gran capacidad frente a un caso tan "difícil". Quizá con más frecuencia el médico lo haga de manera inconsciente, proyectando hacia su enfermo su propia inseguridad, su propia ansiedad, su pesimismo o sus impulsos sádicos. Otros ejemplos son el del médico arrogante, que no se digna contestar las dudas y preguntas de su paciente; o el del médico francamente grosero, y el ejemplo más funesto es el del médico que responde a las insinuaciones seductoras de su paciente, o él mismo las inicia, y transforma la relación científico-profesional en una relación sexual.

La relación médico-paciente es más que una relación de servicio técnico-profesional; es, en realidad, un complejo dinámico y cambiante de ideas, emociones y conductas exhibidas por el médico y su paciente en el curso de ella. Participan en este complejo elementos tanto conscientes como inconscientes. Así, por ejemplo, en el paciente, las experiencias que ha tenido en el pasado con otras personas son determinantes de su manera de reaccionar en la relación médico-paciente; y como las relaciones con los padres fueron, sin duda, las relaciones más primitivas y más prolongadas, suelen ser las más determinantes. Y así, si el padre del paciente fue un hombre rudo que lo trató con dureza extrema en su infancia, probablemente el paciente transferirá esa imagen a su médico, y si en el pasado, al confiar sus pensamientos y sentimientos, no encontró más que burla, enojo u

otras reacciones igualmente desagradables, se resistirá a confiarle esa clase de información a su doctor. Por todo ello, el médico, por su parte, en su actuación profesional frente al paciente, asume el complejo papel de estímulo condicionado, el cual dará lugar a este tipo de respuestas patológicas. Pero hay algo más: el médico mismo no puede evitar incluir, en su actuación profesional, todo un conjunto de elementos no racionales (“contratransferencia”) y que incluyen todos esos pensamientos, sentimientos y comportamientos dirigidos a su paciente, y que, aunque provocados por las actitudes de éste, se deben, por lo menos en parte, a elementos generalmente inaceptables y, por ello, reprimidos, del médico mismo. De las motivaciones inconscientes de los médicos se sabe mucho, aunque el tema no lo tratamos con suficiente atención nosotros mismos. Un velo protector nos defiende del doloroso deber de analizarnos y enfrentarnos a nuestros propios problemas emocionales y a nuestras debilidades. El velo debería descorrerse, pues tras él se esconde la raíz de mucho daño iatrogénico.

Continuaré este análisis de algunas de las causas de determinación de daño iatrogénico en la relación médico-paciente refiriéndome a una que, en mi opinión, es fundamental: la preponderancia del modelo biológico-lesional sobre el modelo biopsicosocial en la medicina contemporánea. La consecuencia de esta preponderancia es el interés por la enfermedad, mas no por el enfermo y su padecer. El daño iatrogénico es particularmente notable en el numeroso grupo de pacientes que sufren síntomas crónicos entre los cuales predomina el dolor, y en quienes la más minuciosa y exhaustiva serie de investigaciones fracasa al emprender la tarea de identificar una lesión orgánica responsable del cuadro clínico, o descubre una alteración orgánica a la que se le atribuye dicho cuadro. Éste, tercamente, se niega a desaparecer con el tratamiento, obligando por ello a persistir en la aplicación de más y más procedimientos tecnológicos de diagnóstico, en infructuosa búsqueda de otras alteraciones anatómicas. Casos como éstos no son excepcionales en la práctica médica; en algunos estudios se señalan frecuencias notablemente altas, ¡de cerca de 25% de los pacientes! No cabe duda que, en la mayoría de los casos, se trata de personas que tienen un padecer en ausencia de enfermedad. Son personas en quienes este padecer constituye el eje de sus vidas, es la forma *sui generis* en que expresan sus problemas vitales, el medio a través del cual se comunican con su entorno y el método que aplican para controlarlo. Este tema se trata con más amplitud en el capítulo *El síndrome de somatización*.

Para terminar, me referiré brevemente al daño iatrogénico que ocurre en la consulta psiquiátrica. Es lógico suponer, *a priori*, que en una rama de la medicina en la que el efecto terapéutico se debe, de manera casi exclusiva, a la relación médico-paciente, es decir, a la acción del médico como droga, deban existir numerosos casos en los que ocurra lo contrario. Negar esta suposición equivaldría a afirmar que la psicoterapia posee un potencial terapéutico muy pobre. Una revisión somera de la literatura psiquiátrica me permitió encontrar numerosas publicacio-

nes sobre este importante tema, aunque muchas de ellas son ataques cargados de pasión o relatos de casos aislados, anecdóticos. La definición misma de “efectos negativos” es difícil, ya que si los casos que culminan en suicidio o en ruptura psicótica son evidentes, ¿acaso deberían considerarse como ejemplos de efectos negativos los casos en que el paciente logra una mejor adaptación social a costa de su creatividad y felicidad; o aquéllos en que el individuo se libera de la represión de sus impulsos para sufrir ansiedad asociada a la liberación de los mismos? Estas preguntas y muchas otras sólo se responden adecuadamente con una buena definición de salud mental. Por otra parte, habrá que distinguir lo más claramente posible entre los efectos negativos debidos a los factores ambientales e individuales y los que se originan en el psicoterapeuta mismo, como su personalidad y las técnicas terapéuticas que emplea. La revisión de la literatura psiquiátrica confirmó la elevada frecuencia de efectos negativos, pero no permitió cuantificarla ni identificar con precisión sus causas. La encuesta llevada a cabo por un grupo de expertos ratificó la convicción de que el problema es real e importante, y apuntó entre sus causas más relevantes los problemas de personalidad, así como de entrenamiento deficiente de muchos terapeutas. La valoración justa del efecto de la psicoterapia debe incluir varias perspectivas simultáneas: la del paciente individual, la de la sociedad y la del terapeuta, que no siempre coinciden.

REFERENCIAS

1. **Balint M:** *The doctor, his patient and the illness*. Nueva York, Medical, 1964.
2. **Jinich H:** Daño iatrogénico en la relación médico-paciente. *Gac Méd Méx* 1995;131:545-550.
3. **Slovenko R:** Malpractice in psychotherapy. *Psychiatric Clin North Am* 1992;22:1-15.

Rosa V. es una mujer de unos 50 años de edad. La veo periódicamente desde hace unos 10 años. Recuerdo su primera visita. Venía a verme porque llevaba varios años de padecer del estómago; había consultado a numerosos médicos y recibido otros tantos diagnósticos y tratamientos, todos sin éxito duradero. Le habían dicho que tenía amibas, úlcera, nervios, gastritis, colitis y, también, que no tenía nada. Revisé el grueso fajo de recetas coleccionadas: antiamibianos, antiespasmódicos, digestivos, sedantes, antidepresivos, etc. Las radiografías de su aparato digestivo eran normales. Los análisis de laboratorio eran normales también, a excepción de algunos informes de hallazgo de amibas de diverso tipo. A pesar de mis esfuerzos, no pude integrar una historia clínica satisfactoria: el dolor se localizaba preferentemente en el hipocondrio izquierdo, pero la paciente no me podía precisar su carácter, su relación con las comidas y funciones digestivas, su duración y frecuencia: las respuestas eran demasiado vagas y contradictorias. Se trataba de una mujer de extracción humilde, de bajo nivel cultural, limitada en su capacidad de observación y, muy especialmente, en su capacidad de expresarse verbalmente. Era una mujer de constitución fuerte, ligeramente excedida de peso, nerviosa, tímida; no usaba ningún maquillaje ni adorno; la piel de su cara y sus manos estaba curtida por la exposición a la intemperie; sus ojos revelaban a la vez susto y tristeza. La exploración física no reveló otros datos de importancia clínica. Ella procedía de la provincia y, muy joven, había emigrado a la capital impelida por la pobreza. Vivió algún tiempo “arrimada” a parientes que no la trataban bien; consiguió un empleo humilde en una oficina de correos y telégrafos; se casó con otro empleado, unos años menor que ella; tenía una hija de 15 años de edad.

En ese tiempo se ganaba la vida vendiendo alhajitas adquiridas en los remates del Monte de Piedad.

El cuadro clínico me pareció que podría corresponder a una dispepsia funcional, aunque sin descartar una úlcera péptica a pesar de las radiografías negativas; consideré la conveniencia de solicitar una gastroscopia, pero ella se asustó, así que opté por darle un tratamiento de prueba con un régimen antiulceroso estricto.

En la siguiente consulta, un mes más tarde, me indicó que se sentía algo mejor. Nuevamente intenté, sin éxito, precisar los aspectos vagos de una historia clínica. Aprendí, en cambio, que su hija era una buena estudiante; que ella la había enviado a colegios particulares a pesar del sacrificio económico que le implicaba; y que su esposo era un “hombre muy bueno”, sin vicios, que se portaba bien, pero tenía un sueldo miserable y no era como ella, puesto que no hacía ningún esfuerzo por mejorar su situación, por progresar y ganar más; que siempre estaba conforme con sus ingresos personales y dejaba que ella se encargara de la mayor parte de los gastos.

Han transcurrido más de 10 años y Rosa sigue viniendo a la consulta, a intervalos irregulares, a veces de muchos meses. Dedicó los primeros minutos de la consulta a la descripción de su molestia dolorosa, pero es evidente que ya no le presta mucha importancia, porque a continuación, y siguiendo mi invitación a hacerlo, se dedica a referirme los problemas y sucesos de su vida.

Su trabajo es muy pesado; es la única mujer que participa en los remates del Monte de Piedad, teniendo que competir en desventaja con todos los hábiles “coyotes”, quienes siempre le ganan las mejores piezas. Vende su mercancía en abonos, recorriendo en camión o a pie grandes distancias. Al final de la jornada llega a su casa agotada, muchas veces sin haber probado alimento en muchas horas, adolorida de las piernas y la espalda. Con grandes esfuerzos logró ahorrar lo suficiente para adquirir un lote de terreno y fincar una casa humilde, pero propia. Yo la escucho y la felicito por su espíritu de progreso, su laboriosidad y su abnegación como madre y esposa, mas le hago notar la importancia de que se cuide, se alimente a horas regulares, tome vacaciones ocasionales.

Me ha confiado su infelicidad conyugal, la falta de ambición de su esposo, su desinterés por colaborar en la solución de los problemas hogareños, su poca energía en el control de la hija. Yo le hago notar que, por otra parte, hay muchos defectos, comunes en el medio social que la rodea, que su esposo no tiene, y le pido que no olvide sus cualidades y lo aprecie mejor. Se resiste a tratar el aspecto sexual de su vida matrimonial, más allá de insinuar que nunca le ha interesado ni le ha causado placer. Está distanciada de sus familiares “ricos” y no tiene amistades cercanas. No tiene a nadie con quien compartir sus problemas y desahogar sus penas. En casa nadie aprecia sus sacrificios. Su hija ya ha completado su maestría en historia, lengua y literatura inglesas; está haciendo su doctorado y da clases de inglés en una escuela; desprecia a la madre porque es inculta y por no



entender el mundo moderno. Yo le hago notar que admiro sus cualidades morales, su entrega al trabajo y a la familia y su vida virtuosa; me conmueve, siento simpatía por ella, y ella se da cuenta. En varias ocasiones he querido reducir el monto de mis honorarios, pero ella se empeña en no aceptar ninguna rebaja y opto por no insistir, para no ofenderla. La consuelo de la actitud despectiva de su hija, asegurándole que es normal a su edad, que indudablemente pasará con el tiempo y algún día le expresará su gratitud por todo su amor y sacrificios. A menudo le hago notar que, si bien la cultura es un valor admirable, son más admirables aún las virtudes morales, las cuales ella evidentemente posee. La preocupan las amistades de su hija, sus formas raras de vestir y dejar crecer sus cabellos, así como el hecho de que está llegando cada vez más noche; yo comparto su ansiedad aunque la oculto, y le digo que vivimos en un mundo diferente, cambiado; que su hija es culta e inteligente y se sabe cuidar, y está aprovechando las ventajas que le ofrece una sociedad más justa, en la que la mujer está adquiriendo una posición igual a la del hombre, lo cual es bueno. Ella me mira con sus ojos tristes y con evidente falta de convencimiento, pero se siente aliviada por mis comentarios y optimismo.

He hablado con su hija, quien me ha expresado sus problemas personales: la falta de un modelo adecuado de mujer y de hombre en su casa; el aislamiento social vivido durante su infancia y adolescencia; las dificultades que está teniendo

para encontrar su identidad personal y para relacionarse con los hombres, y la he referido con una psicóloga.

Rosa es una paciente fiel, y lo ha sido por muchos años. A pesar del tiempo transcurrido, no he podido diagnosticarle ninguna “enfermedad”. Es una persona que sufre, y obtiene alivio al verme y comunicarse conmigo; soy la única persona con la que comparte sus frustraciones más íntimas, la única que trata de comprenderla, que le da apoyo, le muestra aprecio por la forma como ha conducido su vida, la ayuda a valorarse un poco mejor a sí misma, que siente lo que ella siente. Cuántas veces he logrado decirle algo atinado, y entonces sus ojos brillan, una sonrisa de felicidad me llega como de regalo, y me doy cuenta de que, durante un breve lapso, da señales de bienestar. Cuando termina la consulta, que a menudo ha sido bastante breve, durante esos minutos de conexión transpersonal, al darle un poquito de mi humanidad, me he humanizado.

Dudo que tenga una “enfermedad orgánica”; su dolor, que ya casi no menciona, quizá sea solamente un recurso usado para legitimizar su condición de paciente y justificar su visita al médico. A mí, como médico, la ausencia de enfermedad no me molesta ni me sirve de razón para dejar de recibirla, pues creo que la misión del médico va más allá del tratamiento de la enfermedad, puesto que va dirigida a ayudar a aliviar el padecer.

Existe entre nosotros los seres humanos, en algunos de manera clara y vehemente, en otros apenas como una vaga insatisfacción, un impulso a traspasar los linderos de nuestro propio yo para sentirnos conectados a otras personas. Podemos llamar a este fenómeno “impulso social” e incluir, entre sus manifestaciones más sublimes, la amistad y el amor. En la medicina, algunos autores han empleado términos como “amor médico”, “empatía” y “dimensión espiritual o transpersonal” (Suchman y Matthews). Estos últimos¹ han escrito que:

[...] cuando el impulso culmina en la dimensión transpersonal, el participante tiene una percepción particularmente nítida de las emociones del otro ser, tiene una sensación de estrecha cercanía con él o ella, de comunión de sentimientos, y el fenómeno es seguido de una sensación sui generis que, quienes han sido conscientes de ella, la han descrito como “rubor”, “calofrío” o “piel de gallina” pasajeros, pero seguidos de inmediato de un sentimiento de amor, de haber tenido el privilegio de participar en la vida de otra persona y de ser parte de algo más grande que uno mismo.

Al leer este comentario recordé que Baruch Spinoza, el gran filósofo, escribió que “amar es más importante que ser amado, porque el que ama vive doblemente: vive su propia vida y la del ser que ama”. Continúan diciendo los autores:

Cuando el fenómeno tiene lugar en el curso del diálogo entre el médico y el paciente, éste se siente conmovido y sacudido por la convicción íntima

de haber sido comprendido, de no encontrarse ya solo en su sufrimiento. Uno y otro, médico y paciente, experimentan unos minutos de paz y alegría, sin dejar por ello de compartir la tristeza por el sufrimiento, por el padecer, que fue el determinante de su unión en esa experiencia trascendental.

Sobra subrayar la importancia terapéutica de la “dimensión transpersonal”; muchas veces, porque fue, precisamente, la ausencia perdida de dicha “dimensión” la que actuó como factor causal necesario o coadyuvante en la producción del padecer; otras veces porque la enfermedad misma provocó un debilitamiento o una completa ruptura, o ha sido interpretada como una amenaza a los sentimientos de conexión transpersonal del enfermo. Entendiendo todo esto, es fácil ver por qué tiene tan elevado valor curativo, por qué se ha dicho que se encuentra en el centro mismo del acto terapéutico, y que constituye “nada menos que la esencia del ejercicio de la medicina y de todos los sistemas médicos”.²

Es evidente que el problema tratado aquí sobrepasa ampliamente los confines de la medicina: la necesidad humana de “conectarse” y de encontrar sentido al mundo y a una porción considerable de la sociedad. Es esa sensación de vacío interior, esa ausencia de alegría genuina, ese vago pero persistente sentir de que “algo está haciendo falta en la vida”. De ahí los intentos, siempre fracasados y a menudo trágicos, de encontrar la respuesta en el alcohol, las drogas, los cultos religiosos esotéricos y el materialismo exagerado.

Octavio Paz nos ha dicho que

[...] el uso de drogas corresponde a una necesidad medicopsicológica, y esta necesidad es el producto de diversos factores cuyo denominador común es el desamparo espiritual [...] De ello se deduce que el combate al uso de las drogas no puede ser otro que una utopía: la reforma de la sociedad misma y de sus fundamentos espirituales [...] En una sociedad con serias fallas afectivas espirituales: están debilitadas seriamente la familia, la amistad, el amor, el apoyo social y comunitario [...] se vive en un “desierto urbano”.³

El médico, por supuesto, comparte las necesidades esenciales de todos los demás miembros de su sociedad. Al igual que sus pacientes, necesita experimentar la dimensión transpersonal; como ellos, ansía encontrar sentido y objeto a su vida. Pues bien, son pocos los seres humanos que gozan del privilegio que tiene el médico de establecer esa unión en el ejercicio de su profesión. Al lograrlo, nuestra vida encuentra sentido; al conectarnos, la conexión es mutua; al dar, recibimos; al aliviar al enfermo, aliviarnos nuestras propias heridas; al promover su crecimiento emocional, crecemos, curamos para ser curados.

REFERENCIAS

1. **Suchman AL, Matthews DA:** What makes the patient–doctor relationship therapeutic? Exploring the conexial dimension of medical care. *Ann Int Med* 1988;125-130.
2. **Martínez CF:** *¿Sirve para algo la historia de la medicina?* Seminario “La medicina del hombre en su totalidad”. México, 1981.
3. **Paz O:** Excursiones e incursiones. 1993;Vuelta N° 199:8-12.

El clínico ante la tecnología diagnóstica moderna

Los historiadores de la medicina están más o menos de acuerdo con que la medicina científica, *tékhne iatriké*, tuvo su principio en la Grecia antigua.¹ Por “medicina científica” se entiende la que se fundamenta en el arte (*tékhne*), que es lo que permite al hombre dominar las fuerzas extrañas a él. Así, Aristóteles, citando un verso del poeta Anfitón, dice: “Con el arte vencemos donde Natura nos vence.” Laín Entralgo² llama “medicina pretécnica” a la que aún no ha adquirido clara conciencia de que ante la enfermedad y el tratamiento pueden existir las actitudes que hoy denominamos “mágicas”, en las cuales la enfermedad es interpretada como resultado del hechizo nocivo, la infracción de un tabú, la penetración mágica de un objeto en el cuerpo, la posesión por espíritus malignos y la pérdida del alma.

Conocemos de sobra el camino largo, difícil, penoso, arriesgado, interrumpido por periodos de tinieblas, que ha tenido que recorrer la Ciencia y, con ella, una de sus hijas, la Medicina, hasta lograr alcanzar las gloriosas alturas en las que se encuentran ahora. Estamos conscientes también de que, en el curso del siglo pasado y, sobre todo, en su segunda mitad, el progreso científico y tecnológico ha experimentado un crecimiento exponencial, un crecimiento que causa ilimitada admiración e incluso vértigo. No sé si mis lectores, jóvenes en su mayoría, se dan cuenta cabal del magnífico acervo científico que han heredado, y de la enorme deuda de gratitud que están obligados a sentir hacia esa legión de héroes y mártires que, en el curso de los siglos, nos han legado los instrumentos que nos permiten ahora aplicar la tecnología moderna en beneficio de nuestros pacientes.

El progreso ha traído aparejada una serie de nuevos problemas. No podía ser de otra manera; en palabras de Ignacio Chávez: “Los problemas del progreso mé-

dico, ¿son acaso evitables? Sería como impedir que un cuerpo que se ilumina die-se sombra [...] el progreso no puede detenerse porque la mente humana es insaciable y mira en el dominio de la Naturaleza su gran reto. Si hemos de seguir adelante en el camino de las conquistas, toca buscar las formas de que no nos hieran en lo más noble; de que los avances de la inteligencia no causen la devastación espiritual del médico [...] La Medicina podrá seguir sus progresos sin temor al daño, con tal que la Medicina nueva no sacrifique nunca, al interés de la Ciencia, el interés supremo del enfermo.”³ Es indudable que ha surgido toda una numerosa literatura que ataca el progreso, y lo culpa de toda clase de consecuencias apocalípticas para la humanidad y para la vida sobre la Tierra. Paralelamente, viejas prácticas seudomédicas, reminiscentes de las acciones de los brujos, curanderos y chamanes del pasado, pero disfrazadas a menudo con términos seudocientíficos, ganan prosélitos entre los miembros de nuestra sociedad.

¿Acaso el progreso tecnológico en el diagnóstico ha dado origen a consecuencias indeseables? En el curso del avance acelerado de los recursos tecnológicos ¿hemos dejado atrás, hemos perdido algo valioso, algo insustituible? La respuesta a estas dos preguntas es, necesariamente, afirmativa. Y bien, ¿son acaso totalmente inevitables todas esas consecuencias, es acaso imposible atenuarlas siquiera? A esta pregunta creemos poder contestar con un rotundo NO.

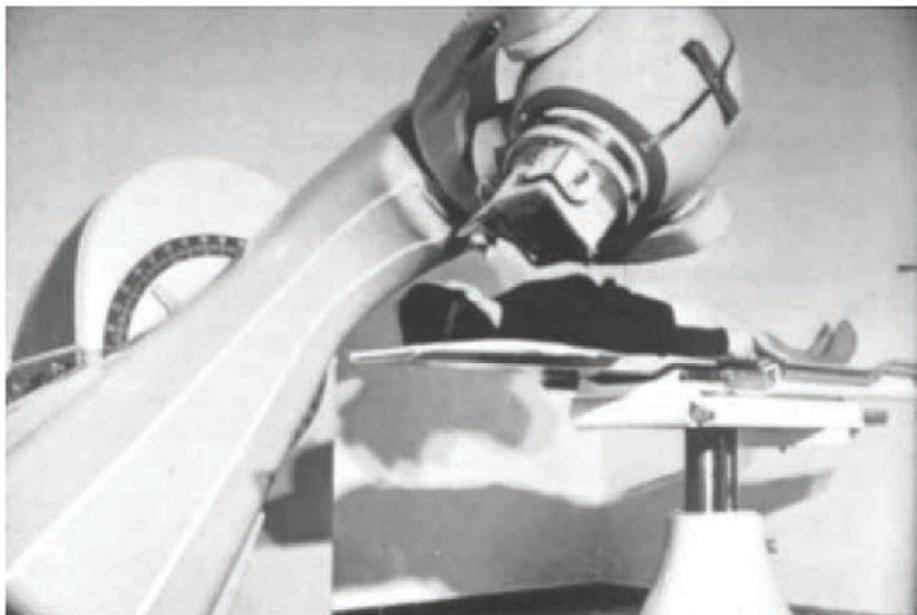
Las consecuencias indeseables que con más frecuencia se invocan son las siguientes:

1. La tecnología diagnóstica puede causar daño iatrogénico.
2. La tecnología diagnóstica es muy costosa.
3. Los procedimientos tecnológicos abren una brecha entre el paciente y el médico, y contribuyen de esta manera a la deshumanización de la Medicina.

A estas tres acusaciones podrían añadirse otras dos que, aunque no se refieren a la producción de daño iatrogénico propiamente, no dejan de ser importantes:

1. Los procedimientos tecnológicos modernos suelen ser, a menudo, innecesarios.
2. Los procedimientos tecnológicos pueden, no sólo ayudar al diagnóstico, sino que pueden, por el contrario, conducir a error.

Ilustraré estas dos últimas acusaciones con unos cuatro ejemplos, procedentes de mi experiencia personal. La aparición, en una persona joven que recibe medicamentos antiinflamatorios no esteroideos, de un síndrome doloroso epigástrico de tipo ulceroso no es justificación, en la mayoría de las ocasiones, para practicar un estudio endoscópico gastroduodenal. Otro ejemplo, más dramático, que se refiere a la última de las acusaciones, es el caso, nada infrecuente, del paciente que



sufre dolor abdominal crónico, en quien el hallazgo endoscópico de unas cuantas erosiones superficiales en la mucosa gástrica o duodenal es seguido de más endoscopias, monografías y tomografías computarizadas, ante la falta de respuesta a la administración de potentes medicamentos antagonistas de los receptores H_2 , cuando unos cuantos minutos dedicados a conocer la historia personal del paciente hubiesen permitido poner en evidencia que sufría una fuerte depresión o alguna otra causa de dolor psicogénico.

¿Qué medidas preventivas pueden aplicarse para poner remedio a estas indudables consecuencias negativas de la tecnología moderna aplicada al diagnóstico? Una solamente: la buena clínica. Una solamente: evitar a toda costa que el clínico se convierta en esclavo de la tecnología. Una solamente: educar al estudiante para que sea un excelente clínico, lo cual quiere decir que sea un clínico que aplique los maravillosos recursos de la moderna tecnología diagnóstica con inteligencia, con tino, como recurso complementario cuando en verdad se justifique; para que sea el amo y no el servidor de la tecnología. El clínico moderno tiene que ser tan bueno como los clínicos buenos del pasado, o mejor que ellos. Como ellos, tiene que desarrollar las actitudes, habilidades y destrezas indispensables que son propias de la clínica tradicional: saber interrogar, saber escuchar, saber hacer una buena y completa exploración física; ser meticuloso y preciso; saber identificar los problemas médicos de su paciente; saber buscar la información científica necesaria en cada caso, y saber escoger con tino los planes de ac-

ción que, con fines diagnósticos, están justificados en cada caso. De esta manera, y sólo así, podrán reducirse al mínimo el costo excesivo y los daños patógenos derivados de la tecnología diagnóstica.

¿Es justa la acusación de que la moderna tecnología, por el hecho de interponerse entre el paciente y el médico, contribuye a la deshumanización de la Medicina? Posiblemente, pero solamente en pequeña medida: la causa más importante de la deshumanización de la Medicina no es ésta, sino la pérdida de los valores humanos que caracteriza a la sociedad contemporánea.⁴ La aplicación de la tecnología no está reñida con el humanismo: diariamente las observamos coincidir, ir de la mano, en las salas de los hospitales, en los quirófanos, en los gabinetes de diagnóstico, y en los cubículos y consultorios de los médicos. La tecnología sólo puede deshumanizar al individuo que se encuentra ya, por otros motivos, muy adelantado en el camino de la deshumanización. La Medicina es un arte, y el médico genuino es, por ende, un artista, pero es el único artista cuya obra da lugar, no solamente a la admiración de su cliente, sino también a sus bendiciones.

He dejado para este momento un comentario que considero de importancia capital. La tecnología ha puesto a la disposición del médico recursos de enorme poder para perfeccionar el diagnóstico, que le han permitido llevarlo a niveles de profundidad y sofisticación que hace poco tiempo hubiéramos considerado imposibles y casi inimaginables. Pero, ¿qué es lo que hemos perfeccionado? Evidentemente, hemos perfeccionado el diagnóstico de la enfermedad. Ahora bien, es importante establecer claramente la diferencia entre la enfermedad y el padecer. Enfermedad es la lesión, es la alteración estructural y funcional, descubierta a nivel macroscópico, microscópico y aun molecular. Pero lo que el paciente sufre, lo que obliga a buscar la ayuda del médico es otra cosa: es un padecer; es, ciertamente, la enfermedad, tal como la he definido, pero es más que la enfermedad: es la interpretación que el paciente hace de sus síntomas: castigo por pecados reales o imaginarios, venganza de enemigos, maldición inexplicable; es el conjunto de emociones asociadas a los síntomas: peligro, rudo despertar a la fragilidad y transitoriedad de la existencia humana, súbita inferioridad frente a los demás, vergüenza, humillación; es interrupción de los estudios y del trabajo; es, también, pretexto, excusa, justificación de fallas y torpezas; motivo para reclamar atención, afecto o lástima; es desquite, purificación, lenguaje visceral. El padecer puede existir aun en ausencia de enfermedad. Ésta no es una situación insólita y, frente a ella, la tecnología fracasa.

La enfermedad es el problema que acapara la atención del médico, pero el padecer es el problema del paciente. Para diagnosticar aquélla, la tecnología diagnóstica es, ciertamente, muy útil, a menudo indispensable; para diagnosticar el padecer, la tecnología es insuficiente; para esto existe sólo un instrumento y sólo uno: el instrumento es esa relación humana única, insustituible, que es el diálogo, desarrollado dentro del marco de la relación médico-paciente.⁵

Resta solamente un punto por tratar: la función de la medicina moderna debe abarcar, en proporción creciente, el diagnóstico de los riesgos de desarrollar enfermedades futuras y el de las enfermedades subclínicas. Para lograr estos objetivos no es posible prescindir de la tecnología. En este caso, ¿qué hacer para evitar que los procedimientos sean excesivos, costosos y potencialmente dañinos? Los criterios que los normen deberán ser los siguientes:

1. Los padecimientos que se deban investigar serán solamente aquéllos que tengan un impacto significativo sobre la calidad o duración de la vida.
2. Deberá haber disponibilidad de métodos terapéuticos aceptables para dichas enfermedades.
3. La enfermedad deberá tener una fase asintomática, durante la cual su descubrimiento y tratamiento oportunos resultará en una reducción significativa de su morbilidad y mortalidad.
4. El tratamiento aplicado en la fase preclínica debe dar lugar a resultados terapéuticos superiores a los que se obtendrían si el tratamiento se retrasara hasta el momento de aparición de los síntomas.
5. Los estudios necesarios para diagnosticar el padecimiento en su etapa preclínica deben ser aceptables para el paciente, de muy bajo riesgo y accesibles a un costo razonable.
6. La enfermedad deberá tener una frecuencia suficientemente alta para justificar el costo de la revisión médica periódica.⁶

REFERENCIAS

1. **Laín EP:** *Historia de la medicina*. Barcelona, Salvat, 1978.
2. **Laín EP:** *Historia universal de la medicina*. Vol. 2. Barcelona, Salvat, 1972.
3. **Chávez I:** Ética, deontología y responsabilidad del médico contemporáneo. *Gac Méd Méx* 1970;100:635.
4. **Latapí P:** Medicina, crisis profesional o crisis humana. *Gac Méd Méx* 1979;115:151.
5. **Martínez CF:** *Enfermedad y padecer*. México, Medicina Hombre en su Totalidad.
6. **Frame PS:** A critical review of adult health maintenance. *J Fam Pract* 1986;22:341, 417, 511;23:29.

El síndrome de somatización

“Dicen que no tengo nada, pero estoy enfermo.”

C. B. es una mujer de 38 años de edad, referida al centro médico donde uno de nosotros labora una vez que el último médico consultado por ella consideró agotados los recursos que había empleado para diagnosticar la causa y obtener algún alivio de sus síntomas. Carolina ya llevaba más de 10 años quejándose de una gran cantidad de molestias, entre las cuales sobresalían: un dolor de considerable intensidad localizado en el cuadrante superior izquierdo del abdomen, continuo, exacerbado tras la ingestión de alimentos y resistente a toda clase de medicamentos; alternancias de constipación y diarrea; náuseas, agruras, sensación de “globo” en la parte superior del tórax; disnea, piquetes en la región precordial; debilidad y cansancio constantes; dolores de cabeza, palpitaciones y mareos. Además, se quejaba de estar aumentando de peso a pesar de que, debido al dolor, casi no ingería alimentos. En el pasado había sufrido fuertes dolores menstruales, hasta que se le practicó una histerectomía. Negó terminantemente tener síntomas de ansiedad o depresión, así como la existencia de tensión nerviosa o conflictos emocionales. Estaba casada, tenía dos hijos, no trabajaba fuera del hogar y era feliz en su matrimonio. Manifestó que varios médicos habían sugerido que sus síntomas eran de origen mental, lo cual la había ofendido profundamente. Sin embargo, en una ocasión consintió en consultar a un psicólogo, quien “le aseguró que no tenía ningún problema mental”. La paciente trajo consigo un voluminoso expediente, en el cual consta que había consultado a 16 médicos de todas las especialidades, así como acupunturistas, quiroprácticos, homeópatas y otros sanado-

res dedicados a practicar métodos terapéuticos paralelos y folclóricos. Se le habían practicado numerosas intervenciones quirúrgicas: apendicectomía, colecistectomía (por una vesícula “inflamada”, sin litiasis), histerectomía, laparotomía exploradora, laparotomía para “limpiar adherencias” y laminectomía. Se le habían practicado un sinnúmero de estudios de laboratorio y gabinete, que incluían numerosas citologías hemáticas, perfiles bioquímicos, determinaciones de amilasa y lipasa, exámenes coproparasitológicos (algunos de los cuales mencionaban la presencia de quistes de amibas y giardias), un examen coprológico completo que reveló la existencia de grasa en cantidad aumentada, estudios radiológicos de todo el tracto digestivo, urografía excretora, ultrasonidos del abdomen y dos tomografías computarizadas del abdomen y de la columna vertebral. También había sido sometida a estudios endoscópicos que señalaron la presencia de engrosamiento de pliegues de la mucosa gástrica y dos pólipos hiperplásicos en la mucosa del colon. Excepción hecha de las anormalidades mencionadas, todos los estudios fueron normales. La lista de medicamentos utilizados en el pasado era enorme; en la fecha de la consulta estaba tomando ranitidina dos veces al día; sucralfato cuatro veces al día; dicyclomina cada seis horas, enzimas pancreáticas y diversos analgésicos.

Relató que su vida pasada había sido difícil. Un hermano fue asesinado; su madre había sido una mujer “muy enferma” toda su vida y había muerto de cáncer metastásico del colon; su padre fue alcohólico, con arranques de violencia física y verbal; en una ocasión había intentado abusar sexualmente de la paciente.

La exploración física no reveló datos anormales, excepción hecha de la obesidad acentuada, presencia de abundantes cicatrices quirúrgicas y dolor “exquisito” a la palpación superficial del cuadrante superior izquierdo del abdomen.

El médico residente que recibió a la paciente solicitó un nuevo estudio radiológico del estómago e intestino delgado, y cuantificación de grasas en las materias fecales. Éstas volvieron a resultar elevadas, y el radiólogo señaló la presencia de “engrosamiento de pliegues en la mucosa del duodeno y yeyuno proximal”. Este dato hizo que se realizara un nuevo estudio endoscópico del estómago y el duodeno, hasta el ángulo duodenoyeyunal, el cual reveló una mucosa macroscópica y microscópicamente normal. El examen cualitativo de una muestra de heces obtenida directamente por tacto rectal no confirmó la existencia de esteatorrea, y despertó la sospecha de que la paciente pudiera haber añadido aceite a las muestras de materia fecal que había traído al laboratorio. La conclusión fue que la señora C. B. presentaba un “síndrome de somatización”.

Casos como el que hemos resumido no son excepcionales en la práctica médica; más bien puede afirmarse lo contrario: en algunos estudios estadísticos¹ se señalan frecuencias notablemente altas, ¡de más de 25%! en poblaciones de pacientes que consultan a los médicos generales y algunos especialistas. No es posible negar que algunos casos de síndromes complejos, constituidos por numerosos



síntomas oscuros, se debían a enfermedades que la ciencia médica actual, o los médicos, no lograban desentrañar. Pero no cabe la menor duda que, en la mayoría de los casos, nos encontramos ante personas que tienen un padecer de ausencia de enfermedad, personas en quienes este padecer constituye el eje de su vida, en una manera *sui generis* de expresar sus emociones, en el medio a través del cual se comunican con quienes las rodean, en el método que utilizan para controlar su medio ambiente. Parecen simuladores, mas no lo son: todo, o casi todo, sucede a nivel subconsciente. Sufren y son merecedores de la atención de los médicos.

En el pasado, el nombre que se adjudicaba a este síndrome era histeria, o síndrome conversivo, pero en la actualidad estos términos se han restringido y se aplican a los casos en que la elección del síntoma tiene un significado claramente simbólico. En la tercera edición del *Manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales (DSM-III)*, publicado por la Asociación Psiquiátrica Americana, aparece con el nombre de “síndrome de somatización” y se especifica que, para diagnosticarlo, deben satisfacerse varios requisitos: sintomatología crónica de varios años de duración iniciada antes de los 30 años de edad; presencia de más de 14 síntomas en la mujer (más de 12 en el hombre) y, por supuesto, supone evidencia de que no exista ninguna lesión orgánica que se aplique a dichos síntomas.

Las infortunadas víctimas del síndrome de somatización consultan, uno tras otro, a gran número de practicantes de la medicina de todas las especialidades y creencias, incluyendo charlatanes y bribones, y se dejan practicar toda clase de proce-

dimientos de diagnóstico y tratamiento. Salta a la vista el enorme riesgo que corren de sufrir toda clase de enfermedades iatrogénicas; muchos de estos pacientes son víctimas de intervenciones quirúrgicas inútiles, a veces rutilantes; de efectos tóxicos, no siempre reversibles, del gran número de medicamentos que se les administran, y de acciones de fármacos imprudentemente prescritos para el alivio de sus dolores. Cada nuevo médico consultado ordena nuevos estudios, con lo que no logra más que reforzar la idea consciente del enfermo en el sentido de que, en efecto, sufre una enfermedad orgánica misteriosa, la cual se resiste a ser descubierta, pero que “debe estar ahí”. A la larga, las esperanzas del nuevo médico consultado corren la misma suerte que las de sus colegas que lo precedieron, y su interés es sustituido por desinterés, frustración y franca hostilidad: el paciente interesante se transforma en el “paciente odioso”. El paciente, por su parte, deserta espontáneamente, o recibe el mensaje de que ya no quiere ser visto, e incorpora el nombre del médico a su larga lista de médicos “incompetentes” o “charlatanes”, para reanudar, a continuación, su peregrinaje iatrogénico. Y si el cuadro clínico del síndrome de somatización es tan claro, si ha sido perfectamente descrito y analizado, ¿cómo se explica que la historia se siga repitiendo, millares de veces, en todos los consultorios, clínicas y hospitales? ¿A qué se debe esta especie de miopía o ceguera selectiva que afecta a tantos de nosotros, los profesionales de la medicina, los clínicos, que, por otra parte, nos esmeramos tanto por mantenernos al día en los progresos de la ciencia médica y tenemos un interés genuino por ayudar a nuestros pacientes y por tener éxito en nuestra actividad profesional? La respuesta es compleja, pues abarca una serie de razones que incluyen deficiencias en la selección adecuada de los futuros médicos, fallas educativas y problemas intrínsecos a la personalidad y madurez emocional de los mismos médicos. Sin embargo, en este capítulo nos interesa hacer resaltar, una vez más, una de las causas más importantes: deslumbrada la profesión médica por el progreso y los indudables éxitos de la medicina basada en el modelo biológico-lesional de la enfermedad, continúa cegada ante la indudable realidad del modelo alterno, el modelo biopsicosocial, el cual, sin descuidar en ningún sentido todo lo que la ciencia biológica ha aportado, suplementa esa información con las aportaciones de las ciencias psicológicas y sociológicas. En pocas palabras, se sigue sirviendo el paradigma que considera que el problema radica en la enfermedad en lugar de en el padecer.

El resultado del encuentro entre el médico y el paciente que tiene un padecer, más no una enfermedad, se ha pintado en este capítulo sin exageraciones: la regla es el fracaso. ¿Existe alguna alternativa accesible al médico?

La respuesta es afirmativa, pero el camino es difícil. Exige, entre otras cosas, que el médico doblegue su ego, recupere la humildad y reconozca que, ante los pacientes con síndrome de somatización, no puede, en el estado actual de nuestra ciencia y arte, tener una explicación cabal de los síntomas y recursos para elimi-

narlos; debe aceptar sus limitaciones y recordar una vez más el viejo aforismo: “Si puedes curar, cura; si no puedes curar, alivia; si no puedes aliviar, conforta, alienta, da esperanzas.” Su función, no menos digna sino, posiblemente, más difícil, deberá consistir en escuchar al paciente, ocuparse de él, hacerle sentir que en verdad le importa ayudarlo. Debe tener presente que el paciente, aunque conscientemente le dice: “Ayúdame, quítame mis síntomas”, inconscientemente, a través de la resistencia de los síntomas a ceder a los esfuerzos terapéuticos, le está enviando el mensaje contrario: “No puedes, porque tengo necesidad de sufrir.” La labor del médico deberá incluir el cuidar al paciente de la iatrogenia médica, el evitar la práctica de más estudios diagnósticos, el ayudarlo a verbalizar su problema, el estimularlo a disminuir su comportamiento de invalidez sustituyéndolo por una vida cada vez más activa, más útil; expresándole su apoyo, su aprobación por sus esfuerzos en ese sentido; reforzando y gratificando esos esfuerzos; disminuyendo gradualmente el tiempo dedicado a prestar atención a sus síntomas, y estableciendo una rutina de visitas periódicas que señale al paciente que desea la continuación de la relación médico-paciente, basada en su interés hacia el paciente como persona, mas no como portador de síntomas. El paciente que somatiza suele rechazar con violencia toda insinuación de consultar al psiquiatra, pero la ayuda de dicho experto podría ser indispensable en situaciones críticas. La terapia cognitivo-conductual, la psicoterapia de grupo y, en ocasiones, la terapia psicoanalítica pueden beneficiar a los pacientes. En todo caso, es preciso que el paciente conserve la convicción de que su médico no lo ha abandonado, sino que, simplemente, está solicitando la ayuda temporal de su colega.

El tema tratado en este capítulo tiene muchas facetas interesantes. Una de ellas, la que se refiere específicamente al problema del dolor, se trata en el capítulo siguiente.

REFERENCIAS

1. **Ford CV:** *The somatizing disorders. Illness as a way of life.* Nueva York, Elsevier, 1983.

“Vivirás como a la sombra de la muerte, entre los dolores del cuerpo y los del alma...”, cuentan que escribió Esculapio, dios de la Medicina, a su propio hijo, que aspiraba a ser médico. Certera descripción de la vida del médico, que no ha cambiado con el correr de los siglos: los dolores del cuerpo y del alma siguen siendo la marca sobresaliente del sufrimiento humano, y su curación o alivio, la ocupación primaria de los curanderos, sanadores y médicos, y de todos aquellos individuos que consagran su vida a combatir la enfermedad y el padecer.

¿Qué es ese enemigo formidable, el dolor, en qué consiste, cuáles son sus causas, dónde se encuentra, cuál es su función en los animales y en el hombre? A pesar de la antigüedad de estas preguntas, el enigma no ha sido totalmente aclarado, ni en sus aspectos científicos ni en los filosóficos. Aristóteles¹ afirmaba que el dolor no es una sensación, sino una emoción, una de las “pasiones del alma”, fundándose en el siguiente razonamiento: nuestras sensaciones, lo que sentimos, proviene de las cualidades de los objetos: sus formas, colores, sonidos, aromas, sabores, etc. El dolor no corresponde a ninguna cualidad de los objetos, sino que es “un estado general de disgusto”, algo que se opone al gusto o placer. Este concepto aristotélico del dolor, aceptado durante largo tiempo, fue evidentemente erróneo, puesto que ahora sabemos que la forma, el color y demás sensaciones se crean en el sistema nervioso central, y no antes, cuando estímulos cualitativamente diferentes, procedentes de las cosas, excitan receptores sensoriales específicos y éstos transmiten sus impulsos nerviosos a sitios específicos de la corteza sensorial. No fue sino hasta el siglo XIX cuando, gracias a los estudios pioneros de anatomistas y fisiólogos como Bell, Weber, Müller, von Helmholtz, Blix y von

Frei, se establecieron las bases de la idea moderna del dolor, enriquecida en tiempos más recientes por los estudios y teorías de Melzack y Wall sobre los complejos mecanismos que controlan activamente el tránsito de los impulsos dolorosos, y por el descubrimiento del papel de las endorfinas y otros neurotransmisores químicos en la modulación de la experiencia dolorosa. No es nuestra intención analizar en este capítulo los detalles de la fisiología del dolor tal como se conocen ahora, sino que nos interesa comentar que la idea predominante en la mayoría de los clínicos actuales es que el dolor se origina a partir de estímulos nocivos que tienen lugar en algún sitio del organismo, donde estimulan a receptores sensoriales que transmiten la información a lo largo de vías nerviosas definidas, hasta el cerebro. De ahí la lógica de que, ante el enfermo que sufre dolor, el clínico aplique sus conocimientos anatómicos, fisiológicos y clínicos para identificar, con la ayuda de los procedimientos paraclínicos, la localización y naturaleza del proceso patológico orgánico que lo determina: la enfermedad.

No cabe duda de que este proceder suele ser fructífero, y constituye la base de la “buena clínica”. Sin embargo, cuando el diagnóstico no se aclara, las sospechas no se confirman una a una, cosa que no es del todo excepcional, sino que se concluye que la misteriosa lesión ha escapado al escrutinio de la investigación clínica, o que el problema se localiza en los nervios mismos (“neuralgia”, “neuropatía periférica”), o en las vías aferentes, o en el tálamo mismo (“dolor central”). Si ninguna de estas explicaciones es aceptable, se concluye que el dolor es “imaginario” o, más caritativamente, “psicogénico”, y el paciente recibe el mensaje de que “no tiene nada orgánico”, “está sano”, “no debe preocuparse”, “todo está en su cabeza”, “debe ver al psiquiatra”. Otras veces se piensa que el paciente es un simulador consciente (sobre todo si se sabe que tiene motivos económicos, laborales o legales para que le sea conveniente simular una enfermedad). En todo caso, es difícil que el clínico oculte un sentimiento de hostilidad hacia este tipo de pacientes en quienes no puede llegar a establecer un diagnóstico ni puede obtener un éxito terapéutico. Si, como suele suceder, el paciente frustrado decide consultar a otro facultativo, éste suele iniciar de nuevo una larga serie de investigaciones clínicas, de laboratorio y gabinete, las cuales no solamente conducen al mismo resultado negativo, sino que refuerzan en el paciente la sospecha de tener, en efecto, una enfermedad orgánica que los médicos no han logrado descubrir. Su peregrinar es interminable, y necesariamente incluye consultas a practicantes de medicinas paralelas y folclóricas, así como a charlatanes de toda marca.

Ha sido investigado por numerosos clínicos el problema del “dolor psicogénico” y el de los pacientes que muestran una tendencia a sufrir un padecimiento doloroso tras otro a lo largo de su vida. En nosotros dejó una huella permanente un trabajo clásico, publicado hace ya cerca de medio siglo por un distinguido médico internista y psiquiatra, Engel.²

Presentamos a continuación una serie de ideas inspiradas en dicha publicación.

Si pedimos una definición de dolor, no lograremos encontrar una sola adecuada, pues el dolor es una experiencia íntima, privada, que no puede ser observada por nadie fuera del que lo sufre. Se distingue de las sensaciones visuales o auditivas, entre muchas otras, que sí pueden y suelen ser compartidas. Si un individuo afirma tener una experiencia visual o auditiva que otros observadores, colocados en circunstancias iguales, no confirman, no les cuesta a éstos ningún trabajo concluir que dichas experiencias son alucinaciones, o posiblemente síntomas de epilepsia temporal. Utilizando argumentación por analogía, podríamos afirmar que el mismo fenómeno puede ocurrir en relación con la experiencia dolorosa. ¿Por qué rechazar la posibilidad de que, además del dolor “periférico”, pueda existir dolor de origen “central”?

Por otra parte, si bien es irrefutable la función protectora del dolor y su importancia considerable en el conjunto de los mecanismos destinados a mantener la integridad del organismo animal y humano, es preciso aceptar que, en el hombre, el dolor ha adquirido otras funciones dignas de reflexión.

- Desde la más tierna infancia, el dolor se asocia a aspectos trascendentales de las relaciones humanas; el bebé lo sufre, llora y su madre lo abraza, lo besa, lo conforta, lo ama, y el dolor se esfuma. He ahí, explicado, “el dulce placer del dolor”, el dolor que atrae al ser amado, el sufrimiento cuya gratificación es más importante que el dolor mismo. ¿Acaso cuesta trabajo entender que algunas personas utilicen, inconscientemente, el dolor con este mismo propósito?
- También desde la infancia se asocian el dolor y el castigo. En algunos idiomas, las dos palabras tienen la misma raíz: *pain* en inglés, *poena* en latín, *poine* en griego, *pena* en castellano significan sufrimiento y también castigo; penal, penitente, punitivo, etc., son de la misma familia de palabras. Uno sufre dolor cuando es “malo”; uno se pregunta cuando sufre: ¿Qué pecado he cometido? ¿Por qué me castiga Dios de esta manera? Sentir dolor es ser culpable y, al mismo tiempo, es la manera de expiar la culpa. Sentir dolor, provocarlo inclusive, vale la pena si con ello se obtiene el perdón.
- Más difícil para el que no es psicoanalista, o no ha sido psicoanalizado, es comprender que el dolor también se asocia con el sentimiento de poderío y el acto de agresión. Controlamos nuestra agresividad causándonos dolor: de esta manera paranoica retenemos el placer de agredir, aunque seamos nosotros mismos la víctima.
- También hemos aprendido del psicoanálisis la conexión que existe entre el dolor y la pérdida del ser amado, sea ésta real, potencial o imaginaria. Más aún, si a dicha pérdida se añade el sentimiento de culpabilidad por la existencia de impulsos agresivos contra la persona que se ha perdido, el dolor suministra el recurso psicológico necesario: la expiación de la culpa. Según

Szasz,³ el dolor ayuda a atenuar el sentimiento de pérdida porque, sentido en el propio cuerpo, sustituye a la persona perdida. Por así decirlo, se sufre más por el dolor que por la pérdida.

- ¡Qué duda cabe de que el dolor se suele asociar con la experiencia sexual! Es bien sabido que, durante el clímax, hay amantes que lo buscan, para acentuar el placer.

Este conjunto de observaciones deberá bastar para ayudarnos a concluir que el dolor es un fenómeno psíquico, sin que ello niegue el hecho indudable de que, con gran frecuencia, se origina a partir de estructuras anatómicas dañadas y, en esos casos, cumple una misión fundamental en la conservación y defensa del organismo. Aceptadas estas premisas, la tarea del clínico ante el paciente que sufre dolor deberá consistir en descubrir a qué categoría pertenece. ¿Su dolor es explicable por la índole de la alteración anatómica o fisiológica que presenta? (Esto es lo más común en los pacientes que sufren dolor de corta duración.) ¿Su dolor, si bien se origina en una alteración anatómica o fisiológica (o ambas) bien identificada, incluye componentes y ha sido modificado en sus diversos caracteres por la participación de los factores psíquicos? (Esta modificación se ha denominado “la rúbrica de la persona enferma”, y constituye uno de los factores que transforman la *enfermedad en padecer*.) ¿El dolor se debe, primaria y esencialmente, a mecanismos psicológicos? (Esto ocurre con extraordinaria frecuencia en los pacientes que se quejan de dolor crónico.) Los pacientes cuyo dolor obedece a sus causas psicológicas son muy frecuentes en la práctica de la medicina. Algunos de ellos son, sin duda, “simuladores”, es decir, individuos que conscientemente mienten movidos por motivaciones económicas o jurídicas. Sin embargo, la mayoría sufren como resultado de procesos inconscientes, que se han bosquejado más arriba. El denominador común parece ser la ganancia psicológica de la persona que lo paga, *vale la pena* mientras no exista un remedio mejor. La tarea del sanador es constatarlo. Pero, primero, ¿cuándo debe sospechar el clínico que se encuentra frente a una persona que padece un dolor psicogénico, o que está pre-dispuesta psicológicamente a sufrir dolor? Nuevamente Engel nos enseña lo siguiente:

- a. Cuando el dolor procede de una lesión “periférica”, sus características: localización, irradiaciones, carácter intrínseco, ritmo, factores que lo desencadenan, acentúan o alivian, síntomas y signos que lo acompañan, preceden o siguen, etc., se correlacionan claramente con los elementos anatómicos, fisiológicos y clínicos propios de la lesión. Por ejemplo: el cólico biliar, el ureteral, el infarto del miocardio, la pleuritis aguda dan lugar a dolores con características predecibles y bastante reproducibles de un paciente a otro. Toda desviación de la norma, toda incongruencia, debe despertar la sospecha de que el dolor no se debe a la lesión periférica, o que están en juego



otros mecanismos que modifican el carácter básico de la experiencia dolorosa, lo que se ha denominado “la rúbrica de la persona enferma”.

- b. La “rúbrica psíquica de la persona enferma” en cuanto a la idea personal que el paciente tiene de la anatomía y la fisiología. Por ejemplo: si tiene la idea preconcebida de sufrir una enfermedad cardíaca, señalará el dolor en el sitio donde se imagina que se localiza el corazón, como el pezón izquierdo; y si cree tener un padecimiento hepático y cree que el hígado se encuentra en el hipocondrio izquierdo, allí apuntará con su dedo. Si cree que su dolor de cabeza se debe a autointoxicación intestinal crónica, relatará su alivio mediante la aplicación de enemas evacuantes. Mientras más complejas sean las imágenes utilizadas en la descripción del dolor, más complejos deben de ser los procesos psíquicos que le dan origen. El dolor de origen periférico suele describirse con palabras simples y economía de detalles; sospéchese su origen psíquico cuando el paciente lo describe con lujo de detalles, a menudo grotescos: “Me quema como una brasa ardiente”, “Me

atraviesa como un picahielo”, “Demasiado horrible para describirlo”, “Como si me jalaran las cuerdas de la espalda”, “Se me suben los gases a la cabeza”.

- c. Engel observó que el sentimiento de culpa, consciente o inconsciente, es un factor invariable en la elección del dolor como síntoma. Al estudiar clínica y psicológicamente a estos pacientes, observó, ya sea una larga historia de formas de comportamiento relevado de culpa, o ya sea un antecedente inmediato de una situación generadora de culpa. Notó que los individuos que utilizan el dolor como método de autocastigo casi siempre manifiestan otros rasgos de comportamiento que sirven el mismo objetivo: están crónicamente deprimidos, son pesimistas y su actitud es evidente en la primera consulta. Carecen de entusiasmo por vivir, y su historia personal suele incluir una lista increíblemente larga de fracasos, humillaciones y experiencias desagradables. Pronto salta a la vista que no se trata de mala suerte, sino de situaciones que el paciente mismo ha provocado o simplemente no ha evitado. Tiene el “talento” de colocarse en situaciones o relaciones en las cuales sufre ofensas, heridas, humillaciones y derrotas, sin que dichas experiencias le enseñen la manera de evitarlas en el futuro. Más aún, tampoco aprovecha las situaciones y coyunturas que le ofrecen posibilidades de tener éxito, y lo más asombroso es que, precisamente cuando las circunstancias son más difíciles y desfavorables, es cuando el dolor mejora y la salud florece. Otros pacientes expresan abiertamente las manifestaciones de su sufrir, de manera que dan la impresión, a quienes los rodean, de que necesitan sentir su compasión y su apoyo. Hay casos más dramáticos aún, donde los pacientes prácticamente solicitan a sus médicos que les practiquen procedimientos dolorosos, como intervenciones quirúrgicas o métodos de diagnóstico dolorosos, los cuales soportan con ejemplar estoicismo.
- d. Los antecedentes de la persona suelen poner al descubierto importantes evidencias de agresividad, dolor y sufrimiento vividos durante su infancia: agresión verbal o física de los padres entre sí y hacia los hijos; padre alcohólico y brutal; castigos excesivos y desproporcionados a la “falta del niño”; enfermedad de algún familiar cercano que, de alguna manera, ha dado origen a sentimientos de culpa en el paciente.
- e. Los factores desencadenantes de la iniciación del síndrome doloroso son reveladores: la llegada a la adolescencia, con el consiguiente arribo de cambios psicológicos importantes y conflictos sexuales; el mejoramiento de las circunstancias exteriores, que da como resultado la ausencia de pretextos para satisfacer la necesidad de sufrir; la pérdida real, inminente e imaginaria de una persona querida; la presencia de impulsos agresivos sexuales “prohibidos”, que causan sentimientos de culpabilidad.³

- f. El diagnóstico se refuerza si el médico logra identificar en el paciente otros síntomas y signos que le permitan diagnosticar la existencia de algunos síndromes psiquiátricos, como depresión, síndrome de somatización, histeria, hipocondriasis y esquizofrenia.

Engel termina su artículo con las siguientes notas:

Todo médico puede descubrir por sí mismo lo que Freud descubrió acerca del dolor, con sólo seguir los dos principios siguientes: permitir que su paciente hable libremente y tomar en serio lo que dice. Si, además, posee alguna comprensión de la función psíquica del dolor, no encontrará dificultad alguna en confirmar las observaciones de Freud, así como las de sus seguidores.

Aunque no es éste el lugar para describir *in extenso* la técnica de la entrevista clínica, baste decir que *será tremendamente productiva, en la meta de iluminar el padecer del paciente, la técnica que permita al paciente hablar de sí mismo, de su familia y de sus relaciones humanas, además de sus síntomas; que no fuerce una separación entre lo que se considera como orgánico y lo que se considera como psicológico o social.*

Otra teoría de los mecanismos del dolor psicogénico que ha ganado terreno en el mundo de la psicología, y que ha demostrado su gran utilidad por los resultados benéficos de su aplicación terapéutica, es la teoría cognitivo-conductual. Intentaré resumirla como sigue.

La conducta observable en el paciente que sufre dolor, y que es atribuida por éste y por el observador a los efectos y consecuencias de la experiencia dolorosa, incluye actos innatos como apartarse, gesticular, gemir, cojear, frotar la parte adolorida, entablillarla, inmovilizarla y comunicar verbalmente el dolor. También incluye modalidades de comportamiento más organizadas y aprendidas, como buscar atención médica, tomar medicamentos analgésicos, encamarse, interrumpir el trabajo o los estudios, etc. Para el clínico, todos ellos son epifenómenos que corroboran la presencia de una experiencia dolorosa, pero que no suelen ocupar su atención preferente, pues, apegado al modelo biológico-lesional de lo que es el dolor, se aviene a proporcionar alivio sintomático y, sobre todo, concentra sus esfuerzos en descubrir y eliminar la causa o obtener la curación. En cambio, los expertos en teoría del aprendizaje y conductistas enfocan el problema precisamente en el comportamiento del individuo que es presa del dolor, particularmente cuando es crónico, y en las influencias ambientales que interactúan con dicho dolor. Estos factores ambientales que rodean al individuo presa del dolor lo premian o lo castigan y, por ello, en ciertas circunstancias refuerzan y perpetúan el comportamiento álgico, doloroso, a pesar de que el estímulo primario que causó dolor ya haya desaparecido. Desde las primeras experiencias de la infancia

hay retribución y recompensa en forma de atención, abrazos, besos, dulces, permiso de no ir a la escuela o, por el contrario, desatención y reprimendas. Mediante este proceso, el individuo aprende cuál es la conducta más adecuada ante cada situación que se presente. En otras palabras, la conducta es susceptible de modificarse como resultado de reforzamientos o castigos. Ocurre entonces, desde el punto de vista conductista, que no importa que el dolor sea de origen somático, neurogénico o psicogénico, o incluso inexistente: algunos sujetos, gratificados de alguna manera si se les administran drogas analgésicas, se quedarán encamados, se quejarán de dolor y continuarán así. En cambio, si su comportamiento álgico no es recompensado, o si reciben la gratificación cuando no se quejan de dolor, dejarán de actuar como pacientes con dolor crónico. Este modelo va más allá del individuo aislado y se aboca al “sistema”: la familia, el ambiente de trabajo y los médicos que con frecuencia refuerzan la conducta “álgica” y desalientan la conducta saludable.⁴ Ellos son, por desgracia, los principales causantes del dolor crónico, porque, por descuidar o desconocer su causa psicológica, lo refuerzan y perpetúan.

Para terminar, conviene comentar que el estudio del dolor como fenómeno biológico y el del dolor como fenómeno psíquico, que siguieron caminos divergentes durante mucho tiempo, convergen ahora gracias a los avances de la neurofisiología y la neuroanatomía. Actualmente ya no se acepta que el dolor sea el producto final de una sensación somática transmitida directamente de la periferia al cerebro. Ahora se afirma que la experiencia dolorosa depende, cuando es de origen periférico, de impulsos nociceptivos (desencadenados por estímulos nocivos) que experimentan modificaciones muy importantes por fenómenos excitadores e inhibidores, localizados en las astas dorsales de la médula espinal y diversos niveles del tallo cerebral, el sistema límbico y la corteza cerebral. En el asta dorsal hay interneuronas inhibitorias, algunas de las cuales contienen péptidos opioides endógenos, que bloquean los estímulos nociceptivos y son activados tanto por impulsos aferentes sensoriales como por impulsos descendentes. Los efectos analgésicos de la acupuntura y la estimulación nerviosa transcutánea, usadas en terapéutica del dolor, pueden deberse a fenómenos que tienen lugar en esos niveles.

Por su parte, el haz espinotalámico, que abarca a la mayoría de las proyecciones de las neuronas del asta dorsal de la médula, tiene conexiones con la materia gris que rodea al acueducto de Silvio. A esta región convergen vías aferentes y otras que descienden, procedentes del sistema límbico; por ello se sospecha que desempeña un papel muy importante en el sistema nervioso de modulación de la experiencia dolorosa. No menos de 18 péptidos opioides y 3 tipos de receptores se han identificado en la sustancia gris que rodea al acueducto de Silvio, las astas dorsales de la médula espinal, el bulbo raquídeo, el sistema límbico, el tálamo óptico y algunas regiones del cerebro.

Aunque los estudios hasta ahora practicados ayudan a explicar la ausencia de dolor en presencia de estímulos nociceptivos, es seguro que, en un futuro cercano, permitirán también entender la presencia de dolor cuando no existan dichos estímulos. Están convergiendo, no cabe duda, los estudios somáticos y los psicológicos, pero estos últimos seguirán siendo indispensables para obtener un conocimiento y una comprensión del dolor humano.

REFERENCIAS

1. **Aristóteles:** *Treatise on the principles of life*. WA Hammond (trad. inglesa), Libro 2, cap. 6; Libro 3, cap. 1, 1902.
2. **Engel GL:** Psychogenic pain and the pain-prone patient. *Am J Med* 1959;26:899.
3. **Szasz TS:** *Pain and pleasure*. Nueva York, Basic Books, 1957.
4. **Fordyce W:** *Behavioral methods for chronic pain and illness*. St. Louis, Mosby, 1976.
5. **Fieds HL:** *Pain*. Nueva York, McGraw-Hill, 1987.

El paciente, el médico y la ética

No terminarán las controversias acerca de si la Medicina es ciencia, arte, técnica, profesión o servicio, pero lo que nadie duda ni discute es que, sea arte, ciencia, técnica, profesión o servicio, tiene algo que no siempre existe, ni es necesario que exista, en otras actividades humanas: el comportamiento moral. De mil maneras, lo que el médico hace a quien a él acude pidiendo ayuda puede resultar en un bien o en un mal; de ahí que la relación médico-paciente haya sido calificada como “la relación entre una conciencia y una confianza”.

Esta propiedad de la Medicina se ha reconocido desde tiempos muy antiguos, casi desde que el hombre dejó las primeras huellas de su existencia. Aparece en papiros egipcios que datan del año 2900 a.C. y, grabada sobre piedra, en el código del rey mesopotamio Hammurabi, 900 años más tarde. Los herederos de la cultura occidental creemos, sin duda injustamente, que la Medicina como ciencia se inició en Grecia hace 2 500 años, cuando, sacudiéndose el polvo de los mitos mágicos y religiosos, principió basándose en la observación clínica y el razonamiento crítico. Simultáneamente, apareció el componente moral bajo la forma del “juramento hipocrático”, documento inmortal, aceptado desde aquellos lejanos tiempos hasta nuestros días como el fundamento de la ética médica. Reza así:

JURAMENTO HIPOCRÁTICO

Juro por Apolo médico, por Esculapio, por Higeia y por Panacea y por todos los dioses y diosas, tomándolos por testigos, que cumpliré de acuerdo

con mis capacidades y mi juicio este juramento y convenio. Consideraré al que me ha enseñado este arte igual que a mi padre, y viviré mi vida en asociación con él y, si se encuentra necesitado de dinero, le daré una parte del mío y consideraré a sus hijos como mis hermanos varones y les enseñaré este arte, si desean aprenderlo, sin costo y sin compromiso. Juro dar una parte de mis preceptos e instrucción oral y otras formas de enseñanza a mis hijos y a los hijos del que me ha instruido, a los alumnos que han firmado el convenio y hecho el juramento de acuerdo con la ley médica, pero a nadie más.

Usaré medidas dietéticas para el beneficio de los enfermos de acuerdo con mi capacidad y juicio; los protegeré del daño y de la injusticia. No le daré ninguna droga letal a nadie que la pida, ni le haré una sugestión de este tipo. De manera semejante, no le proporcionaré un remedio abortivo a ninguna mujer.

Mantendré mi arte y mi vida con pureza y sanidad. No usaré el escalpelo ni siquiera en los que sufren la piedra, sino que me retiraré a favor de aquellos que se dedican a ese trabajo. Cualquiera que sea la casa que visite lo haré para el beneficio del enfermo, manteniéndome alejado de toda injusticia intencional y de toda mala acción y, en especial, de tener comercio sexual con hombres o mujeres, sean libres o esclavos. Lo que vea o escuche en el curso del tratamiento, o aun al margen de éste, en relación con la vida de los hombres que de ninguna manera debiera difundirse, lo mantendré en secreto y consideraré vergonzoso hablar de ello.

Si cumplo este juramento y no lo violo, que pueda gozar de mi vida y de mi arte, honrado con la fama entre todos los hombres por todo el porvenir; pero si lo rompo y he jurado en falso, que lo opuesto sea mi suerte.

Nótese que, en algunos aspectos, el juramento hipocrático es aplicable a los tiempos actuales. En efecto, incluye principios de beneficencia hacia los enfermos; se opone a la eutanasia y al aborto; aborrece el tomar ventaja de la posición de médico para abusar sexualmente, y postula la defensa del secreto profesional. Por otra parte, sin embargo, ha sido criticado porque revela menor interés en el paciente que en el propio médico en cuanto a su reputación y su éxito. El médico aparece como un personaje autoritario, superior, paternalista. La mujer casi no es tomada en cuenta. Además, el primer párrafo tiene sentido solamente si se le considera como un juramento de ingreso en una secta religiosa, y probablemente se refiere a la secta pitagórica, que tenía prácticas secretas, se basaba en principios esotéricos y creía en la transmutación de las almas (metempsicosis) y el poder mágico de los números. Además, no era solamente un juramento, sino también un convenio o contrato. Para Ruy Pérez Tamayo, autor de la crítica anterior, el documento no es relevante en nuestra época, “es un fantasma, una herencia de

tiempos muy antiguos que hemos superado ya hace mucho tiempo”.¹ Sin embargo, a pesar de las deficiencias del juramento hipocrático, incontables generaciones de médicos, en todos los lugares y a lo largo de los siglos, lo han hecho, en solemnes ceremonias de graduación lo han expresado, pasando por alto lo que tiene de irrelevante, superfluo e imperfecto, simbolizando de esta manera la continuidad, sin interrupciones, de una vocación milenaria y sagrada.

Tuvieron que transcurrir nada menos que dos milenios para que el *Royal College of Surgeons* de Inglaterra formulara un nuevo código ético para los médicos (1520-1543), y tres siglos más para que la *American Medical Association* publicara un código similar al inglés (1847). A pesar del tiempo transcurrido, sigue notándose en uno y otro la influencia impercedera del juramento que hicieran los discípulos de Hipócrates en la isla de Cos. Ambos códigos hacen mención del paciente solamente en el primer párrafo, que en la versión estadounidense se expresa así: “El principal objetivo de la profesión médica es el prestar servicio hacia la Humanidad, con pleno respeto a la dignidad del hombre, prestando total servicio y devoción a cada uno.” ¡El resto del código se limita a tratar las relaciones entre médicos!

No es sino al finalizar la Segunda Guerra Mundial cuando la Humanidad y la profesión médica, enteradas con horror de la magnitud de las atrocidades cometidas por los médicos alemanes durante el régimen nazi, despiertan a la necesidad urgente de actualizar la codificación de las reglas del comportamiento ético de los médicos. El primer documento, conocido con el título de “Código de Nuremberg”, se consagra a lo más urgente: a los requisitos morales indispensables en la práctica de experimentos científicos en seres humanos. Sus 10 puntos principales son los siguientes.

1. *Deberá obtenerse el consentimiento voluntario del sujeto como condición absolutamente esencial.*
2. *El experimento sólo tendrá justificación si promete resultados fructíferos para la sociedad, e imposibles de obtener de otra manera.*
3. *La experimentación en seres humanos deberá estar precedida por experimentos en animales con resultados que justifiquen el siguiente paso.*
4. *Se deberán tomar precauciones extremas para evitar todo posible daño físico o moral a los sujetos de experimentación.*
5. *No se conducirán experimentos en caso de haber duda razonable de que pudiesen causar la muerte o una lesión invalidante. La única excepción es si el sujeto del experimento es el investigador mismo.*
6. *La magnitud del riesgo no deberá superar la importancia humanitaria del problema.*
7. *Es esencial reunir todas las facilidades y precauciones adecuadas para la protección del sujeto, ante las posibilidades de daño, por remotas que fueren.*

8. *Solamente personas calificadas podrán conducir los experimentos.*
9. *El sujeto tendrá la libertad de terminar el experimento en cualquier momento que lo indique.*
10. *El experimento deberá interrumpirse ante la aparición del menor indicio de riesgo o daño.*

En 1948 se firma la Declaración de Ginebra, de mayor relevancia para normar la relación ética entre el paciente y el médico. Reza así:

En el momento de ingresar a la profesión médica, prometo solemnemente consagrar mi vida al servicio de la Humanidad. Daré a mis maestros el respeto y la gratitud que merecen. Ejerceré mi profesión con conciencia y dignidad. La salud de mi paciente será mi preocupación primaria. Guardaré en confidencia todo lo que el paciente me confíe. Mantendré el honor y las nobles tradiciones de la profesión médica por todos los medios a mi alcance. Mis colegas serán mis hermanos. No permitiré que consideraciones relativas a la raza, religión, nacionalidad, partidos políticos o estructura social se interpongan entre mi deber y mi paciente. Mantendré el mayor respeto por la vida humana, desde el momento de la concepción, aun bajo amenaza. No usaré mis conocimientos en contra de las leyes de la Humanidad. Hago estas promesas solemnemente en forma libre y por mi honor.

No es difícil notar que en esta declaración todavía se perciben resabios del venerable juramento hipocrático, y es evidentemente insuficiente. Por ese motivo, se ha añadido una serie de declaraciones subsecuentes, auspiciadas todas por la Organización Mundial de la Salud.

Declaración de Londres (1949). Se solidariza con la Declaración de Ginebra y menciona la obligación de los médicos de mantener los más elevados estándares de conducta; de mantener sus decisiones clínicas impermeables a insuficiencias económicas; de ejercer con impecable honestidad hacia los pacientes y colegas; de conservar la más absoluta confidencialidad. Además, condena abiertamente a quienes se comporten con inmoralidad o incompetencia.

Declaración de Helsinki (1964). Reitera que en la investigación biomédica los intereses del sujeto deberán prevalecer sobre los de la Sociedad y la Ciencia.

Declaración de Lisboa (1981). Especifica que los derechos del paciente incluyen: el de elegir libremente al médico; de exigirle que sus decisiones clínicas y éticas estén libres de toda influencia externa; de aceptar o rechazar el plan de tratamiento propuesto por el médico; de que respete la información confidencial; de que se le permita morir con dignidad, y de aceptar o negar el apoyo espiritual y moral.



Declaración de Oslo. El médico deberá mostrar el máximo respeto por la vida humana, desde que ésta principia, y a la vez deberá aceptar que las posiciones filosóficas ante la vida del feto son divergentes, y son asuntos sujetos a la convicción y conciencia individuales, que deberán ser respetadas.

Declaración de Tokio. Prohíbe de manera absoluta que los médicos aprueben o participen en actos de tortura y otros procedimientos crueles, inhumanos y degradantes.

Declaración de Hawaii. En casos psiquiátricos deberá ofrecerse el mejor tratamiento posible; el paciente tendrá libertad de elegir varias opciones terapéuticas; el tratamiento forzado sólo podrá autorizarse si el paciente carece de la capacidad de expresar sus propios deseos o, dada la índole de su enfermedad, si no puede darse cuenta de lo que le conviene, o constituye un peligro para los demás.

Deberá haber un comité de apelación, independiente y neutral, accesible a quienes estén expuestos a ser tratados de manera forzada.

Declaración de Venecia. Autoriza la interrupción del tratamiento en la etapa terminal de la enfermedad si la aprueba el paciente (o su familia si el paciente no se encuentra posibilitado para hacerlo). Autoriza al médico a abstenerse de aplicar medidas extraordinarias y, en ciertas condiciones, a conservar órganos para trasplantes.

Ante las pesadillas del siglo XX, el más sanguinario de la historia de la Humanidad, no es posible negar la importancia trascendental de esta serie de declaraciones. Es indispensable que todo médico las conozca y las recuerde; que se encuentren clavadas en los muros de todos los establecimientos dedicados a la atención de la salud y a la investigación biomédica, y que sean del conocimiento público.

El análisis y la discusión de los numerosos aspectos de la ética médica se han constituido en una auténtica rama de la medicina moderna. Aquí me limitaré a consignar los que unánimemente han sido aceptados como sus cuatro principios básicos.

1. **Respeto a la autonomía.** Reconoce el derecho o la capacidad que tiene la persona de decidir por sí misma, de acuerdo con sus creencias, valores y planes de vida. Reconoce que las decisiones de una persona son exclusivamente suyas, y pueden ser contrarias a las que otros recomienden o consideren más sabias. Este principio es el opuesto al “paternalismo”, que pretende que el “médico sabe qué es lo que más conviene”.
2. **Beneficencia.** “Es nuestro deber prevenir o remover el mal, y hacer o promover el bien.” La beneficencia implica la práctica de actos positivos, y abarca todas las estrategias clínicas y en la relación médico-paciente utilizadas con miras a reducir el sufrimiento e incrementar la salud. Existen cuatro maneras generales de practicar la beneficencia:
 - a. Excelencia en la atención al individuo y la familia en las esferas física, psicosocial y espiritual. Debe haber compasión sin excesiva “blandura” en su cuidado. La calidad de la atención debe estar a la altura de los estándares de la práctica médica en el lugar y el tiempo, rigurosamente llevada a cabo y evaluada.
 - b. La meta será el mejoramiento máximo de la calidad de vida de los pacientes, tal como ellos la definan, en función de su personal concepción del mundo y de la vida.
 - c. La dimensión humanista que el médico y su equipo incluyen en su práctica es invaluable.
 - d. La beneficencia trae implícito el interés genuino en la atención al paciente, reflejado en una comunicación verbal y no verbal que permita crear

un clima de integridad, respeto y compasión. En la esencia de la actuación del médico se encuentra la demostración de empatía ante el predicamento de su paciente. Asimismo, implica la voluntad de mantenerse disponible, de tener suficiente tiempo para escuchar, de prestar atención a los detalles del cuidado físico y emocional y de atender a las necesidades del paciente.

3. **No maleficencia.** Este principio está incorporado al concepto de que “el médico no debe infligir un daño o un mal”.
4. **Justicia.** Tiene que ver con el concepto de equidad. Describe aquello a que el paciente tiene derecho y que puede reclamar. Existe a nivel individual y social: en términos de política y distribución de bienes y servicios.

Ahora bien, ¿son perfectos la serie de declaraciones de la Organización Mundial de la Salud y los principios básicos de la ética médica? Desde luego que no, pues adolecen de las inevitables dificultades que surgen siempre que se enfrenta el hombre a problemas relacionados con la ética, desde Sócrates hasta nuestros días. Por ejemplo: ¿Cómo se define eso del “servicio a la Humanidad”? ¿Qué quiere decir: “[...] se ejercerá con conciencia y dignidad”? ¿Cuáles son: “el honor y las nobles tradiciones de la profesión”? ¿Es humanamente posible considerar a los colegas como hermanos? ¿Por qué debe respetarse la vida desde la concepción? ¿Son ya humanos el óvulo fecundado, la mórula, el feto, en los primeros meses de gestación? ¿Es diferente el comportamiento ético frente al embrión a las diferentes etapas de la evolución del feto, al individuo en estado de inconsciencia irreversible? ¿Es posible lograr una relación simétrica, bilateral, entre el paciente y su médico, cuando aquél es el receptor pasivo, incapacitado para adentrarse en los misterios de lo que está pasando, necesitando muchas veces ser protegido de otorgar un “consentimiento informado”? ¿Es suficiente que el médico tenga conciencia, buen carácter e integridad para aceptar que su conducta es ética? ¿Qué quiere decir “la santidad de la vida”? ¿Cuáles son los límites al respeto a la autonomía de la persona? ¿El *primum non nocere* (ante todo, no hacer daño) tiene excepciones? ¿Cuáles deben tener prioridad: los intereses del enfermo o los de la sociedad? ¿Debe ser absoluta la obligación de respetar el secreto profesional? ¿Existe diferencia moral entre la eutanasia activa y la pasiva? ¿Cuáles son las medidas ordinarias y cuáles las extraordinarias? ¿Se justifica la conducta paternalista del médico? ¿Se justifica mentirle al paciente?

Puede verse, pues, que desafortunadamente abundan los problemas éticos insolubles. Le pregunté a la nieta de 13 años: “Hay un grupo de personas que necesitan con urgencia un trasplante de hígado; sólo hay uno disponible. ¿A quién escogerías?” “Bueno... a la más joven, puesto que tiene más años por delante... o quizá al más enfermo, porque es el que más lo necesita... o a la persona más buena, porque es la que más lo merece... No, no se lo debes dar al que sea tu amigo o al

que te caiga mejor... tampoco al presidente o al más rico... tampoco me gusta que se haga un sorteo... o que se escoja a la primera persona de la lista de espera...”

REFERENCIAS

1. **Reiser SSJ, Dick AJ, Curran WJ:** *Ethics medicine*. Cambridge, MIT Press, 1977.
2. ACP Ethics manual. Part 1. History. The patient. Part 2. The physician society. Research. Life-sustaining treatment. Other issues. *Ann Int Med* 111:245-252;327-335.
3. **Baker R:** The history of medical ethics. En: Bynum WF, Porter R: *Companion encyclopedia of the history of medicine*. Londres & York, Routledge, 1993.
4. **Beauchamp TTL, Childless JF:** *Principles of biomedical ethics*. 3ª ed. Nueva York, Oxford University Press, 1989.
5. **Guillon RR:** Philosophical medical ethics. *Br Med J* 1986; 1117, 1194, 1331, 1411, 1497, 1574, 1646, 1734, 1806, 1971, 1890; 291: 44, 130, 201, 266, 1556, 1634, 1700; 1985; 48, 193, 318, 398, 466, 543.

El paternalismo y la mentira piadosa

Existe en el vecino país del norte y, en general, en los países predominantemente anglosajones y nórdicos, un fuerte movimiento que está encaminado a eliminar de la relación médico-paciente lo que se ha denominado “actitud paternalista”. Se basa este movimiento en un principio ético cuya solidez no es posible poner en duda: el “principio del respeto a la autonomía del individuo”. Dicha autonomía le otorga el derecho a rehusarse a recibir el tratamiento que le proponen los médicos y demás integrantes del sistema de salud, quienes deberán tener buen cuidado de que los valores personales de cada individuo sean objeto del mayor respeto posible.

Así pues, se exige del médico que se limite estrictamente a presentar a su paciente los hechos escuetos, desprovistos de valores subjetivos, a explicarle las diversas opciones y dejarle elegir con entera libertad la que prefiera. El médico deberá limitarse a desempeñar el rol de “informador profesional” y renunciar a ser quien imponga las decisiones.

Pero, permítaseme preguntar: ¿este modelo del proceso de decisión clínica es posible, factible, realista? ¿Es ético? En mi opinión no es nada de eso y, sobre todo, implica un desconocimiento profundo de los poderosos elementos psicológicos que intervienen en la formación de la imagen que el paciente tiene del médico y lo que espera de él. Quienes predicán por la desaparición total de lo que califican de paternalismo piensan y actúan como si la visita al médico fuese equiparable a la llevada del automóvil al taller mecánico. Desconocen lo que el enfermo siente, imagina, piensa, teme y espera al experimentar en sus entrañas su padecer. Desconocen que no hay dos pacientes iguales en lo que se refiere a

la imagen que tienen del médico y a lo que de él esperan, ansían y temen. Desconocen el fenómeno psicológico de la regresión y su consecuencia inevitable: la necesidad de proyectar en el médico la imagen de un padre o figura paterna (o una madre y figura materna) bondadoso, comprensivo, sabio y aun dotado de poderes sobrenaturales, capaz de hacer milagros.

El punto de vista “antipaternalista” extremo ejerce un efecto pernicioso en la relación entre el paciente y su médico, asesinando la empatía y la calidez. El resultado es la aniquilación de uno de los elementos más importantes de la función curativa del médico.

No se pretende imponer arbitrariamente la decisión del médico; éste es, no se olvide, *doctor* (del latín *docere*: enseñar); por lo tanto, no dejará de explicar al paciente y a sus familiares, utilizando un lenguaje ajustado a su nivel cultural, la naturaleza del o los problemas, los riesgos y beneficios de las posibles opciones diagnósticas y terapéuticas, e intentará, como regla general, obtener un consentimiento. Pero no podrá ocultar, a través de mensajes que en ocasiones no son verbales, sus preferencias, ni deberá declinar la petición de darlas a conocer.

En más de medio siglo de práctica profesional, cada vez que le he planteado un dilema diagnóstico o terapéutico al paciente y a sus familiares, las respuestas casi invariablemente han sido: “Lo que usted decida, lo que usted aconseje, lo que usted prefiera, doctor” o: “Si se tratara de su padre, su esposa, su hermana, su hijo, ¿qué haría usted, doctor?”

La relación entre el paciente y su médico se funda en la confianza; es la “relación entre una confianza y una conciencia”; se apoya en lo que el historiador y el filósofo de la medicina, Pedro Laín Entralgo, ha denominado “amor médico”. Nunca dejará de ser una relación asimétrica, en la que el médico tiene la fuerza de su saber y su paciente es vulnerable, poderosa razón para recordar siempre que, por encima de toda consideración, siempre estará presente el interés supremo del enfermo.

La verdad es la base y el ideal de todas las ciencias y la meta de la filosofía. Junto con el amor, es el único puente entre las conciencias humanas. Si falta, nadie sabe lo que el otro tiene en su corazón. En ella se apoyan la confianza, la creencia, la fe, la tranquilidad. Todos los tratos y contratos (comerciales, morales, familiares, sociales, profesionales y políticos) se constituyen sólo con la verdad, y sobre ella y sólo con ella tienen validez, firmeza y esencia. Faltando ella, mancillada ella, todo se viene abajo, se destruye y se esfuma. La verdad es el cemento, los remaches, el equilibrio, la estabilidad y la duración.

¿Y la mentira? Existen muchas clases de mentiras. San Agustín enumeró 8, y dicen que Mark Twain elevó el número a 869. Quizá convenga calificarlas de acuerdo con su intención. Habría así tres clases de mentiras: las que tienen el propósito de hacer daño, las que intentan beneficiar al mentiroso pero no dañan a otro, y las que intentan beneficiar al prójimo. Las primeras son, sin duda, las más



reprobables: recuérdese el caso de Yago, que decidió vengarse de Otelo despertando en él celos homicidas en contra de la inocente Desdémona, en el inmortal drama *Otelo*, de William Shakespeare, y ópera de Giuseppe Verdi. Las segundas sirven para proteger al mentiroso de regaños, burlas o castigos; son reprobables, pero no dañan mayormente a terceros y son parte inevitable de la convivencia humana. Las terceras, las que tienen como intención única beneficiar al prójimo, son las llamadas “mentiras blancas”. En ocasiones, tienen el propósito de salvar vidas, como sucedió con quienes ocultaron temporalmente a la jovencita judía Ana Frank de los nazis. Otras veces sirven para evitar o atenuar el sufrimiento psíquico, como las “mentiras piadosas” del médico ante el enfermo. ¿Acaso debemos criticarlas y prohibirlas, como claman y exigen nuestros colegas y expertos en filosofía moral de los países anglosajones? Pues no debemos olvidar en

ningún momento la petición fundamental que el paciente hace a su médico, aunque no siempre la exprese en palabras: “Si me puedes curar, cúrame; si no me puedes curar, alivia mi sufrimiento; si no lo puedes aliviar, dame fe y esperanza: no me dejes solo.”

Con demasiada frecuencia he visto el efecto devastador causado por las palabras del médico que, por anteponer su ciega sumisión a la “verdad”, hunde al paciente en la más profunda desolación, y lo despoja de esos elementos imponderables que ejercen una influencia benéfica en la lucha del hombre por recuperar la salud, y que son: la esperanza, la fe y la solidaridad humana.

Las reacciones de los enfermos ante el hecho de enfermar

Hay razones del corazón que la razón no comprende.

Pascal

La señora Blanco, madre de Ismael Blanco, médico y buen amigo, me llamó por teléfono para pedirme una cita. Sentada frente a mí, en el consultorio, se colocó el puño cerrado sobre la parte baja del pecho, entre los senos.

—Es aquí donde me da el dolor... siento como si me apretaran fuertemente... si durara más de cinco minutos creo que me desmayaría... me hace sudar y sentirme muy débil... me da después de comer... ¿Cree usted que yo debo operarme de la hernia diafragmática?... Las pastillas de Tagamet® no me ayudan.

Volví a colocar las placas radiográficas en el negatoscopio; en efecto, se veía una pequeña hernia diafragmática, pero el esófago y el estómago tenían aspecto enteramente normal.

- Me dice que el dolor le da después de comer.
- Sí, doctor.
- ¿No le da cuando hace esfuerzos físicos, como caminar de prisa, subir una escalera o una cuesta, trajinar en la casa?
- Sí, doctor, acostumbro hacer ejercicio, caminando a paso rápido después de las comidas, y es cuando más me da el dolor.
- ¿Qué hace usted entonces?
- Descanso y en pocos minutos se me quita.

- ¿Le viene el dolor si camina sin haber acabado de tomar alimentos?
—Creo que sí, pero no siempre, ni tan fuerte.
—¿Y si come y no hace ejercicio le viene el dolor?
—Creo que no.
—Señora Blanco, su dolor no se debe a la hernia diafragmática, que es insignificante y no tiene importancia. Su dolor se debe a la insuficiente circulación de sangre por las arterias que irrigan su corazón; su mal es más conocido con el nombre de angina de pecho.
—Doctor, ¿está seguro? ¿Le parece bien que vea al doctor Rojo? ¿Me hace un favor? Prométame que no le dirá nada a Ismael.
—Se lo prometo.

Transcurrieron varias semanas sin tener noticias de la señora Blanco ni del doctor Rojo. Un día, casualmente me encontré con él.

- Tomás, ¿te fue a ver la madre del doctor Ismael Blanco?
—Sí, la vi hace un par de semanas; no me dijo que tú me la habías enviado.
—¿Qué le encontraste?
—Nada, aparato cardiovascular normal.
—¿Cómo!, ¿no te pareció que su dolor era típico de angina de pecho?
—¿Dolor? ¿Cuál dolor? No me dijo que tuviera dolores; me vino a ver porque simplemente quería saber cómo le encontraba su corazón, pero me negó rotundamente que tuviera ningún síntoma. La exploración física fue normal y el electrocardiograma de reposo también resultó normal. Si hubiera sabido que tenía dolores sospechosos de angina de pecho, le hubiera practicado un electrocardiograma de esfuerzo.

Hacía varios años que no veía al doctor Mario Ulloa, conocido y muy exitoso cirujano. La última vez lo había tratado de una fiebre tifoidea, unos seis años atrás. Esta vez llegó acompañado de su joven esposa. Me impresionó cuánto había cambiado. No sólo se veía notablemente avejentado, sino que tenía la cara abotagada y cianótica, las venas yugulares ingurgitadas, la respiración rápida y fatigada.

- Lo vengo a ver por insistencia de mi señora, y porque tenía ganas de saludarlo, pero en realidad yo me siento perfectamente bien. Mi calidad de vida es excelente, sigo muy activo en mi profesión, realizando un promedio de diez a doce operaciones dos veces por semana. Aquí le traigo mi expediente, por si lo quiere ver.

Me puso enfrente un voluminoso legajo que me angustió, pues el tiempo que tenía disponible esa tarde era corto. ¡Me tomaría no menos de dos horas la lectura de todos esos documentos! Les pasé revista con rapidez, deteniéndome aquí y

allá. Se había ido a operar de catarata en una famosa clínica de EUA. En vísperas de su retorno a México sufrió un alarmante edema agudo pulmonar y hubo que hospitalizarlo. Subsecuentemente, el cateterismo mostró estenosis marcada en cuatro arterias coronarias importantes, y se le insistió en que debería someterse de inmediato a cirugía para corregir ese problema. Pero él se rehusó a dejarse operar y regresó a México.

Lo examiné brevemente: la insuficiencia cardiaca congestiva era evidente. Mientras lo examinaba sonó el timbre del teléfono. Por el audífono escuché la voz de su esposa, que había salido del despacho y me llamaba desde la oficina de mi recepcionista.

—Doctor, soy la esposa de Mario; todo lo que dijo son puras mentiras. Ya no opera a los enfermos; sólo se sienta en un banquito mientras sus ayudantes hacen las operaciones. No se cuida para nada, no toma sus medicamentos, le echa más sal que nunca a sus alimentos, dice que su salud es perfecta y, ya lo ve usted... por favor, ayúdeme, ya no puedo con él. —Colgué la bocina del teléfono.

—¿Qué tal, doctor?, ¿verdad que me encuentra bien?

—Doctor Ulloa, permítame que estudie mejor su caso; déjeme el expediente, las radiografías y los electrocardiogramas; yo lo llamaré a más tardar mañana, y le daré mi opinión.

—Doctor, no sabe qué gusto me dio verlo y cómo le agradezco que me haya recibido. Ya le digo, más que nada quería saludarlo; espero que mi vieja se haya tranquilizado. —Nos dimos un apretado abrazo.

Óscar Stein era un médico internista que había llegado a México como refugiado de la persecución nazi en Europa. Era un personaje apreciado en el hospital donde internaba a sus pacientes. Alto, de aspecto distinguido, atento, cariñoso con sus enfermos, atinado en sus diagnósticos, excelente médico, en verdad. Un día me pidió que lo viera: llevaba varias semanas sintiendo dolores de tipo cólico en el abdomen. El enema de bario reveló la presencia de un carcinoma en el colon transverso. En el curso de la hemicolectomía se constató que había metástasis en el hígado. Recibió quimioterapia posoperatoria. Afirmó que el tratamiento había sido un éxito completo, y que estaba curado.

Siguió practicando su profesión con el mismo entusiasmo y dedicación. Cuando aparecieron dolores, cada vez más intensos, en el hipocondrio derecho, y se palpó una masa de intensidad creciente en la espalda, y las radiografías enseñaron lesiones osteolíticas por metástasis en los cuerpos vertebrales, el doctor Stein sólo vio algo de osteoporosis y artritis degenerativa.

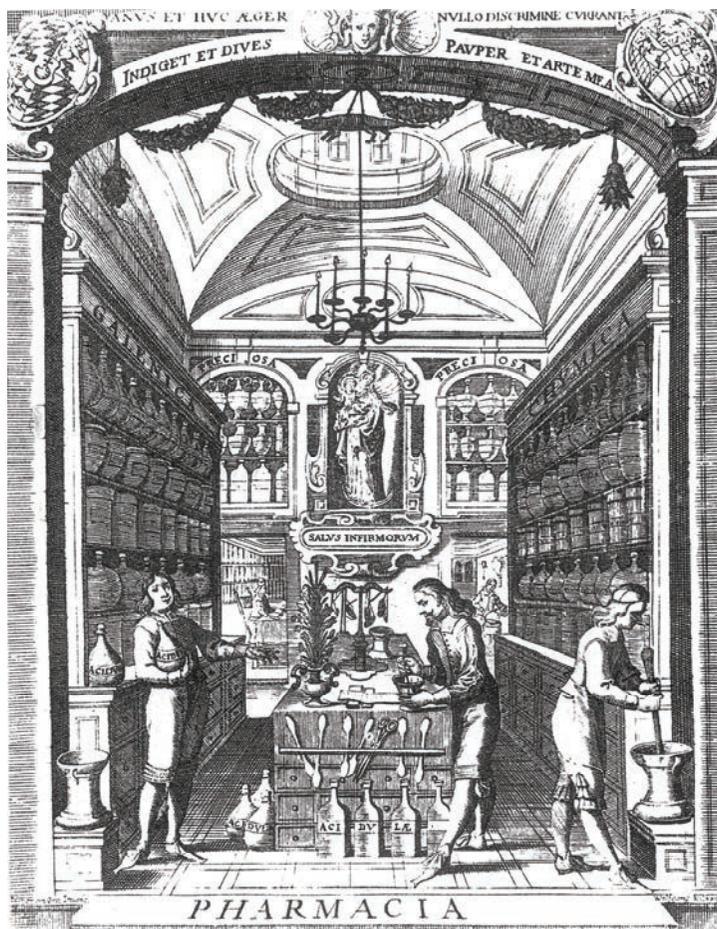
Así vivió algunos meses más, con sufrimientos cada vez mayores, pero con el optimismo de quien se sentía curado del cáncer y sólo tenía una serie de males menores, propios de la edad avanzada.

¿Cómo reacciona el ser humano ante la presencia, real o supuesta, de un gran peligro, de una amenaza grave a su integridad física, a su vida misma? De manera no diferente a como reaccionan muchas otras especies animales: con la lucha o con la huida. Pero, ¿qué hacer si ni uno ni otro recurso son factibles en una situación dada? Entonces algunos se desmayan, “pierden el conocimiento”, posiblemente empleando un mecanismo biológico arcaico, instintivo y automático, que también utilizan los individuos de ciertas especies que, al aparentar estar muertos o inertes, inhiben el impulso agresivo del enemigo. Con más frecuencia, el ser humano recurre al organismo defensivo psicológico de la “negación”. Si no puede planear ni huir, sufre miedo, terror, angustia. Quien la haya sufrido alguna vez sabe que es intolerable. Se explica, así, que se eche mano de métodos psicológicos para evitarla, atenuarla, eliminarla; el mejor de ellos: la negación. El peligro no existe, la amenaza es ficticia; no pudo haber sido un infarto, fue indigestión; no son síntomas de cáncer, son las adherencias, son los medicamentos que me caen mal; es el médico que se ha equivocado. Han desplegado la negación como recurso psicológico comunidades enteras que, por utilizarlo ante el anuncio de la llegada inminente de hordas invasoras con intenciones asesinas, ni huyeron ni se prepararon para luchar, y perecieron en holocaustos. Con explicable asombro observamos, los médicos, el mismo fenómeno en hombres y mujeres inteligentes, preparados, civilizados, sofisticados, cuando se ven frente a un mal de magnitud cataclísmica. ¿Cómo es posible que la mente racional admita un comportamiento tan anormal, propio de un loco? ¿A caso hay mejor definición de conducta psicótica que la que se lleva a cabo en franca oposición a la evidencia? ¿No deberíamos asombrarnos ante el carácter aparentemente irracional del fenómeno de la negación? Es preferible reconocer que, incluso en la conducta cotidiana de los seres humanos, la razón desempeña un papel mucho menos importante de lo que se creía antes de Freud. La razón sirve muchas veces para inventar explicaciones a nuestra conducta irracional; sirve para “racionalizar” lo que los impulsos irracionales nos empujaron a hacer o a no hacer. Ya lo había dicho Pascal: “Hay razones del corazón que la razón no comprende.”

Existe, pues, la negación. Se presenta en muchos pacientes y médicos con diferente grado de intensidad, desde la moderada, que se manifiesta por desobediencia a las recomendaciones terapéuticas, hasta la conducta “contrafóbica”, que es la práctica de acciones opuestas a las que recomienda el consejo acertado del médico, de acciones terminantemente prohibidas, peligrosas, a menudo fatales.

Caso 1

Un muchacho de 18 años de edad, gran deportista, admirado en su escuela por sus proezas futbolísticas, galán de las más bellas de sus compañeras, sufrió un infarto del miocardio. Dos semanas después se le permitió ir a su casa con órdenes estrictas de permanecer en reposo completo, excepción



hecha de las inevitables visitas al cuarto de baño contiguo. Al tercer día, su madre, al regresar de su trabajo, lo encontró jugando baloncesto en el patio trasero de la casa. El muchacho insistió en que se sentía bien y no veía la necesidad de seguir en reposo.

Caso 2

Todavía era yo médico residente en el hospital cuando me tocó recibir a un antiguo profesor mío de clínica médica; se internaba para ser tratado de una presunta hepatitis. Era un excelente clínico, serio y admirado por su gran franqueza en el trato con sus pacientes. Yo lo había oído defender el punto de vista de que al enfermo debería decirse toda la verdad, por dura que fuese. Una vez practicado el interrogatorio, realizada la exploración física

y examinados los resultados de los estudios de laboratorio y gabinete, no me quedó ninguna duda de que la ictericia no se debía a hepatitis, sino a un cáncer de la cabeza del páncreas. Con delicadeza, aunque de manera clara, le dije cuál había sido mi diagnóstico. Secamente me agradeció mi intervención. A partir de entonces noté un cambio doloroso en su actitud hacia mí, antes cordial y benevolente. Lo noté frío y, a ratos, francamente agresivo. Pasó al servicio de cirugía; yo lo seguí visitando pero, ante su actitud, me alejé gradualmente. Yo estaba sentido e intrigado; había rectificado un error de diagnóstico, el mío fue atinado, mi actitud había sido correcta y delicada. No olvidaré lo que me dijo el jefe del servicio de medicina cuando le hice partícipe de esa experiencia: “Recuerda que, en tiempos antiguos, cuando, tras recorrer grandes distancias, el mensajero finalmente llegaba al palacio real llevando al monarca la noticia de la derrota de su ejército, de inmediato era condenado a muerte.”

Caso 3

Valentín Balderas es un viejo amigo. Dotado de una brillante inteligencia, gran ambición y personalidad obsesivo-compulsiva, ha tenido gran éxito como funcionario público y hombre de empresa. Recientemente me solicitó una cita para someterse a una revisión médica en la clínica universitaria donde ejerzo. Tiene diabetes mellitus, hipertensión arterial, arritmias y esofagitis. También ha empezado a tener síntomas urinarios sospechosos de prostatismo. Me pidió que le arreglase citas con los mejores especialistas y le programase un conjunto exhaustivo de estudios de laboratorios y gabinete. Conociendo su carácter, no me sorprendió su demanda, y le organicé lo que me solicitaba, para empezar un mes después. Al principio aceptó, mas a los pocos días me llamó angustiado: el plazo era demasiado largo y, por añadidura, había empezado a sentir que su próstata había aumentado mucho de peso, “como si tuviera un tumor”. Adelanté las citas. Los estudios mostraron que su diabetes, hipertensión arterial, arritmia y esofagitis estaban bien controladas, gracias a los tratamientos administrados en México. La próstata estaba moderadamente aumentada de tamaño, como corresponde a su edad, pero se notaba un discreto endurecimiento en su superficie cerca del borde izquierdo. La noticia le provocó intensa alarma; sufrió mareos, hiperventilación, ansiedad e insomnio hasta el día siguiente, fecha de consulta con el urólogo; éste trató infructuosamente de tranquilizarlo, afirmando que era muy poco probable la existencia de una tumoración. Ante la insistencia del paciente propuso un estudio sonográfico, lo cual incrementó la ansiedad; ésta se convirtió en pánico cuando el resultado del ultrasonograma fue reportado como “dudoso”; hubo que internarlo en el hospital y administrar le sedantes y antihipertensivos (que incrementaron sus síntomas

urinarios) durante el fin de semana que precedió a la toma de biopsia prostática. El estado angustioso cedió gradualmente cuando los resultados normales de la biopsia convencieron a Valentín de que, en efecto, no tenía cáncer.

Caso 4

Un colega nuestro, cardiólogo por cierto, sufrió un infarto del miocardio del que se recuperó con prontitud; sin embargo, quedó con síntomas de angina de pecho, por lo cual tuvo que ser operado para revascularizarle el miocardio. Al poco tiempo de la, por lo demás, exitosa intervención, abandonó su profesión, ya que, acostado la mayor parte del tiempo en su cama o un diván, se pasaba buena parte del día con el estetoscopio aplicado a su pecho, palpando el borde hepático e insistiendo en que su edema maleolar unilateral era señal inequívoca de insuficiencia cardíaca y no una consecuencia de la safenectomía.

Otros pacientes reaccionan de otras maneras: unos se deprimen, otros, en cambio, modifican su estilo de vida. Un psicoanalista¹ publicó un artículo en el que describió su experiencia personal:

Mi infarto cardíaco ha sido, a la vez, un infarto a mi ego [...] siento a cada instante la agonía de vivir con un corazón defectuoso; me ha sido negado el recurso psicológico de la negación [...] no ceso de imaginar que me va a ocurrir lo peor y me asalta el terror a la muerte, y también a la cirugía del corazón [...] estoy muy deprimido, apenas he cumplido 45 años de edad y no podré gozar de una vida plena, ni podré realizar mis planes y sueños en los años venideros [...] mi vida es un fracaso [...] pienso en la muerte y lo que significa: mi desintegración, la separación eterna de mis seres queridos, el dolor que les causará mi ausencia [...]

Mucho más afortunado es mi amigo R. C., neurocirujano distinguido que, aún joven, ante las primeras manifestaciones de angina de pecho decidió que había surgido un pretexto honorable para abandonar el trabajo profesional, fuente de estrés, y retirarse a la ciudad de Cuernavaca para dedicarse a la lectura y el cuidado de su jardín.

Otra reacción psicológica frecuente es la regresión: el fenómeno de funcionar en un nivel de madurez emocional disminuido. Su magnitud varía entre un caso y otro, desde una discreta tendencia a depender más de lo ordinario de los demás hasta el extremo de presentar un comportamiento infantil. El paciente exige mayor atención, mayor participación de otros miembros de la familia en la toma de decisiones, más ayuda en la ejecución de tareas sencillas. Los seres cercanos satisfacen sin objeciones exigencias que parecerían abusivas, ya que consideran que forman parte normal del hecho de sufrir una enfermedad. Es obvio que esta

respuesta del ambiente social no siempre es conveniente, puesto que tiende a reforzar la regresión.

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es la plaga moderna. El SIDA comparte con el cáncer la característica de causar, en la sociedad contemporánea, un impacto psicológico que merece el calificativo de catastrófico. Uno y otro son, a la vez, enfermedades y mito. El mito es un producto, ampliamente diseminado, de hechos y temores, consternación y fantasía, que da lugar a agonía y terror. El diagnóstico se considera como sinónimo del preludio a la muerte. Cáncer y SIDA son, ambos, símbolos de dolor, agotamiento, desamparo y deshumanización. Los dos se han vuelto metáforas que han traspasado las fronteras de la enfermedad. No hay médico que no se vea obligado a enfrentarse a los problemas clínicos y psicosociales que plantean sus víctimas. Ante ellos surge con deslumbrante claridad la diferencia entre enfermedad y padecer, y la evidencia de que la misión del médico es ayudar en la lucha contra ambos.

Al igual que en las enfermedades neoplásicas, la reacción psicosocial de las víctimas de SIDA tiene lugar en cuatro etapas: crisis inicial, transición, aceptación y preparación para la muerte. Nichols² las ha descrito bien, tras una experiencia con centenares de pacientes atendidos por él. Transcribimos aquí su importante comunicación.

La etapa inicial, de crisis, se caracteriza por la negación, que alterna con momentos de intensa ansiedad. La negación suele ser completa y llega a la indiferencia. En esta etapa peligran las relaciones interpersonales del enfermo: quizá los familiares y otros seres de importancia en su vida ignoraban su homosexualidad o su drogadicción. La etapa de transición empieza con periodos alternantes de coraje, culpa, conmiseración y ansiedad; repaso obsesivo del pasado en un intento de comprender qué fue lo que hizo para “merecer” enfermar de SIDA. Trátase de una etapa de confusión, de rechazos sociales que lastiman profundamente, de cambios en la autoestimación, la identidad y los valores; enajenación de la familia y la comunidad; ideas suicidas. A veces ocurre un aislamiento peligroso, durante el cual el paciente evita la cercanía de amigos, familiares y médico. Otros desplazan su coraje continuando su comportamiento sexual promiscuo y compartiendo agujas al utilizar drogas, con lo que hacen peligrar la salud de los demás. Añádense a todo lo anterior la pérdida del empleo, del ingreso, de la casa. El tremendo coraje puede ser enmascarado ante la esperanza de curarse si “se porta bien”.

La etapa siguiente es de “aceptación” a las limitaciones impuestas por la enfermedad, unida a un esfuerzo consciente por vivir con plenitud cada día. Muchos pacientes reexaminan sus valores y sus relaciones interpersonales, y aprenden a apreciar la calidad más que la cantidad, llegando in-

cluso a abrazar conceptos espirituales que proporcionan alivio y esperanza; se vuelven menos egocéntricos, se ocupan en actividades altruistas y comunitarias, se responsabilizan por el cuidado de su propia salud, experimentan con medicinas “paralelas”, como meditación trascendental, dietas macrobióticas, budismo Zen, etc. Esta etapa es, a la vez, de “deficiencia”: nuevas crisis, fluctuaciones en el estado emocional, conciencia de vulnerabilidad a las infecciones por gérmenes oportunistas, temor a la agonía, la desintegración y la muerte; pérdida progresiva de las funciones; creciente dependencia; prejuicios de la sociedad; muerte de amigos con la misma enfermedad.

Se llega, finalmente, a la etapa de preparación para morir. Algunos enfermos prefieren el suicidio a volverse totalmente dependientes de los demás. Procuran dejar terminados sus asuntos pendientes; perdonan y piden perdón; solicitan volver a ver una vez más a algunas personas; terminan un proyecto creativo; aceptan hablar de su muerte y son capaces de expresar cómo y dónde preferirían morir y cuáles deberán ser los arreglos después del fallecimiento.

En conclusión, hemos presentado una serie de ejemplos que no son más que reflejo de la realidad de la práctica cotidiana de la medicina. Sirven, sin embargo, para subrayar el hecho fundamental de que el enfermo es una persona con un padecer, y no solamente con una enfermedad. El deber del médico es no descuidar ni el uno ni la otra. Los doctores no tratan enfermedades, sino que tratan personas que padecen y tienen enfermedades.³⁻⁶

REFERENCIAS

1. **Cassem NH, Hackett TP:** Psychological aspects of myocardial infarction. *Med Clin North Am* 1977;61:711.
2. **Nichols SE:** Psychosocial reactions of persons with the acquired immunodeficiency syndrome. *Ann Int Med* 1985;103:765-767.
3. **Fabrega H:** Toward a model of illness behavior. *Medical Care* 1973;11:470-484.
4. **Fabrega H:** Disease and social behavior, Cambridge, MIT Press, 1974.
5. **Lipowski ZJ:** Psychosocial aspects of disease. *Ann Int Med* 1969;71:1197-1206.
6. **Parson T:** Social structure and dynamic process: the case of modern medical practice. En: *The Social System*. Nueva York, Free Press, 1951.

El dilema del médico especialista

El autor de este capítulo ha cultivado la medicina interna y la gastroenterología a nivel académico y en la práctica privada, en México y en el extranjero, durante más de medio siglo. El tiempo transcurrido autoriza a reflexionar sobre los cambios ocurridos en la especialidad misma y en los médicos que la practican en la actualidad. ¿Ha habido progreso? Si la respuesta es afirmativa, ¿ha sido completo, total, inobjetable, sin que nada genuinamente valioso se haya perdido en el camino? ¿Acaso todo lamento y crítica no son más que efecto de la común ilusión de que “cualquier tiempo pasado fue mejor”?

No cabe la menor duda que el especialista actual tiene una preparación considerablemente superior a la de sus colegas de antaño. Posee conocimientos más profundos sobre la estructura y el funcionamiento de los aparatos y sistemas, tanto en condiciones normales como patológicas. El instrumental diagnóstico y terapéutico de que dispone se ha enriquecido de manera asombrosa. Son pocas las regiones del organismo inaccesibles a los métodos modernos de exploración. Los recursos farmacológicos, quirúrgicos y endoscópicos aplicados a la terapéutica han experimentado notables progresos, y la marcha de la ciencia y la tecnología promete nuevas y más asombrosas conquistas a paso acelerado.

Ante este admirable espectáculo, ¿hay justificación para la queja, el lamento, el clamor de que el médico especialista actual no está haciendo buen uso de los dones proporcionados por el progreso? Pues bien, la respuesta es afirmativa: dos aspectos de la práctica de la especialidad ensombrecen este luminoso panorama.

El primer aspecto consiste en que, en el proceso de adquisición de las destrezas necesarias para la aplicación de los productos de la tecnología, ha ocurrido una

falta de desarrollo paralelo, o una atrofia, de ciertas actitudes, cualidades y destrezas que, hasta tiempos no muy remotos, eran aceptadas y admiradas como elementos esenciales de la formación del médico, y que, en mi opinión, siguen siendo imprescindibles para el atinado ejercicio del arte del clínico. El segundo aspecto consiste en que el progreso científico y el progreso tecnológico, junto con las conquistas logradas gracias a ellos al reforzar el prestigio del modelo biológico-lesional de la enfermedad, han desplazado, sin razón justa, la debida consideración a las dimensiones psicosociales del padecer médico, y han abierto una peligrosa brecha entre el médico y su paciente. Se conoce mejor la enfermedad, pero se comprende menos bien al ser humano que la padece.

En EUA, nación que se vanagloria de estar a la cabeza entre los países científica y técnicamente avanzados, es un hecho reconocido que los clínicos han perdido, en mayor o menor grado, esas actitudes y destrezas que en años idos eran aceptadas como intrínsecas a su profesión. En aquellos tiempos, con el fin de alcanzar la meta del diagnóstico atinado e integral, era básico practicar un interrogatorio y una exploración física meticolosos, detallados y completos, sin que faltaran los datos relativos a la historia personal y a las circunstancias psicológicas y socioculturales propias de cada persona. Se trataba de conocer al enfermo, a la persona presente detrás de los síntomas, a la que siente el padecer, con todo lo que este término implica. Era indispensable, por ende, investigar la presencia de conflictos interpersonales e intrapersonales, tensión nerviosa y conflictos emocionales que, con tanta frecuencia, participan como factores contribuyentes o desencadenantes en la etiología y la evolución de los estados morbosos. Todo ello era inevitable, porque los métodos auxiliares técnicos eran limitados en número y en su capacidad de proporcionar la necesaria información. Sin embargo, aparte de su necesidad práctica, el arte de la clínica era fuente de satisfacción intelectual, puesto que obligaba a ejercitar la capacidad analítica y sintética, así como los poderes de observación y de razonamiento lógico. Pero, algo más: el proceso de aplicación del arte del diagnóstico clínico tenía una consecuencia fundamental: favorecía el nacimiento y desarrollo de una relación médico-paciente cálida y estrecha, eso que se ha llamado “amistad médica”, una comunicación a nivel emocional y espiritual que, todavía en la actualidad, constituye un arma terapéutica poderosa y, muchas veces, imprescindible.¹

En su discurso de toma de posesión como presidente de la Asociación Gastroenterológica Americana, en 1985, Greenberger hizo una comparación de la sucesión de pasos seguidos por el gastroenterólogo del pasado, en contraste con el especialista moderno.

En 1960 se procedía a efectuar el interrogatorio y la exploración física, se elaboraba el diagnóstico diferencial, se escogía la hipótesis diagnóstica más viable y se practicaban los estudios paraclínicos indicados para con-



firmarla o descartarla; en cambio, en 1985, una vez conocidos los principales síntomas, se procede a practicar los estudios de laboratorio, imagenología y endoscopia que cubren una amplia lista de posibilidades diagnósticas; si aun así el diagnóstico no se aclara, se practican estudios o procedimientos especializados adicionales; la anamnesis y la exploración física completas sólo se llevan a cabo retrospectivamente si acaso se vuelven indispensables.²

Los instrumentos técnicos, de creciente grado de sofisticación, han aumentado el poderío del especialista actual en su capacidad de diagnosticar lesiones que anteriormente permanecían ocultas o inaccesibles, pero amenazan con atrofiar su sensibilidad clínica y con volverlo esclavo de dichos instrumentos. Su predicamento guarda cierta semejanza con el del operario que, hasta hace poco tiempo,

funcionaba como artesano, pero que ahora se ha convertido en el apéndice de una maquinaria y en un miembro anónimo de una gran factoría. Con toda justificación Silen, otro presidente de la Asociación Gastroenterológica Americana, clama por que “nos mantengamos en guardia frente al peligro de la erosión de la función intelectual en gastroenterología.”³

En EUA, hasta hace poco la nación más rica del planeta, se consumen ahora torrentes de tinta que señalan otras consecuencias negativas de la excesiva supremacía de la tecnología en la práctica de la medicina contemporánea: la gigantesca escalada de los costos y el alarmante deterioro de la relación médico-paciente, que se ha convertido ya en una relación de mutua desconfianza.

No se malinterprete al autor y se crea que propone poner un alto al progreso científico y a los frutos tecnológicos de dicho progreso. Naturalmente que no es así; se trata solamente de pedir moderación, frenos al abuso, resistencia a la amenaza de que aquéllos se conviertan en amos, en lugar de dóciles sirvientes y colaboradores del clínico.

Otra tendencia moderna se está volviendo aparente en la práctica de los especialistas modernos: el descuido del conocimiento de la persona portadora de los síntomas. Concéntrase el interés, en forma casi exclusiva, en la identificación de la lesión anatómica, la “enfermedad”, a la que se atribuye la causa única y total del “padecer” que trae al paciente a la consulta médica. Identificada la lesión, el esfuerzo terapéutico se encamina a combatirla, se “trata” la lesión en lugar de “tratar” a la persona que sufre el padecer. Como dice Spiro:

*En el hospital de enseñanza, el joven médico residente aprende los méritos de la “cura” (en inglés: cure), pero no los del “cuidado” (en inglés care); la cura está dirigida a la enfermedad; el cuidado se orienta al enfermo [...] Temo que la cultura médica moderna haya confundido el fin: “el cuidado del paciente”, con el medio: “la ciencia” [...] La medicina de laboratorio, que domina ahora la educación médica, convierte al médico en científico que estudia la célula, en lugar de persona que escucha, e incluso mira, a la persona que es el paciente.*⁴

Cuando, como a menudo ocurre, el paciente tiene síntomas en ausencia de datos objetivos de lesión, o síntomas que persisten aunque la lesión haya desaparecido, el clínico experimenta sentimientos de frustración y hasta de hostilidad contra el paciente.

A principios del decenio de 1940 surgió un gran movimiento encauzado a demostrar el fundamento científico del sentir médico tradicional de que los factores psicológicos tenían un papel importante en la etiología de las enfermedades humanas: la llamada medicina psicosomática en EUA, o antropología médica en Europa. Este movimiento fue de particular interés para los gastroenterólogos, ante el número elevado de pacientes en quienes los recursos de la clínica y los

procedimientos paraclínicos fracasaban en el intento de hallar causas “orgánicas”, y en quienes, por añadidura, era fácil percatarse de la existencia de signos de tensión emocional y alteraciones psíquicas. El campo de la “medicina psicosomática” —nutrido por un rico folclore; integrado en el lenguaje cotidiano; reforzado por la intuición de los poetas, literatos y filósofos; aceptado sin resistencia por muchos clínicos; estimulado por los hallazgos y las teorías de Pavlov, Cannon, Freud y muchos otros— proliferó con reportes de numerosos casos clínicos individuales, experimentos en animales y seres humanos, y estudios estadísticos, todos los cuales coincidían en dar apoyo y validez a aquellas impresiones y vivencias. Sin embargo, casi nunca resistieron el escrutinio de la más rigurosa evaluación científica, la cual encontró que la mayoría de los casos presentados como prueba de la relación causal entre factores psicológicos y enfermedad somática tenían carácter anecdótico; que los resultados de las investigaciones no siempre apoyaban dichas conclusiones, y que muchos estudios llegaban a conclusiones conflictivas. La crítica más consistente estuvo dirigida a la comisión de indudables errores metodológicos.⁵ Muchos de estos estudios iniciales sufrían de una falla básica común: se enfocaban en la determinación de relaciones causales lineares (una causa, una consecuencia), es decir, se basaban en un concepto de causalidad que, sabemos ahora, es demasiado simplista y debe ser rechazado.

Ha ganado favor ahora la noción de que el estrés constituye un factor contribuyente en todo padecer humano, y no sólo en aquellos que alguna vez fueron catalogados como “psicosomáticos”. El modelo descartado de relación causa-efecto lineal ha sido suplantado por un modelo diferente, que considera la interacción horizontal y vertical de determinantes etiológicos, algunos de los cuales son necesarios, otros son suficientes y, otros más, contribuyentes. Se ha vuelto cada vez más transparente la noción de que los factores psicosociales desempeñan un papel importante en alterar la susceptibilidad individual a enfermar, al afectar el desarrollo del individuo, alterar su estado fisiológico e interactuar con reacciones bioquímicas y fisiológicas inducidas independientemente por estímulos patogénicos; de esta manera determinan la susceptibilidad del individuo a sufrir uno u otro padecer.⁶ Ya que el modelo de causalidad multifactorial presupone que toda enfermedad es producto del complejo juego de variable biológicas, psicológicas y sociológicas, “no deberíamos preguntarnos si acaso ciertos sucesos de la vida del individuo están relacionados con la inducción de su enfermedad, sino en qué medida ciertos sucesos de su vida tienen que ver con este particular padecer, en esta específica persona, en esta particular ocasión”.⁷

El clínico actual debe ir más allá del modelo reduccionista, biológico, de la enfermedad, y adoptar el modelo biopsicosocial; al mismo tiempo, debe sortear la trampa consistente en aceptar la dicotomía psicosomática que divide artificialmente lo psíquico de lo somático. Para lograrlo, le es imprescindible adoptar un nuevo paradigma en biología y medicina: la teoría de sistemas, que se explica en

el capítulo dedicado al futuro de la relación médico-paciente. Este paradigma existe ya.

En el campo de las diversas especialidades no escasean los ejemplos de perturbaciones ascendentes y descendentes en los niveles de las jerarquías organizativas y sociales a las que pertenece la persona-paciente. Por esta razón, hará bien el especialista si incorpora el concepto de “teoría de sistemas” en su práctica clínica, así como en sus actividades de investigación.

En estas últimas, el desafío consiste en mejorar el conocimiento, muy incompleto todavía, de los mecanismos de retroalimentación que conectan el sistema “persona” con la serie de suprasistemas existentes a niveles jerárquicos superiores, psicosociales. En la práctica de la clínica, el médico debería intentar la identificación de todos los niveles que pudiesen estar involucrados en el proceso patológico y la aplicación de los remedios disponibles para cualquier nivel en que fuese necesaria y posible su utilización. Así, intentará corregir el trastorno a nivel molecular y celular si se encuentran presentes, pero no descuidará a la persona, a la familia, al medio ambiente, y no dejará de tomar en cuenta las agresiones del ambiente social y cultural.

Los niveles jerárquicos situados por debajo del nivel de la persona se valoran mejor mediante los instrumentos de las disciplinas fisicoquímicas y fisiológicas; en cambio, los niveles correspondientes a la persona, y los que se encuentren más arriba aún, se prestan a ser valorados mejor mediante los instrumentos de las disciplinas psicológica, antropológica y sociológica.

En conclusión, el especialista moderno se enfrenta a un serio dilema. Puede funcionar como especialista de tercer nivel empleando el criterio analítico-reduccionista mediante la aplicación de las técnicas más adelantadas, con objeto de documentar o descartar la presencia de lesiones estructurales. En este caso, deberá permitir que un médico distinto, un internista, médico general o familiar, se encargue del paciente en su totalidad como persona, y del paciente cuyo padecer sea reflejo de problemas procedentes del nivel psicosocial, determinantes de alteraciones “funcionales” a nivel del sistema o aparato de su especialidad. Pero también le queda la opción de aplicar toda la soberbia tecnología que está a su disposición, sin despreciar la herencia que le han legado los clínicos del pasado y, por ende, sin perder de vista a la persona; de esta manera no desaprovechará las oportunidades, gratificaciones y dolores que surgen de la relación médico-paciente, no se desprenderá de su humanismo y no correrá el riesgo de carecer de la visión ensanchada de la problemática de su paciente en el marco más amplio del sistema biopsicosocial al que ambos pertenecen.

Me atrevo a sugerir que la segunda opción es más fiel a la vocación del médico genuino, y corresponde a lo que la sociedad espera de él. Si es así, debe ser obligación de quienes tienen la responsabilidad de entrenar y educar a los futuros médicos el familiarizarlos con estos conceptos y enseñarles con el ejemplo.

REFERENCIAS

1. **Castañeda G, Jinich H:** *El médico, el paciente y la medicina*. México, Facultad de Medicina/UNAM, 1983.
2. **Greenberger NJ:** Changes in gastroenterology 1960-1985: lessons from the past and implications for the future. The presidential address. *Gastroenterology* 1985;89:933-938.
3. **Silen W:** Presidential farewell address: a surgeon looks at training in gastroenterology. *Gastroenterology* 1979;77:429-432.
4. **Spiro HM:** *Doctors, patients and placebos*. New Haven, Yale University Press, 1986.
5. **Rabkin GJ, Struening EL:** Life events, stress and illness. *Science* 1976;194:1013-1020.
6. **Engel GL:** Memorial lecture: the psychosomatic approach to individual susceptibility to disease. *Gastroenterology* 1974;67:1085-1093.
7. **Bass C:** Life events and gastrointestinal symptoms. *Gut* 1986;27:123-126.

Petición de un estudiante de medicina

Al igual que otros viejos colegas míos, me encantaría inscribirme otra vez en la Escuela de Medicina para aprender todo lo nuevo que el desenfrenado progreso de la ciencia está aportando a nuestra profesión.

Esta idea ha hecho volar mi imaginación y me ha empujado a hacerme la pregunta de que si por un inverosímil milagro hubiera retenido ciertos vagos recuerdos de mi vida iátrica pasada y me inscribiera de nuevo en la escuela de Medicina, ¿qué es lo que les pediría a mis maestros si me dieran la valiosa oportunidad de escucharme? Pues bien, yo les pediría a mis maestros que me enseñaran a “aprender a aprender”, porque he escogido una profesión en la cual el médico debe ser un eterno estudiante.

Les diría que me ayudaran a aprender lo que necesitaré saber en la práctica de mi profesión; que me educaran para que me fuera posible descubrir, identificar, entender y tratar los problemas que tendré que resolver como clínico. Que me enseñaran a utilizar los instrumentos indispensables para obtener información; esa información que procede, esencialmente, de dos fuentes: el enfermo y la palabra, tanto la hablada como la escrita, tanto la escuchada como la leída.

Les pediría que me facilitaran la adquisición del conocimiento de las “ciencias básicas”, pero que no descuidaran, ni subordinaran a esa enseñanza, otra no menos importante: la del dominio de un sistema de conducta, de métodos y hábitos sin los cuales toda erudición es insuficiente; y no sólo insuficiente, sino efímera, pues la vida media de los conocimientos médicos es cada vez más corta, y el día en que complete mis cinco o más años de educación médica y reciba mi diploma, la mitad de lo aprendido ya habrá dejado de ser verdadero.



Les diría que me inculcaran hábitos de meticulosidad en la obtención de los datos clínicos; de veracidad y confiabilidad de mis observaciones y reportes; y que me estimularan a desarrollar el sentido analítico y la capacidad de identificar los problemas de mis pacientes en un proceso lógico de síntesis. Les pediría que tomaran en cuenta que, para que los principios de las ciencias básicas se integraran de manera permanente en mi manera de abordar, entender y manejar los problemas de la clínica, tendrían que estar firmemente ligados a problemas reales, y para ello deberían “darles vida”, “retroalimentarlos”; por lo tanto, les pediría a mis maestros que me los impartieran no sólo como una “Introducción a la Medicina”, sino que los hicieran mis acompañantes permanentes durante todos los estadios de mi formación profesional.

Que iluminaran en mi mente la diferencia que existe entre la “enfermedad”, entendida como alteración de órganos, tejidos, células o moléculas, y el “padeecer”, entendido como todo lo anterior (cuando se encuentra presente), pero interpretado, imaginado, sentido por una persona. En otras palabras, que grabaran en mi mente que puede (y suele) haber “enfermedad”, pero que siempre hay un “enfermo”, y que el arte de la medicina consiste en diagnosticar y tratar la enfermedad y también al “enfermo” y su familia con sus ideas, sentimientos, problemas y conflictos.

Les exigiría a mis maestros que, desde el primer momento en que yo atravesara el umbral de la Escuela de Medicina, no se conformaran con que fuera yo siempre un espectador pasivo, sino un miembro activo, entusiasta, y ya, desde ese primer instante, estuviera comprometido, dueño de un indeleble sentido de responsabilidad y deber moral de servicio.

Les prometería ser un buen discípulo, y les diría que esperaría y exigiría de ellos que fueran buenos maestros, que me enseñaran con sus sabias palabras, pero, sobre todo, con el ejemplo.

Sobra decir que esta serie de peticiones, vertidas por este novel estudiante de Medicina, son las peticiones que debería hacerse a sí mismo cada uno de los días de su vida profesional ese eterno estudiante de Medicina: EL MÉDICO.

La clínica y el médico general

INTRODUCCIÓN

La medicina antigua era una actividad muy simple: era lo que una persona (brujo, sacerdote, chamán, médico) le hacía a la persona que acudía en demanda de ayuda para curar o aliviar un malestar que sentía en su cuerpo. Ese hacer es lo que se llamará *clínica* en este trabajo. Eso es lo que hacían los sacerdotes y médicos sumerios, caldeos, egipcios y griegos. Eso es lo que hacían Hipócrates y los miembros de su escuela, en el siglo V antes de la era cristiana, y lo que hacían Galeno, Paracelso, Sydenham, Morgagni, Boerhaave, Skoda, Laennec, Osler, Marañón, Miguel Jiménez, Raoul Fournier, Gonzalo Castañeda y miles y miles de médicos más en todos los tiempos y en todos los lugares de la Tierra.¹

La actividad médica se ha vuelto progresivamente más compleja, y se ha ramificado en numerosas acciones cada vez más alejadas de la acepción original de la palabra, la cual muy pronto después de haber sido acuñada se ha de haber escapado de su significado etimológico primario (*Kliné*: cama). Hay numerosas personas que se dedican a la Medicina, pero no son clínicos; no me referiré a ellas en este trabajo. Se dedican a muchas cosas que tienen que ver con la Medicina y que, de manera directa o indirecta, facilitan e incrementan fenomenalmente la actividad del clínico, pero la actividad de éste es la principal razón de ser de las actividades de todos los demás.

¿En qué consiste la clínica o, en otras palabras, en qué consiste el hacer el trabajo del clínico? Gonzalo Castañeda dice que se dedica a *conocer, a hacer el bien y a ganar el pan*.² Tiene razón. La importancia respectiva que dan los clínicos a

cada una de estas tres actividades es variable, pero aun aquellos que le dan importancia máxima a la tercera no pueden lograr esa meta si no se realizan las otras dos cosas.

CONOCER

Para conocer, el clínico estudia. Estudia mucho sin cesar. Estudia durante su vida de médico, porque ya Hipócrates decía que la vida es corta y el arte es largo, y ahora sabemos que, pasando unos cuantos años, mucho de lo que el clínico sabe deja de ser verdadero.

El clínico aprende de los libros, de los cuales absorbe la sabiduría y experiencia que legaron los médicos del pasado y del presente. En grado creciente, aprende de las revistas médicas y, para que esa lectura sea provechosa, tiene que saber cómo leerlas y, para ello, nada mejor que estudiar la serie de artículos sobre este importantísimo asunto, traducidos al español y publicados por la revista de *Investigación Clínica*.³

De esa manera, se vuelve consciente de por qué es importante que se mantenga al corriente del progreso de la medicina, leyendo los artículos médicos, y de cómo empezar a leerlos en forma crítica, separando “el trigo de la paja”, de manera que su destreza clínica mejore —y no empeore— con la información sobre innovaciones diagnósticas, pronósticas y terapéuticas. Así obtiene guías importantes para leer o descartar toda información sobre pruebas diagnósticas, para conocer el curso clínico y pronóstico de la enfermedad, para establecer etiología o causalidad y para distinguir entre tratamientos útiles e inútiles, e incluso perjudiciales. Cada clínico estudia en los libros y revistas a su manera. En mi experiencia, la mejor manera de hacerlo es apuntando cada duda, cada problema, cada cuestión que surge en el curso del enfrentamiento cotidiano con la problemática del paciente, con el fin de buscar la información correspondiente a la mayor brevedad posible. De esta manera, la necesidad, el hambre, la urgencia por saber, ayudan a que el nuevo conocimiento se asiente profundamente en la memoria, enriqueciendo ese invaluable tesoro del médico: la experiencia.

El clínico aprende de sus maestros y de sus colegas, y aprende mucho de las personas que acuden en busca de auxilio, personas a quienes llamamos pacientes, no por poseer siempre la virtud de la paciencia, sino porque sufren, y sufrir en latín se dice *patis*. Y el clínico aprende también de sus discípulos, y ésta es una de las glorias de su profesión: recibir y dar, dar y recibir. De esta manera aprende a conocer la estructura y las funciones del ser humano, tanto sano como enfermo, en todos sus niveles, desde el macroscópico hasta el microscópico y molecular. Y aprende a utilizar una gran variedad de recursos para ayudar, en la medida de

lo posible, a que aquel ser humano que sufre, el paciente, recupere su salud, prolongue su vida, tenga mejor calidad de vida, funcione mejor en la familia y la comunidad. Para lograrlo tiene que conocer al paciente y entenderlo.

Conocer al paciente requiere la capacidad de elaborar un diagnóstico, el cual principia por la recolección de los síntomas y signos, que logra mediante la entrevista y las observaciones proporcionadas por los sentidos, y se complementa gracias al auxilio de los datos obtenidos por exámenes de laboratorio y gabinete, que se suelen llamar “paraclínicos”. Ahora sabemos que la recolección de los síntomas y signos es mucho más difícil de lo que creíamos, que exige la máxima meticulosidad y precisión de parte del clínico, y aun así, el grado de discrepancia que ocurre entre observadores, por expertos que sean, es asombroso y digno de ser tomado en cuenta muy seriamente.

Sabemos también que es imprescindible que el clínico conozca y maneje con soltura los conceptos de sensibilidad, especificidad y valor de predicción de los síntomas, signos y datos de laboratorio y gabinete.⁴⁻⁷

RAZONAMIENTO CLÍNICO

A esa etapa sigue la siguiente, que se ha denominado “razonamiento clínico”. Son varios los métodos que puede utilizar el clínico para llegar al diagnóstico. En nuestro medio, este tema lo han estudiado con profundidad Lifshitz y col.⁸⁻¹⁰ Distingue Lifshitz una serie de estrategias diagnósticas: por analogía, exhaustiva, secuencial, hipotético-deductiva, bayesiana, por exclusión, por observación de la eficacia de una terapéutica, y decisional. Cada una de estas estrategias tiene virtudes y defectos, siendo la mejor la hipotético-deductiva, pero el clínico debe saber elegir la más apropiada según el problema diagnóstico a que se enfrente, y según el grado de experiencia y madurez profesional que haya alcanzado. Por ejemplo, es por analogía que reconoce y diagnostica muy diversas enfermedades de la piel; sospecha que su paciente tiene angina de pecho cuando obtiene por interrogatorio el síntoma típico de esta enfermedad, diagnostica la presencia de un bocio con hipotiroidismo, etc. La estrategia exhaustiva o sistemática, que es la que se enseña a los estudiantes de medicina (a quienes se les recomienda recoger todos los datos clínicos del paciente, considerarlos todos y tener presentes todas las posibilidades diagnósticas), ha sido criticada por ser extremadamente dispendiosa, pero no hay duda que es valiosa para el médico novel, que aprende de esa manera a ser disciplinado, metódico y meticuloso en el interrogatorio y la exploración física del paciente, y tiene la ventaja, nada despreciable, de que contribuye a disminuir el riesgo de fracasar en el diagnóstico como resultado de un interrogatorio y exploración física incompletos o mal practicados. Hay circunstancias en

las que el clínico se sirve de un algoritmo para orientarse en el diagnóstico diferencial de su paciente. La estrategia hipoteticodeductiva, como se ha dicho, es la forma de proceder predominante cuando el médico llega a alcanzar la categoría de clínico experto; es así porque se caracteriza por un proceder que se acerca al del investigador científico: al recoger un conjunto de datos obtenidos por anamnesis, el clínico formula automáticamente un reducido número de posibilidades diagnósticas, las cuales, mediante atinadas preguntas adicionales, intencionada exploración de datos físicos y ayuda de los procedimientos paraclínicos, suele conducir con elegancia y tino al diagnóstico. En ocasiones, el clínico se enfrenta a situaciones en las que se ve obligado a hacer el diagnóstico por exclusión; por ejemplo, cuando el enfermo ha expulsado sangre fresca por el ano en días pasados, pero no se le encuentran lesiones anorrectales ni alteraciones patológicas en el colon, a excepción de diverticulosis, entonces el clínico concluye que debe haber sangrado por alguno de los divertículos. A veces utiliza la estrategia “bayesiana” o estadística, que puede ser complicada matemáticamente, pero que también la aplicamos los clínicos de manera sencilla cuando, por ejemplo, diagnosticamos influenza o cólera en enfermos al encontrarnos en plena epidemia causada por uno u otro de esos agentes. Otras veces el diagnóstico lo obtiene el clínico mediante la observación de la eficacia de una prueba terapéutica; así, ante la persona que se queja de dolor retroesternal, que puede ser de origen coronario o por esofagitis acidopéptica, la respuesta terapéutica positiva a la administración de un medicamento antiácido potente inclina el diagnóstico a esta segunda opción. Finalmente, en ocasiones el problema no estriba en saber lo que tiene el enfermo, sino en decidir qué es lo que se tiene que hacer. El ejemplo más común es el del paciente que presenta un síndrome abdominal agudo, y se practica la laparatomía exploradora si se considera la posibilidad de que tenga una trombosis mesentérica.

CONOCIMIENTO DE LA PERSONA ENFERMA

La buena clínica exige el conocimiento de la persona enferma. Esta exigencia se aplica a todo médico que se dedica a atender pacientes, pero es particularmente importante en el que se dedica a la medicina general. Al médico general corresponde esta obligación, la cual es, al mismo tiempo, uno de sus mayores privilegios, una de sus mayores fuentes de satisfacción personal, y una de sus más poderosas armas terapéuticas. Esto quiere decir que es necesario que conozca a la persona enferma y no sólo a la enfermedad, entendida ésta como alteración anatomopatológica, fisiopatológica o molecular. Otra manera de decir lo mismo es que debe conocer el padecer, es decir, a la persona enferma considerada como entidad biopsicosocial. En otras palabras, hay que conocer al ser humano que se encuen-



tra detrás de los síntomas, signos y alteraciones de laboratorio y gabinete; el hombre o mujer que parece estar desapareciendo de la escena en estos tiempos modernos de predominio aplastante de la tecnología, así como del burocratismo y la mercantilización de la medicina.¹¹ El clínico no olvida nunca que, aun en el enfermo que presenta una enfermedad orgánica evidente, participan elementos psicológicos que importa conocer y entender. Que el paciente no es idéntico a la enfermedad. Que no es un simple “caso”. El paciente es un individuo de carne y hueso, mente y alma. Este tema se ha tratado extensamente en otros capítulos, por lo que me limito aquí a comentar que, aunque la tarea de profundizar en los aspectos psicosociales del paciente parece ser formidable y sobrepasar las posibilidades prácticas del médico general, sometido como está a enormes presiones de tiempo y a serias limitaciones en su educación psiquiátrica, la tarea habitual sólo requiere del médico cualidades y disposiciones indispensables: sensibilidad, interés por conocer y entender al paciente en tanto persona, calidez y empatía.

EL TRATAMIENTO

Todo lo anterior tiene un objetivo primario: el tratamiento, la serie de medidas que se emplearán para intentar restablecer lo más posible la salud del paciente. Pues bien, para aplicarlas eficazmente, el clínico toma en cuenta que las decisiones terapéuticas tienen que ser atinadas y que, para lograrlo, tiene que actuar aplicando información digna de crédito, gracias a que está basada en evidencias. Las evidencias son los resultados de estudios llevados a cabo sobre la utilidad, indicaciones y riesgos de los diferentes recursos terapéuticos, utilizando la metodología de la investigación científica. Gracias a los progresos de los métodos de comunicación, esta información ya está disponible para el clínico, por muy alejado que esté de las ciudades importantes del país. La sabiduría para distinguir entre tratamientos útiles e inútiles, o incluso perjudiciales, no debe sustentarse sólo en la experiencia personal, ni en las opiniones expresadas en libros, revistas y consejos de colegas y maestros respetados. Todas ellas deben tomarse con cautela. Constantemente aparecen artículos en revistas médicas que indican resultados favorables obtenidos con nuevos medicamentos y otros procedimientos terapéuticos. Pero la experiencia nos ha enseñado que muchas veces dichas afirmaciones no se comprueban más adelante, y no son pocos los medicamentos y otros procedimientos terapéuticos que se llega a comprobar que son inútiles y hasta nocivos. De ahí la necesidad absoluta de que las conclusiones de las investigaciones estén respaldadas por evidencias sólidas, las cuales sólo pueden lograrse si se hace una aleatorización correcta de los pacientes que reciben y los que no reciben la prueba terapéutica que se esté ensayando. La única excepción a esta regla es cuando un nuevo tratamiento cambia radicalmente el pronóstico fatal de una enfermedad (como ocurrió, por ejemplo, cuando se aplicó la insulina a la cetoacidosis diabética). Volvemos a recomendar la lectura cuidadosa de la serie de artículos publicados en la revista de *Investigación Clínica*.

LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

El clínico está enterado de la presencia de un elemento fundamental en su praxis y que nunca debe despreciarse: la relación médico-paciente.

Complemento a veces de la terapéutica farmacológica, esa relación es a menudo, en sí misma, el arma terapéutica fundamental. De ella nacen la confianza, la fe, la esperanza, la empatía, sin las cuales la clínica pierde un elemento esencial: el humanismo. Hemos dedicado un capítulo entero a analizar la trascendencia que tiene el cultivo de esta relación *sui generis* en el diagnóstico y, sobre todo, en el tratamiento.

ÉTICA MÉDICA

Otro punto que el clínico no olvida jamás es que el arte de la clínica tiene un componente más, un componente que la separará dramáticamente de todas las otras artes; me refiero al componente ético, un componente que nunca debe dejar de acompañarlo. Y para lograr esto no es suficiente que el clínico sea una persona honesta, noble y bien intencionada. Es su obligación estudiar los tratados de Ética médica o Bioética como una parte inseparable de su formación. Por fortuna, no escasean las obras de autores nacionales que tratan a fondo este aspecto fundamental de la profesión del médico.^{12,13}

EL MÉDICO GENERAL

¿Quién es el médico general? El médico general es “el médico propiamente dicho”, es el príncipe de los médicos, es el que cuida la salud de la totalidad de la persona humana, el que está preparado para resolver 85% de los padecimientos; es el que “ve el bosque y no sólo los árboles”, pecado que comete la mayoría de los médicos especialistas; es el que conoce a la familia entera y a menudo es considerado como parte de ella; es el que forma parte integrante del entorno social al que pertenecen sus pacientes y, por ende, los ve como entidades biopsicosociales; es el coordinador de las consultas con los especialistas y, muy a menudo, protege y defiende a los paciente de los errores potenciales que los especialistas pueden infligir involuntariamente, por desconocer a la persona total que es su paciente. El médico general es todo lo que hemos descrito del clínico, y más. Ésa es su meta y su razón de ser. Es la columna vertebral de la medicina clínica.

REFERENCIAS

1. **Lain Entralgo P:** *La evolución de la historia clínica*. 2ª ed. Barcelona, Salvat, 1961.
2. **Castañeda G:** *Ideario clínico en aforismos y frases breves*. México, Castañeda G (ed.), 1946.
3. Cómo leer revistas médicas. México, *Rev Invest Clín* 1988; 40:65; 67-71 73-83, 85-90, 91-98, 99-106.
4. **Wulff HR:** *Rational diagnosis and treatment*. Blackwell, Oxford, 1976.
5. **Pérez MA, López BJ, Lifshitz GA:** El método científico y el razonamiento lógico en el diagnóstico clínico. *Rev Med IMSS* 1985;23:179-186.
6. **Fletcher RH, Fletcher SW, Wagner EH:** *Epidemiología clínica*. España, Ediciones Consulta, 1989.
7. **Sackett DL, Haynes RB, Tugwell P:** *Clinical epidemiology*. A basic science for clinical medicine. EUA, Little, Brown and Co., 1985.

8. **Lifshitz A:** El aprendizaje de la clínica. *Gac Med Mex* 131:571-576.
9. **Lifshitz A:** Arte y ciencia de la clínica. *Rev Med IMSS* 1999;37:1-4.
10. **Lifshitz A:** *La práctica de la medicina clínica en la era tecnológica*. 2ª ed. México, Universidad Nacional Autónoma de México, 2000.
11. **Martínez CF:** *Enfermedad y padecer*. México, Medicina del Hombre en su Totalidad, 1983.
12. **Pérez TR:** *Ética médica laica*. México, Fondo de Cultura Económica, 2002.
13. **Kuthy PJ, Villalobos PJJ, Martínez GO, Tarasco MM:** *Introducción a la bioética*. 2ª ed. México, Méndez Editores, 2003.

Perfil del internista

LUGAR DE LA MEDICINA INTERNA DENTRO DE LA MEDICINA

El concepto de “medicina interna” surgió en Alemania a finales del siglo XIX. En aquellos tiempos la Medicina había entrado en una etapa de rápido progreso en cuanto a conocimientos de fisiología, bioquímica, bacteriología y patología, y ese progreso estaba siendo aprovechado por las nuevas generaciones de médicos para entender, diagnosticar y tratar sobre bases científicas numerosas enfermedades “internas”. El concepto lo adoptó el gran clínico Sir William Osler, quien la definió como “aquella parte de la medicina que se separa de la cirugía, la ginecología y la obstetricia”, y la promovió en la recién fundada escuela de medicina de Johns Hopkins y en su famoso texto de medicina interna. Los médicos especializados en “enfermedades internas” se distinguieron, desde entonces, por practicar una medicina fundada en bases científicas y por tener una visión holística del ser humano enfermo. Pues bien, hace un cuarto de siglo, la medicina interna estaba sufriendo el embate de poderosas fuerzas centrífugas: a resultas del progreso acelerado de la medicina habían nacido, proliferado y crecido vigorosamente subespecialidades médicas como cardiología, nefrología, endocrinología, gastroenterología, etc.; los “especialistas” gozaban de elevado prestigio profesional y, en consecuencia, de beneficios económicos superiores; en EUA había un número mayor de “especialistas” que de “internistas”, y en México, los nuevos hospitales, influidos por esa tendencia, eran hospitales e institutos separados por especialidades: Pediatría, Cardiología, Nutrición, Neurología, Cancerología, etc.

Y los hospitales “generales” tenían organizados sus servicios por especialidades individuales y, hasta cierto grado, autónomas.

Todas estas especialidades son necesarias por las razones siguientes:

- a. El acúmulo de conocimientos médicos es demasiado grande para poder ser abarcado por las posibilidades humanas de cualquier médico.
- b. Sólo el especialista puede penetrar a profundidad en las complejidades de cada sistema, aparato, órgano, parte de órgano. Sólo el especialista puede dominar las técnicas necesarias en los procedimientos diagnósticos y terapéuticos aplicables a su reducido campo de acción, técnicas que exigen toda una vida de dedicación y experiencia.
- c. Solamente el especialista puede hacer avanzar su especialidad, mediante el descubrimiento de nuevos datos y la invención de nuevos procedimientos, o la aplicación en su esfera de interés de los descubrimientos hechos en otros campos de la ciencia.

Sin embargo, aquí aparece la gran paradoja, la sombra que acompaña a la luz brillante de la especialización: el hombre, el objeto y fin de la medicina, es un todo integrado, algo que es más que la suma de sus partes. No es una simple suma de órganos, aparatos y sistemas, y no se enferma por especialidades. Cuando se enferma lo hace, casi siempre, en forma total, integrada. En efecto:

- a. La lesión de un órgano da lugar a respuestas generales de la totalidad del organismo.
- b. La lesión de un órgano puede ser manifestación de un problema general.
- c. A menudo se enferman varios o muchos órganos simultáneamente.
- d. El tratamiento de un órgano repercute sobre el resto del organismo.
- e. El organismo puede sufrir varios problemas médicos simultáneamente.

A estos argumentos se pueden agregar algunos más:

- a. La mayoría de los adultos enfermos sufren, efectivamente, más de una sola enfermedad, y cada una de ellas afecta a más de un solo aparato y sistema de su organismo.
- b. En cada subespecialidad, el diagnóstico diferencial de cada caso casi siempre abarca enfermedades que corresponden a otras subespecialidades; por ejemplo, el dolor precordial que lleva al paciente a consultar al cardiólogo puede no ser anginoso, sino tener su origen en el esófago, en la jaula torácica o en un estado de ansiedad y depresión.
- c. El tratamiento de una enfermedad específica puede afectar negativamente a otras enfermedades concomitantes y también puede provocar complicaciones en otros aparatos y sistemas causando daño iatrogénico; por ejem-

plo, el efecto de los medicamentos antiinflamatorios no esteroideos en el paciente con artritis reumatoide que también tiene úlcera péptica, o colitis ulcerosa o síndrome nefrótico.

- d. No es raro que el paciente solicite la consulta o sea referido a un especialista que no le corresponde.
- e. En realidad, es reducido el número de pacientes que necesitan tratamientos tan sofisticados que sólo el subespecialista los pueda administrar; por ejemplo, no es necesario acudir con el subespecialista para que se atiendan la mayoría de los pacientes con hipertensión arterial, úlcera péptica, colon irritable u osteoartritis.

En conclusión: es indispensable nunca perder de vista la totalidad y la unidad del ser humano, sano y enfermo. El presente y el futuro de la medicina clínica no pueden consistir ni siquiera en tener como su más sólido pilar a los subespecialistas.

El problema no lo resuelve el médico general o familiar... No se malentienda este acierto. Dicho médico es el médico por excelencia. Es imprescindible y urgente que no desaparezca sino que reviva, se tonifique, recobre su dignidad y su sitial. Es el que conoce y cuida al ser humano en su totalidad. Más aún, es el que conoce y cuida a esa superestructura que es la familia. Todo ser humano, en su inevitable contacto con la profesión médica, debería hacerlo, ante todo por intermedio de su médico general o familiar, su “médico de cabecera”. Es éste el responsable del primer contacto; el médico capacitado para resolver la mayoría de las afecciones del hombre enfermo; su guía y maestro en el arte de vivir más sanamente; su guía y consejero cuando, por ser víctima de problemas complejos, requiere la intervención del especialista; por vigilar que se respete la unidad del ser humano, que se evite su fragmentación en partes desconectadas. El médico general o familiar tiene boleto de butaca de primera fila en el espectáculo de la vida, en la comedia humana. Pero esa necesidad de extenderse para abarcar la totalidad del ser humano y de la familia humana sólo puede lograrse a costa del sacrificio de la profundidad. El médico general o familiar suele tener un conocimiento adecuado y habilidad para tratar los problemas médicos más comunes. Pero si esos problemas son más complejos, más intrincados, ¿quién es el médico idealmente llamado para atenderlos? Es necesario llenar un vacío con un médico general que, habiendo sacrificado la extensión excesiva en aras de la profundidad, conozca a fondo y maneje con habilidad, inteligencia y experiencia esa clase de problemas. Que haya renunciado a atender los problemas que maneja satisfactoriamente el médico general, los problemas comunes, habitualmente agudos, los que dan lugar al llamado contacto primario. Que no incluya dentro de una esfera de acción los problemas obstétricos, ginecológicos, pediátricos, quirúrgicos ni los de muchas especialidades autónomas como la oftalmología, la otorrinolaringología, la ortopedia, etc. Todo esto lo dejará al médico familiar y al especialista. Concen-

trará su atención y su acción, en cambio, en todos aquellos problemas médicos que involucren a los órganos, aparatos y sistemas que sólo puedan ser separados en especialidades utilizando el artificio y la violencia, ya que están íntimamente interrelacionados; y se abocará, también, al estudio y manejo de todos aquellos problemas médicos que afecten, de manera simultánea, a varios aparatos y sistemas. Otra manera de llenar el vacío en un área más o menos estrecha es a través del subespecialista, pero que esté capacitado para abarcar todo ese otro extenso territorio. Y dada la índole de los problemas médicos que afectan a esos aparatos y sistemas, su actividad y, por ende, su experiencia en la atención de todo ese “extenso territorio”, no serán cosa de excepción, sino la regla con la que se garantizará su capacidad para desempeñar con maestría su función. Es un médico internista con una subespecialidad, con un interés particular que en nada interfiere con la amplitud y profundidad de su misión. Por el contrario, la una refuerza a la otra. El mejor subespecialista es a la vez un buen internista. Véase, pues, que existe en la medicina contemporánea un amplio campo para el médico internista.

Hace falta el médico general o familiar. Hacen falta los especialistas y subespecialistas. Pero entre unos y otros está el médico internista, que une a la profundidad de éstos la visión panorámica de aquéllos.

Pienso que el médico internista, como el médico general y familiar, tiene derecho a ser considerado como “médico propiamente dicho”, “médico cabal”, cada uno con actitudes, habilidades y destrezas diferentes, y con un rol diferente dentro del sistema de atención a la salud. Conviene subrayar dos habilidades y destrezas emergentes que el médico internista debe dominar: por una parte, conocimientos de epidemiología clínica, análisis de decisiones, medicina basada en evidencias y ética médica; por otra parte, los recursos de la informática electrónica y de comunicación a través de los medios de la tecnología moderna.

EVALUACIÓN DEL INTERNISTA

¿Cómo evaluar la calidad del internista? ¿Cómo juzgar acerca de los resultados de nuestro sistema educativo para la formación de internistas? En el Plan Único de Especializaciones Médicas en Medicina Interna¹ se dedica mucho espacio a la evaluación de los conocimientos del médico internista, pero es bien poco lo que se expresa acerca de las actitudes, habilidades y destrezas que debe mostrar, y cuya importancia es igual o, probablemente, mayor aún que los conocimientos mismos. En efecto, los estudios realizados acerca de las causas de error en el diagnóstico y el manejo de los enfermos nos enseñan que la principal causa no estriba en la falta de conocimientos, sino de ciertas cualidades que debe tener el internista para poder resolver los problemas planteados por los pacientes, y de las tareas que debe ejecutar para resolverlos. Las cualidades que debe poseer son las siguientes:

- a. Actitudes y hábitos: conjunto de ideas y normas puestos en práctica por el internista en su comportamiento médico: integridad, moralidad, compromiso de asumir la responsabilidad de atender al paciente de manera integral; atención meticulosa y comprensiva; amor a la humanidad y amor al estudio.
- b. Talento para establecer relaciones humanas: capacidad de comunicarse, tanto a nivel verbal con extraverbal, no sólo con el paciente sino con sus familiares, con otros médicos y con otros integrantes del “equipo de salud”. Ese talento es necesario para comprender, para establecer relaciones constructivas entre el médico y su paciente, para inspirar confianza, para obtener información veraz y precisa, para lograr transmitir con claridad la información médica pertinente, y para saber cómo responder a los mensajes no verbales que el paciente envía continuamente.
- c. Destreza en el dominio de las técnicas que se requieren para practicar la exploración física y otros procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

Equivocadamente aceptamos como un hecho indiscutible que nuestros residentes han adquirido suficiente maestría en este campo, y la realidad es muy distinta.

Muchos residentes, quizá la mayoría, carecen de la necesaria pericia para efectuar una exploración física bien hecha, completa, precisa e irreprochable. Esa pericia sólo puede adquirirse mediante una disciplina rigurosa prolongada. A esto, que es esencial, deben añadirse otras habilidades especiales, que van desde la simple puntuación venosa y arterial hasta la toracocentesis, paracentesis abdominal, biopsia hepática y renal, inserción de catéteres, etc.

- d. Cualidades intelectuales. Se ha dicho que “el componente más importante del estetoscopio es el que está localizado entre las dos piezas auditivas, es decir, el cerebro”; en otras palabras, el complejo de cualidades intelectuales incluye:
 1. Conocimientos: acervo de conocimientos acerca de la estructura y función del ser humano sano y enfermo, y capacidad de aplicar estos datos a los casos clínicos individuales. Este acervo de conocimientos se obtiene, en parte, mediante la educación formal del médico, en parte por la educación médica continua y, por encima de todo, por la experiencia.
 2. Organización: habilidad de organizar sistemáticamente los datos clínicos y los conocimientos, a fin de crear un orden lógico, orientado y dirigido. Es la capacidad de combinar los hallazgos para lograr poner en evidencia su relación espacial y temporal. Es la capacidad de derivar de dicho conjunto organizado de datos planes de diagnóstico y de terapéutica lógicos, y la de crear expedientes clínicos congruentes y susceptibles de ser objeto de estudio y de interpretación.

3. Síntesis: proceso de construir un proceso integrado mediante la combinación lógica de todos los datos de información; talento para definir el o los problemas y el o los diagnósticos.
4. Juicio clínico: habilidad para tomar decisiones clínicas mediante la adjudicación de valores atinados y correctos a los diferentes elementos de la problemática del paciente; en otras palabras, habilidad de seleccionar con tino entre varias posibilidades diagnósticas y terapéuticas; habilidad de ponderar correctamente los beneficios y riesgos de cada acción; habilidad de valorar la urgencia de una medida determinada; habilidad de establecer prioridades diagnósticas y terapéuticas; habilidad de valorar las contribuciones publicadas en la literatura médica periódica.

Todas las cualidades mencionadas se aplican a la ejecución de las tareas esenciales del médico internista: la historia clínica; la identificación de los problemas del paciente; la apropiada selección y atinada interpretación de los procedimientos paraclínicos de diagnóstico, y la aparición de las acciones preventivas, terapéuticas, de rehabilitación, de educación al paciente y de promoción de la salud que cada caso requiera.

El médico internista debe ser, ante todo, un médico cabal. Debe, pues, reunir en su persona las cualidades que se han descrito en otro capítulo de este libro (*La relación médico-paciente*).

REFERENCIAS

1. Plan Único de Especializaciones Médicas. Medicina Interna. Div. Estudios de Posgrado e Investigación. Subdivisión de Especialidades Médicas. Facultad de Medicina, UNAM.

Plegaria de Maimónides

Misericordioso. Creaste el cuerpo del hombre con toda Tu sabiduría.

Lo has dotado del saber requerido para que pueda aliviar sus dolencias, logre distinguir entre el orden y el desorden y pueda preparar los remedios necesarios para curarlo y prevenir el mal.

Auxíliame, Oh Señor, en esta gran labor, para que pueda ser útil.

Que el amor hacia mis semejantes y el amor a mi arte sean mis guías.

Que ni la sed de ganancias ni el ansia de fama influyan en mis servicios.

Preserva la fuerza de mi cuerpo y de mi alma.

Ilumina mi entendimiento, para que logre ver y entender lo que se encuentre presente y pueda conjeturar lo que se encuentre oculto.

Concédeme que los enfermos confíen en mí y en mi arte.

Ahuyenta de su lado a todos los charlatanes.

Que nunca surja en mí la noción de que ya sé bastante, pero dame las fuerzas, el tiempo y el ahínco necesarios para enriquecer mis conocimientos.

Nuestra labor es grandiosa y la mente del hombre presiona sin cesar hacia adelante.

Tú me has escogido en Tu gracia para que yo vigile la vida y muerte de sus creaturas.

Me apresuro a cumplir con mi deber.

Guíame en esta inmensa labor para que sea de provecho.

Moisés Maimónides (1135-1204)

El tratamiento del padecer

De ser cierto que lo que impulsa a la persona a solicitar la ayuda del médico es su padecer, y que el padecer es más que la enfermedad (pues la abarca, aunque incluye muchas cosas más), resulta entonces paradójico que la tendencia de la medicina actual esté más orientada hacia la enfermedad, en forma exclusiva o predominante. Las consecuencias de esta orientación no deben sorprender a nadie: van de manera paralela con el impresionante progreso logrado en el sentimiento de frustración, e incluso de franca hostilidad, de parte de la sociedad contra el establecimiento médico y muchos de los individuos que lo integran. No podía ser de otra manera: el médico sabe cada vez más acerca de las enfermedades y cada vez menos acerca de los enfermos. Los medios de información dan a conocer al público, casi todos los días, nuevos y sensacionales descubrimientos e inventos en el área biomédica, y los consultorios, las clínicas y los hospitales están repletos de pacientes descontentos de la atención recibida. Si bien es verdad que en este desencanto influyen muchos factores, es preciso insistir en que el más importante de todos es ese fatal desconocimiento (o desprecio), por parte de los médicos, de la compleja naturaleza del mal para cuya curación o alivio se invoca su ayuda. Hay un verdadero desajuste entre lo que el paciente necesita y pide y lo que el médico provee, y este desajuste ha sido un infortunado (pero no inevitable) producto del gigantesco desarrollo del conocimiento de las bases biomédicas de la medicina.

Este desarrollo es infortunado mas no inevitable, porque no se opone, no presenta ninguna incompatibilidad intrínseca, sino que podría y debería articularse felizmente con ese otro aspecto, no menos científico, del conocimiento del hom-

bre, que es el del hombre como persona, como ente biopsicosocial, como todo y parte, como individuo que padece.

¿En qué consiste el tratamiento del padecer? Propone el autor que incluya los siguientes componentes.

- **Primero:** es indudable que la enfermedad subyacente, que existe en buena parte de los casos, aunque no siempre, debe ser diagnosticada y tratada con todos los medios accesibles al estado actual de la medicina científica. Es insensato olvidar la enfermedad, descuidarla a favor del tratamiento exclusivo o predominante del cortejo de manifestaciones psicológicas y sociales que la acompañan, y es tan absurdo como descuidar éstas y tratar la enfermedad, o quizá más absurdo. La enfermedad debe ser tratada. No debe haber excepción al viejo aforismo médico: “Si puedes curar, cura; si no puedes curar, alivia; si no puedes aliviar, consuela.” El médico tiene la obligación moral y legal de mantenerse al corriente de los avances biomédicos, científicos y tecnológicos, y de aplicarlos con destreza y tino. En muchas ocasiones (sobre todo en los padecimientos agudos) el tratamiento de la enfermedad basta, cuando es exitoso, para curar a la vez la enfermedad y el padecer. En cambio, la atención al padecer es particularmente importante en los padecimientos crónicos, los cuales ocupan una proporción cada vez más amplia de la práctica médica actual.
- **Segundo:** es esencial que el médico obtenga el mejor conocimiento posible de la persona que padece. Este tema se ha expuesto en forma amplia en el capítulo *¿Consulta médica o entrevista clínica?*
- **Tercero:** importa establecer un puente entre el modelo explicativo científico del médico y el modelo explicativo del paciente cuando el de este último sea diferente, por ser un modelo popular o tradicional, y cuando existan discrepancias en el contenido cognitivo, los valores, la expectativa y las metas terapéuticas de uno y otro modelo. Se expondrá un ejemplo aprovechando un caso clínico del autor.

La señora Sofía Chávez, de 58 años de edad, tiene obesidad moderada y antecedentes de lupus eritematoso, que, por fortuna, ha sido muy poco activo en años recientes. En cambio, desde hace varios años, la paciente ha venido sufriendo periodos cada vez más frecuentes e intensos de “lumbago”, que ha atribuido a cambios meteorológicos como la humedad y el frío. El episodio más reciente se acompañó de irradiación “ciática”, y no cedió ante reposo físico, calor local, ejercicios y administración de medicamentos antiinflamatorios no esteroideos, los cuales, por otra parte, originaron síntomas de irritación gástrica importante. Finalmente, la paciente consintió en consultar a un médico ortopedista especializado en problemas de la columna vertebral. Un joven ayudante practicó la historia

clínica; a continuación entró en el cuarto de exploración el especialista, quien realizó algunas maniobras de exploración física, echó una ojeada a las placas radiológicas, diagnosticó espondilolistesis y estenosis espinal y dictó al ayudante una prescripción consistente en ejercicios y medicación antiinflamatoria no esteroidea. La consulta con el médico especialista duró apenas 10 o 12 minutos; el diálogo fue mínimo y la señora Chávez no pudo aclarar las dudas que tenía, como la influencia del clima, la manera de evitar el efecto nocivo de los medicamentos y, en especial, la utilidad de la acupuntura en casos como el de ella. No es de extrañar que abandonara el consultorio con sentimientos de frustración y hostilidad, y con la convicción reforzada de que “los médicos son soberbios, inhumanos y no le hacen caso al enfermo”. Decidió consultar a una doctora china, especializada en acupuntura y altamente recomendada por algunas amistades. Quedó positivamente impresionada por el aspecto de la doctora, a la vez digno y amable, por la meticulosidad de su interrogatorio y su exploración física, la delicadeza de sus maniobras exploratorias y terapéuticas, la sensación de no estar de prisa y la calma y paciencia que mostró para contestar todas las preguntas de la paciente. “Ésa sí que es una verdadera doctora”, le comentó a su escéptico marido, médico él mismo. Al completar las sesiones de acupuntura, se fue a visitar a su hermana, quien vive en una ciudad de clima cálido y seco, y regresó prácticamente asintomática.

Los errores cometidos por el especialista fueron numerosos y evidentes. La consulta médica duró excesivamente poco, fue totalmente impersonal, dedicada a la enfermedad y no al padecer, carente de diálogo, frustrante para la paciente, que se vio imposibilitada de expresar sus dudas. Es difícil de perdonar el hecho de que el especialista no tomara en cuenta el fracaso y los efectos iatrogénicos negativos de los medicamentos antiinflamatorios previamente utilizados, uno de los cuales volvió a recetar. Además, y esto es lo que interesa señalar aquí, en ese momento el médico no se enteró (o no quiso tomar en cuenta) del conjunto de ideas que tenía la paciente sobre su enfermedad, conjunto que constituía su “modelo explicativo” personal, un modelo que incluía una idea popular: el papel del clima en los dolores “reumáticos”, y un método terapéutico originado en la medicina popular china, pero adoptado casi universalmente: la acupuntura. Ninguno de estos componentes del modelo explicativo de la paciente ha sido rechazado cabalmente por el “modelo científico” actual, si bien se carece de una explicación lógica que permita encajarlos cómodamente dentro de dicho modelo. En todo caso, si en lugar de haber realizado una breve consulta el especialista hubiese llevado a cabo una entrevista en la cual se hubiesen ventilado estos elementos; si hubiese expresado una opinión escéptica, pero no totalmente negativa acerca de ellos, si hubiese creado una atmósfera de cooperación, comprensión y confianza, los resultados hubieran sido diferentes. La paciente mejoró sintomáticamente, pero no es posible afirmar que dicha mejoría no haya sido más que parte de la

evolución natural de la enfermedad crónica que padece. Sin embargo, es muy probable que hayan influido en su mejoría los factores psicológicos positivos resultantes de su interacción con la acupunturista.

En resumen, es importante que el terapeuta esté dispuesto a negociar con su paciente, a respetar sus puntos de vista, a aceptarlo como socio, como colaborador en la empresa de buscar curación o alivio; que ofrezca a su paciente su sistema explicativo “científico” con firmeza, pero sin arrogancia; que le explique las deficiencias, contradicciones e imperfecciones del modelo popular o folclórico, y que intente encontrar una posición de avenencia que dé cierto acomodo a las ideas del paciente si éste se aferra a ellas y si su instrumentación es inofensiva (como el del caso utilizado en el ejemplo).

Se ha dicho, no sin razón, que el ser médico brinda, a cada paso, razones poderosas para ser modestos. Si no bastara la cotidiana evidencia de la limitación de las capacidades del médico para diagnosticar y para curar, hay que añadir que mucho de lo que sí sabe se lo debe a sus pacientes. Si se repasa la historia de la medicina, se comprueba que generaciones sucesivas de médicos no menos inteligentes que los actuales aceptaron en su tiempo, con la misma seguridad y soberbia que en la actualidad, cierta sucesión de modelos explicativos acerca de las enfermedades, y que éstos se derrumbaron, uno tras otro, con la evolución de los conocimientos y la transformación de los paradigmas que los fundamentaban. ¡Los médicos de hoy no debemos cometer el error de quienes los precedieron, al afirmar con arrogancia que somos los poseedores de la verdad definitiva!

No es posible terminar este capítulo, dedicado al tratamiento de la persona que padece, sin subrayar la importancia terapéutica de las acciones de inyectar fe y esperanza, de recordar al paciente la capacidad regenerativa del organismo vivo a la vez que los progresos cotidianos de la investigación científica, y de encender y estimular el amor a la vida. El tema se trata en el capítulo dedicado al manejo del paciente grave, próximo a morir, pero es más pertinente aún en el enfermo crónico. Resulta apropiado reproducir lo que en otro lugar se escribió en relación con “el amor a la vida” o “el ansia de vivir”.

El ansia de vivir

La era tecnológica en que viven los médicos de hoy no ha logrado ocultar un fenómeno misterioso, una fuerza que, como aliada poderosa unas veces, o como enemiga implacable otras, desempeña un papel fundamental en el resultado final de la lucha en contra de la enfermedad y de la muerte. Mientras se aguarda a que los progresos de la ciencia descubran su verdadera esencia y se le dé un nombre más atinado, se conoce esa fuerza como “amor a la vida” o, mejor aún, como “ansia de vivir”.

¿Acaso no han sido testigos, los clínicos de todos los lugares y todos los tiempos, de numerosos casos que hacen evidente la existencia de esa fuerza?

Un hombre, tras fatigosa labor de muchos años, encuentra sus sueños rotos, sus esperanzas fallidas, su tarea fracasada, sus metas inaccesibles, y se siente embargado por la desilusión; otro experimenta sentimientos de desesperanza y desamparo por esas y otras razones, de las cuales la pérdida de un ser querido es la más importante, y otro más, habiendo alcanzado sus metas y llegado a la edad de la jubilación y el retiro, abandona la cotidiana brega y se enfrenta al vacío, a la rutina gris, a la ausencia de desafíos y de problemas. ¡Qué fácil es que todos estos hombres y mujeres enfermen, que no respondan a los esfuerzos terapéuticos que la ciencia les proporciona, y que mueran!

La estadística, poderoso instrumento que permite dar validez científica a las experiencias individuales, ha confirmado sin dejar lugar a dudas ese conocimiento universal. En cambio, cuando está aliada al hombre, el ansia de vivir hace milagros que la ciencia intenta atribuirse o, con cierta modestia, trata torpemente de explicarlos.

Una tarea urgente que apremia, un hogar cálido que espera y, sobre todo, seres a quienes amar, instilan un oculto elixir y son el verdadero Rafael, el antiguo ángel hebreo, el dios de la medicina, el verdadero agente de la curación y la salud. Escondida en el “efecto placebo” de los medicamentos; volando en las palabras de aliento y optimismo del médico; transmitida por los ocultos caminos de la comunicación extraverbal; tonificada poderosamente por la fe y el amor; explotada artificiosamente por los hechiceros, los brujos y los charlatanes: ahí se encuentra esa fuerza poderosa, el ansia de vivir, sin cuya presencia en las postrimerías del siglo XX, el siglo de la ciencia y la tecnología, los médicos no habrían podido ejercer. Ya que el “amor a la vida”, el “ansia de vivir”, es una poderosísima fuerza curativa, acaso la más potente de todas, ¿qué puede hacer el médico para movilizarla, para hacerla surgir, darle impulso, alentar su acción vivificante?

Existe una condición *sine qua non*: el médico mismo debe ser poseedor de ese amor a la vida. A pesar de que su vida propia transcurre “bajo la sombra de la muerte, entre los dolores del cuerpo y los de alma”, puesto que es médico, debe poder decirse diariamente, al principio y al final de la jornada, con honda convicción: “¡Qué bella, qué buena es la vida!” Una segunda condición es la existencia de una comunicación completa, libre de barreras de toda clase, entre el médico y su paciente; una comunicación entre humanos, entre iguales, en la cual el médico vea a su enfermo “no como medio sino como fin” (Kant), en la cual sea posible el diálogo “Tú y Yo” (Buber), en la cual no existan, por parte del médico hacia su paciente, esa “simpatía” y esa “bondad” del superior hacia el inferior, sino que entre ambos haya eso que se llama “empatía”. Implícita en esta condición está la transmisión honesta del mensaje “No estás solo, yo estoy contigo, yo te acepto tal como eres”.

Existe una tercera condición: el médico debe tener fe en su paciente: fe en que aún exista en él, por escondido que se encuentre, el instinto de vivir; fe, también, en sus cualidades ocultas, en su potencialidad creativa, en su capacidad de conocerse y aceptarse a sí mismo, en la posibilidad de enriquecer su propia existencia y de desarrollar su propia esencia.

Poseedor de un secreto, el de la inevitabilidad de la muerte, el hombre se encuentra solo y, por así decirlo, fuera de la naturaleza. Pero la posesión del secreto es, al mismo tiempo, una especie de gracia, ya que le señala a su dueño la importancia suprema de cada día, de cada minuto, del hoy y del ahora. Si otros olvidan esta verdad y llenan su mente de remordimientos por hechos pretéritos y de temores de desastres futuros, el médico nunca debería olvidarla, y mucho menos cuando se encuentre frente al paciente que ha perdido el ansia de vivir. ¡Qué frecuente es que este tipo de enfermo haya vivido como si sólo existiesen el mañana y el ayer! El médico debe transmitir al paciente, con toda la fuerza de la convicción, con amor y amistad, la importancia suprema del único momento que en verdad puede vivir: ahora.

El paciente que ha perdido el amor a la vida es, casi siempre, un ser que ha vivido en función de valores externos y de las opiniones ajenas; su meta ha sido el “éxito”, entendido como la consecución de esos valores y de esas opiniones. Así, obligado a vivir en contradicción con su propio yo, sufre sentimientos de ansiedad y depresión. El médico debe transmitirle la necesidad de desechar esos valores y opiniones ajenos, para que se ocupe de su propio desarrollo, siga su propia vereda, cultive su propio jardín interior, toque su propia melodía.

Atrapado en el conflicto entre los valores externos impuestos por su medio social y su verdadera esencia, el paciente que ha perdido el ansia de vivir ha aprendido a suprimir las voces de su propio yo. Pues bien, ¡que las vuelva a escuchar! Son esas voces que le dicen: “esto me gusta... esto no... cómo quisiera hacer esto otro...” Este mismo es el mensaje que Sócrates clavó en la puerta de su casa: “Hombre, conócete a ti mismo.” Y al escuchar esas voces interiores, el paciente encuentra que transmiten un mensaje diferente del que quizá le enviaron en otros tiempos, ya pasados, antes de haber sido silenciados, recordándole que la vida no es nunca estática, sino que es un proceso dinámico, de continua búsqueda y crecimiento. Ésta es una verdad para todos, tanto para el paciente como para el médico, quien también debería, de vez en cuando, hurgar, examinar y reexaminar su propia vida.

Vivir el ahora no está reñido con la necesidad de acariciar metas e ideales. De lo que se trata es de que, si bien hay que escoger una vereda determinada, importa vivir y disfrutar cada paso. Quizá, como dijera Cervantes, sea más importante el camino que la posada. En todo caso, una de las tragedias de la cultura occidental, de esta era tecnológica, es la pobreza de ideales que ofrece al hombre.

En otras épocas era el héroe, el santo, el hidalgo y el místico. Ahora la meta parece ser “un hombre y una mujer bien integrados, bien adaptados”. Hay que invitar al paciente que ha perdido el amor a la vida a que, escudriñando en el interior de sí mismo, escuchando esas voces silenciadas, descubra sus propios y personales ideales, unos ideales que harán que valga la pena luchar y sufrir con tal de alcanzarlos.

Hay otra tarea esencial del médico ante el paciente que ha perdido el amor a la vida: protegerlo de la soledad, la enfermedad y el dolor que tienden a aislarlo. Cuando se enferma, aquellas fuerzas exteriores que lo sostenían antes, como el prestigio y la posición social, se debilitan y se esfuman. A veces no le quedan al paciente más que su médico y sus recursos internos: el médico, que al hacerle sentir que lo acepta tal como es, sin reservas ni temores, lo ayuda a perder el miedo a encontrarse consigo mismo, y sus recursos internos, injustamente devaluados, que ahora son los encargados de la tarea de impulsarlo a la salud y a la vida.

La más sabia lección que puede recibir el médico, y su más rica paga, es descubrir, por medio del contacto con sus pacientes, la fuerza y la dignidad que tienen en su interior, su profundo altruismo y las cualidades positivas y valiosas que encierran en sí mismos.

El curanderismo

El progreso de la medicina no parece haber hecho mella en la popularidad de las prácticas médicas llamadas alternativas o complementarias, las cuales, ya sean tradicionales o nuevas, populares o esotéricas, siguen atrayendo a un número importante de pacientes, que evidentemente las prefieren a la medicina “científica”.¹ De todas ellas, la más antigua y arraigada en México es la visita al curandero, práctica que ha recibido el nombre de curanderismo. ¿Cómo se explica su popularidad, a pesar de los asombrosos resultados que suelen alcanzarse con la medicina “científica”?

Se acepta el hecho de que, en ocasiones, la visita al curandero es consecuencia de la desesperación del individuo ante el fracaso de esa medicina (pues no faltan las enfermedades y padeceres en que esta práctica no tiene éxito). Habrá que aceptar, también, que el curanderismo tiene un porcentaje elevado de éxitos como práctica curativa. ¿Cómo se explica su éxito? ¿Acaso aporta algo valioso, que es inaccesible a quienes acuden con los médicos alópatas en busca de alivio? Y si la respuesta a esta pregunta es afirmativa, ¿será tal vez posible incorporar ese algo a la práctica de la medicina “científica”, con objeto de incrementar su eficacia? ¿Existe compatibilidad entre ese “algo” y los paradigmas de la medicina de los médicos?

Se ha estudiado la literatura, ciertamente escasa, dedicada a este apasionante tema. El libro titulado *Curanderismo*, de los antropólogos y sociólogos Trotter y Chavira,² ha sido particularmente instructivo, y de él se ha entresacado buena parte del material que aparece en este capítulo.

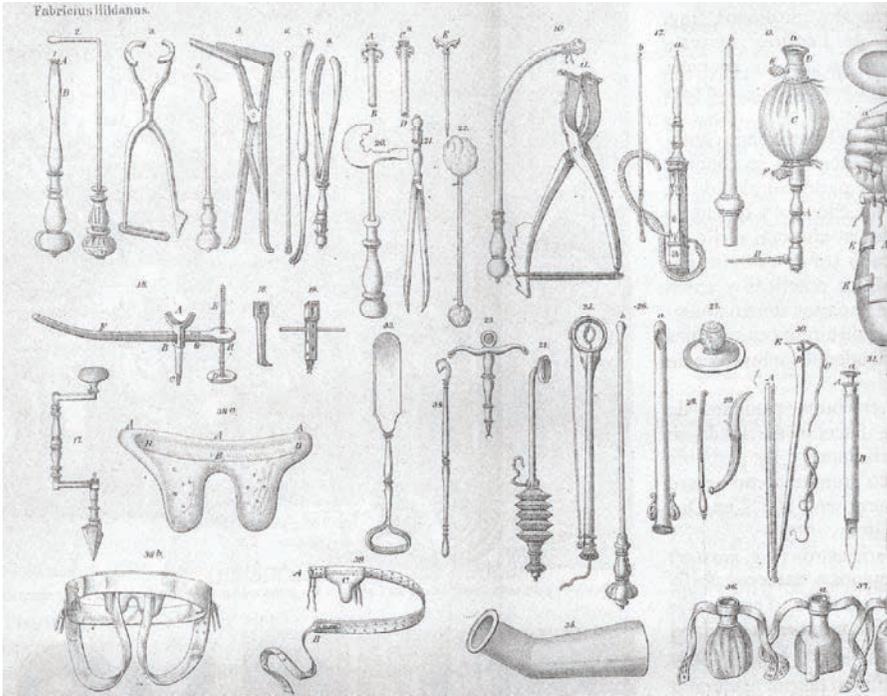
Visitan al curandero, en busca de alivio, pacientes de todas las capas sociales y de todos los estratos económicos, víctimas de toda clase de padecimientos, desde los más sencillos hasta los más complejos y graves. Los diagnósticos enunciados con más frecuencia son: empacho, bilis, caída de mollera, hemorragias y flujos genitales, cólicos, cálculos, fiebres, enfermedades de la piel, reumatismos, jaquecas, “susto”, “mal de ojo”, mala suerte, “complejos”, problemas familiares y de trabajo.

Puede verse que muchos de estos padecimientos son atribuibles a causas “naturales”, mientras que algunos otros (que constituyen el volumen principal de casos que visitan a los curanderos más afamados) se pueden atribuir a causas “sobrenaturales”, si bien es común que los curanderos acepten la participación combinada de unas y otras. En efecto, un principio comúnmente aceptado por ellos es que todo padecer es el resultado de la pérdida de la armonía entre los factores físicos, los psíquicos y los “espirituales”.

Algunos curanderos y curanderas están especializados: parteras, sobadores y yerberos. Otros, calificados como poseedores de dones más profundos, aplican diversos recursos “sobrenaturales”, además de utilizar los más variados objetos para sus curaciones. Así, ejecutan actos rituales, invocan a santos y espíritus, y de este modo crean una atmósfera propicia para sus fines terapéuticos. Algunos más afirman tener poderes ocultos sobre los seres sobrenaturales; por ejemplo, sostienen que son capaces de enviar “vibraciones” procedentes de su mente y dirigidas a la curación del paciente.

Los objetos utilizados son, como regla general, los comúnmente usados en la vida diaria: hierbas (orégano, manzanilla, anís, borraja); frutas (naranja, limón, papaya); nueces; flores (rosas, geranios); especias; objetos religiosos (crucifijos, estampas de santos, velas, incienso, aceites, agua bendita), tarjetas, listones, alumbre. Son de uso común las infusiones (de borraja para las fiebres; de flor de tila para el nerviosismo y el insomnio; de hierba de la golondrina para la aplicación de duchas vaginales; de pistilos de elote para los males urinarios), así como los emplastos (de linaza y fresno para padecimientos cutáneos). Otras hierbas, dotadas de supuestas propiedades espirituales, se utilizan en las “limpias” (como la ruda, el romero y el albacar). El curandero pide permiso a las plantas y explica con qué objetivo va a arrancarles las ramas; invoca a los santos (San Martín de Porres, San Judas Tadeo, Santa Marta) y a los espíritus (como el del Niño Fidencio); rocía agua bendita para contrarrestar las influencias negativas; enciende velas para rechazar a los espíritus oscuros y atraer a los espíritus de luz, y también usa perfumes, aceites e incienso, con el fin de atraer a los espíritus benevolentes.

Uno de los rituales más socorridos es la “**limpia**” o “**barrido**”, cuyo propósito es vencer a las fuerzas negativas y transferirlas a otro objeto, proporcionándole al enfermo, al mismo tiempo, energía espiritual. El curandero utiliza objetos varios, como huevos de gallina, limones, ajos, cebollas moradas, palomas, gallinas



negras, velas, alumbre, aceites y perfumes, incienso, ramas de albarca, ruda y romero, y los emplea para ejecutar movimientos de barrido, desde la cabeza hasta los pies del enfermo, a la vez que entona rezos en los que se apela a Dios, a los santos y a otros seres espirituales, solicitando que le devuelvan la salud al enfermo. Estas invocaciones, el contacto del enfermo con objetos dotados de poderes místicos y el canto monótono del curandero contribuyen a llevar al enfermo a un estado de trance hipnótico.

Otra práctica común, el **sahumerio**, consiste en el calentamiento del incienso apropiado, colocado sobre brasas, y en su paseo por todas y cada una de las habitaciones, sin descuidar un solo rincón. Durante todo el paseo, el curandero lee o recita los rezos apropiados, rogando que el santo o la santa devuelva la paz y la armonía a esa casa. Al final, se rocía de agua bendita el piso de cada habitación, y se enciende una vela que permanecerá encendida durante siete días. De esta manera, el sahumero elimina las influencias negativas, la mala suerte, los conflictos maritales y las enfermedades, y si se lleva a cabo en tiendas o ranchos, asegura el éxito, la buena cosecha y la protección contra competidores y enemigos.

En el **sortilegio** o **conjuro** se usan listones para atar las influencias malignas que están perjudicando al paciente causándole abusos alcohólicos, infidelidades, hijos rebeldes, pérdida del empleo y otros males.

El **susto** o **pérdida del alma** se considera el causante de trastornos estomacales, diarreas, pérdida del apetito, irritabilidad, letargo y pérdida de peso. La cura se lleva a cabo con el enfermo acostado y cubierto por una sábana; luego se barre con una escoba vieja toda su superficie corporal mientras el curandero recita tres veces el Credo de los apóstoles. Al final de cada recitación, el curandero susurra al oído del paciente: “Vente, no te quedes ahí”, y éste le responde: “Aquí vengo.” El paciente se cubre de sudor y entonces se le da a beber una infusión hecha con hierba de anís. Finalmente, el curandero le deposita una cruz de palma en la cabeza, y les pide a Dios y a la Santísima Trinidad que le devuelvan la fuerza espiritual al sujeto.

Para curar el mal de ojo se recorre el cuerpo del enfermo tres veces, haciendo el signo de la cruz, con un huevo de gallina, mientras el curandero recita tres veces el Credo de los apóstoles. En seguida se rompe el huevo y se lo deposita en una jarra con agua que se coloca junto a la cabeza del enfermo, y se vuelve a recitar el Credo; se instala luego la jarra debajo de la cabecera de la cama hasta la mañana siguiente, cuando el huevo se arroja al fuego, o con sus fragmentos se hace la señal de la cruz.

Los problemas más serios, “de nivel espiritual”, exigen que el curandero, que en estas condiciones tiene que ser un “chamán” o médium, entre en estado de trance, para expulsar de su cuerpo a su propio espíritu y hacer que el lugar sea ocupado por espíritus benévolos, que tomarán entonces el control de su cuerpo y lo utilizarán para comunicarse con el paciente, a fin de liberarlo de enfermedades sobrenaturales que pudieran haber sido causadas por la intervención de brujos o espíritus malévolos.

Hasta aquí una descripción, ciertamente incompleta, de las actividades realizadas por los curanderos. ¿Acaso habrá que acusarlos de charlatanes y estafadores que se aprovechan de la credulidad de las gentes simples o de la desesperación de los enfermos desahuciados?

Sin duda los hay, como en todas las profesiones, pero es probable que la mayoría crean sinceramente en su “ciencia”, en el poder curativo de sus métodos, y en la posibilidad de invocar la ayuda de los poderes de santos y espíritus benignos, y de influir en el comportamiento de los espíritus malignos que, en el medio cultural en que se desenvuelven estas gentes, son aceptados como verdades fuera de todo cuestionamiento. Creyéndose poseedores de dones procedentes de la divinidad, muchos sienten la obligación moral y religiosa de utilizarlos para ayudar a los necesitados.

No cabe la menor duda de que, en numerosos casos, los curanderos obtienen logros en sus prácticas curativas; si no fuera así, hace mucho tiempo que esa profesión habría dejado de existir. Ese éxito debe obedecer a las mismas razones por las que lo obtuvieron muchos médicos que la historia ha calificado de “grandes médicos”, desde antes de Galeno hasta no hace mucho tiempo, cuando la medici-

na seguía apoyándose en juicios y conceptos que la ciencia moderna califica de falsos y ridículos.

¿Cuáles son las razones de esos éxitos? Puede haber varias. Numerosos padecimientos son autolimitados, y su historia natural es que desaparecen espontáneamente gracias a los admirables mecanismos defensivos presentes en todos los seres vivos, incluyendo el ser humano. “Muchos enfermos se alivian por el médico, sin el médico y a pesar del médico.”

Los curanderos no son totalmente ignorantes de la terapéutica utilizada por los médicos alópatas; cuando lo consideran apropiado, administran antimicrobianos, analgésicos, antialérgicos, purgantes, etc. Las hierbas y otros productos vegetales tienen, sin duda, propiedades farmacológicas genuinas, que los yerberos conocen y aprovechan basándose en los conocimientos empíricos que las sociedades han acumulado a lo largo de los siglos. Es bien sabido que muchos de los mejores medicamentos de esta época tuvieron ese “humilde” origen. Otro tanto puede decirse de los métodos terapéuticos aplicados por los “sobadores” para el alivio de problemas musculares y articulares.

Sin embargo, seguramente el recurso terapéutico más importante, aplicado con singular maestría por los curanderos, sea la psicoterapia y, en especial, una rama de ella: la sugestión. La aplica, generalmente de manera menos hábil, sabiéndolo o no, cada médico que prescribe un medicamento o aplica una maniobra terapéutica. En efecto, casi sin excepción, el medicamento y la maniobra producen resultados que sobrepasan los que se esperarían a partir de las propiedades terapéuticas conocidas de uno y otra; se trata del efecto placebo. La importancia de este efecto en la práctica médica se ha subestimado, pero su poder es bien conocido por los investigadores, que, cuando estudian las propiedades farmacológicas de todo nuevo medicamento, toman infinitas precauciones para evitar su intromisión, para lo cual exigen que las pruebas sean “doblemente ciegas”; así, tanto el paciente como el médico que administra el compuesto en estudio ignoran si el producto administrado es dicho compuesto o una sustancia inerte. El efecto placebo es un ejemplo del poder terapéutico de la sugestión. Otros ejemplos de ésta se observan en algunas técnicas de psicoterapia, en la hipnosis terapéutica, en diversas formas de condicionamiento (reflejos condicionados), en la biorretroalimentación (mejor llamada biorretroestimulación) y en diversas maniobras terapéuticas mecánicas.

¿Cómo se explica el poder de la sugestión? Es preciso reconocer que no existe una respuesta clara y aceptable a la pregunta.

Viniegra³ afirma:

El efecto placebo tiene un supuesto ineludible: la integridad del organismo. Requiere de la totalidad para hacerse patente. Actúa a través del nivel superior de la Integración y por lo tanto constituye una serie concertada

de acontecimientos extraordinariamente selectivos, precisos y limitados en el tiempo, que modifican al propio organismo para mejorar o sanar.

Aquí habría que hacer las siguientes observaciones:

1. Es un hecho que una elevada proporción de los pacientes que acuden con el curandero tienen alteraciones exclusivamente psicosociales. Es ahí en donde es más evidente el éxito de su método terapéutico. En cambio, es prácticamente nulo cuando se trata de enfermos con lesiones somáticas francas, y es trágico cuando la ausencia de un diagnóstico y un tratamiento médico científico permite que dichas lesiones evolucionen hasta llegar a un final fatal.
2. Es también un hecho que, como se ha señalado repetidas veces en este libro, existe una importante diferencia entre enfermedad y padecer. La enfermedad puede ser asintomática, o dar origen a síntomas que, si no hubiese factores psicológicos (que, sumados a la enfermedad propiamente dicha, constituyen el padecer), podrían ser aliviados o eliminados por los métodos del curandero; el residuo, si acaso existe, no causa alarma en el paciente, y deja de llamarle la atención, pues ya se considera curado. El “padecer” ha dejado de existir.
3. Finalmente, se reconoce también que las enfermedades se deben, generalmente, a constelaciones etiológicas y no a un agente causante aislado. En dichas constelaciones etiológicas no es excepcional que los factores psicosociales desempeñen un papel relevante, ya sea como predisponentes, como contribuyentes o como desencadenantes. En cualquiera de esas situaciones, su alivio, logrado mediante cualquier tipo de psicoterapia, puede ser suficiente para que el enfermo se cure.

Un conjunto de factores se asocian para amplificar el poder psicoterapéutico del curandero. Para empezar, éste es un miembro de la comunidad, con la que comparte la manera de vivir, el idioma, las costumbres, los familiares y amigos, la religión, los mitos y creencias, los sistemas explicativos. El acceso a él es fácil, desprovisto de los obstáculos burocráticos y del proceso deshumanizante de la atención médica institucional. El curandero involucra a la familia entera, al entorno social, ¡hasta a las plantas!, en el proceso curativo; el soporte social es formidable. La religión del paciente, su concepción del mundo y de la vida y de sus misterios, su interpretación de lo que es salud y enfermedad, los aprovecha al máximo el curandero. Éste conoce y trata al paciente, no como un órgano enfermo, sino como una totalidad biopsicosocial, y como parte de sistemas aún más altos: la familia y la comunidad. Se dice que el curandero combate el padecer y no la enfermedad.

Todo se suma para crear condiciones óptimas de psicoterapia: el soporte social, la identidad de conceptos y valores, el poder de la religión y de las creencias

mágicas del pueblo, el escenario montado hábilmente para crear el máximo impacto y la atención dirigida a la totalidad de la persona. Compárese este escenario con la experiencia habitual del usuario de las instituciones médicas, en las que, además de los factores antipsicológicos y deshumanizantes ya mencionados, se encuentra la aplicación de un modelo biológico que no toma en cuenta a la persona; así, no cuesta ningún trabajo entender por qué se prefiere al curandero.

¿Quiere decir todo esto que se aboga por que el curanderismo sustituya a la medicina científica? ¡Por supuesto que NO! Ésa sería una conclusión absurda y grotesca. El curanderismo es primitivo, está saturado de ideas equivocadas, de supersticiones, superchería y magia. Puede ser útil para aliviar males menores, en su mayoría psicológicos y psicosomáticos. Es totalmente inútil en el resto de los casos. Es oscurantista y retrógrado. Lo que sí importa afirmar es que la práctica del curanderismo incluye elementos valiosos que la medicina científica ha menospreciado injustamente. Estos elementos son: la visión del hombre en su totalidad biopsicosocial; la atención inteligente a la persona, la ética de la sugestión y el efecto placebo, que, quíerese o no, desempeñan un papel de importancia insopechada en todo quehacer de naturaleza médica.

En resumen, el curanderismo, al igual que otros sistemas médicos alternativos, cuenta con numerosos adeptos porque es exitoso. Los padeceres que responden de manera favorable son preponderantemente aquellos en los que los factores psicosociales tienen un papel etiológico de importancia. El éxito obtenido se debe, en menor proporción, a los efectos terapéuticos de las cosas y maniobras que se aplican, y en grado mucho mayor, a la sugestión, al establecimiento de una relación médico-paciente positiva y al hecho de que la atención del curandero se dirige al padecer y no a la enfermedad, abarcando la totalidad de la persona y de su entorno humano. La medicina científica moderna debería incorporar todos estos elementos positivos del curanderismo y de otras prácticas alternativas, con objeto de recuperar aquello que fue siempre componente intrínseco de la medicina, aquello que ha constituido su misión primaria: el alivio del sufrimiento y del padecer. Por último, la investigación científica en medicina debe dejar de concentrar su atención de manera casi exclusiva en la célula y las estructuras subcelulares, para enfocarla en la persona humana y la manera en que se interrelacionan los diversos niveles de integración del organismo.

REFERENCIAS

1. **Viniegra LV:** *Cómo acercarse a la medicina*. México, Limusa, 1991:73.
2. **Trotter RT, Chavira JA:** *Curanderism*. Athens, University of Georgia Press, 1981.
3. **Viniegra LV:** *El pensamiento teórico y el conocimiento médico*. México, UNAM, 1988:93.

El paciente y su cirujano

Muchas situaciones que provocan estrés dan lugar a una respuesta doble del ser humano: directa e indirecta. La respuesta directa consiste en una serie de fenómenos fisiológicos mediados por agentes intermediarios nerviosos y humorales. Trátase de una movilización fisiológica en la cual se refuerzan algunas funciones: las que mejoran las posibilidades de éxito en la recuperación del equilibrio, en la defensa y el ataque contra los agentes agresores, mientras que otras funciones se inhiben y se debilitan; son, por así decirlo, “sacrificadas” temporalmente por el organismo movilizado.

La respuesta indirecta es el procesamiento psíquico del agente estresante, la evaluación altamente individual de su significado simbólico. Una vez interpretado éste, su carga de estrés, ampliada o atenuada o modificada de otra manera, se expresa también por la movilización de los mecanismos homeostáticos.

La enfermedad es una de las situaciones que provocan un estrés de gran importancia para el ser humano. También suele serlo la actuación del médico y, en particular, la del cirujano.

La respuesta a todo estímulo de estrés, real o simbólico, es una respuesta total del individuo. Responde, de una manera integrada, en todos sus niveles de integración, desde el molecular hasta el psicológico, desde la modificación de la bioquímica hasta el cambio en el comportamiento.

Entendida así la reacción ante el estímulo que provoca estrés en el hombre, corresponde abstraer para esta discusión tres elementos: el acto quirúrgico como estímulo provocador de estrés simbólico; el médico, particularmente el cirujano, como portador del estímulo estresante, y el paciente en tanto persona que recibe

estímulos simbólicos. Este conjunto de elementos de la dualidad “estrés y cirugía” plantea una serie de preguntas.

¿Qué simboliza para el paciente la enfermedad que determina la intervención del cirujano? ¿Qué trascendencia tiene el significado simbólico de la intervención quirúrgica planeada, o ya practicada, en la determinación de la reacción total del paciente a dicha intervención? ¿Qué importancia tienen la personalidad del cirujano y la naturaleza de la relación interpersonal que establece con su paciente, en la determinación de la respuesta y de los resultados de su intervención quirúrgica? ¿Qué relevancia tiene la personalidad del paciente en la definición de las características de su reacción total a la enfermedad, a la intervención quirúrgica y al cirujano? Finalmente, ¿en qué forma y en qué medida influyen las características del ambiente físico y humano que rodean al paciente durante el periodo que precede inmediatamente al acto quirúrgico, lo acompaña y lo sigue?

Todos los seres humanos perciben, valoran, organizan, integran y hacen uso de los datos de información mediante procesos cognitivos que de continuo estructuran e intentan dar sentido a sus experiencias revistiéndolas de significado.¹ La información es organizada simbólicamente, en memorias y fantasías, mediante imágenes, pensamientos y palabras, y se asocia a efectos, motivaciones y mecanismos de respuesta y de defensa, dando lugar a jerarquías complejas que han recibido el nombre de “esquemas”, verdaderas armazones casi permanentes que sirven de instrumentos para la organización de los procesos cognitivos. La manera individual de pensar es determinada, en parte, por el estilo cognitivo individual, y éste es el producto de la macrocultura y de la microcultura.² Aquélla incluye siempre vastos sistemas de creencias sobre lo que son la salud y la enfermedad. Son los filtros a través de los cuales los miembros de cada cultura sienten y entienden su propia enfermedad. Hay, por ejemplo, notables diferencias en cómo conciben la enfermedad un ingeniero de Houston y un indígena del altiplano chiapaneco. Aquél puede tener un médico con una actitud impersonal y una orientación mecanística tecnológica; éste necesita a alguien con un punto de vista holístico psicosomático, capaz de entender las creencias místicas y demoniacas de los factores somáticos, psicológicos, sociales y ambientales. La microcultura abarca las experiencias obtenidas en el medio social inmediato: familiares y amistades. El niño, a lo largo de los años de crianza, observa a las personas que enferman y mueren, y oye fragmentos de conversaciones sobre el tema, con distorsiones y elaboraciones que influyen decisivamente en el significado que algún día atribuirá a las enfermedades propias y de los demás.

Cada familia posee un sistema propio de actitudes y respuestas hacia la enfermedad y hacia el médico, y sus miembros tienen estilos individuales cognitivos, adaptativos y defensivos que influirán en la elaboración de sus ideas al respecto.

Por todo ello, la enfermedad se interpreta como un justo castigo de fuerzas suprahumanas, venganza de enemigos, maldición inexplicable, intolerable intro-

misión en los planes de cada uno. No es interpretada en términos de fisiopatología, ni siquiera por el fisiólogo cuando él es la propia víctima. La enfermedad es peligro, es el rudo despertar a la realidad de la temporalidad y fragilidad de la existencia individual, es sacudimiento que perturba la homeostática represión de la realidad de la muerte. Es interrupción de los estudios, del trabajo, de los proyectos trazados con ciega arrogancia. Es desastre financiero. Es señal de debilidad, de omnipotencia fracasada. Es súbita inferioridad frente a los demás; es afrenta al machismo. Es dolor, vergüenza, humillación. Es pretexto, excusa, explicación, justificación de fallas y torpezas; motivo para exigir atención, afecto, lástima, recompensa, admiración, retribución, compasión. Es desquite, medio de purificación. Es símbolo de superioridad espiritual, es lenguaje visceral, es forma de expresión de emociones para las que el verbo es inadecuado, insuficiente o está prohibido.

El acto quirúrgico, por su parte, tiene también mil y un significados simbólicos, diferentes para cada individuo y diferentes para cada operación. El común denominador es una agresión brutal, que se suma a la agresión de la enfermedad misma. Es una agresión compuesta de dolor, de peligro inminente de muerte, de violación del cuerpo propio por un individuo extraño, de mutilación, de anestesia, es decir, de algo parecido a una muerte transitoria, aunque sin garantía de temporalidad. Más allá de este común denominador, todo es diversidad de significados. Una orquidectomía tiene una importancia diferente para un hombre joven que para un anciano, para el que la requiere porque tiene cáncer de próstata que para el que tiene que sufrirla como resultado de un accidente. Una operación que deja cicatriz en el abdomen tiene diferente relevancia para un cargador de La Merced que para una candidata a Señorita Universo. Tomando un ejemplo concreto: ¿cuál es el significado social de la histerectomía? Todo ginecólogo de experiencia sabe que es de temer una reacción psicológica desfavorable si la mujer tiene antecedentes de baja tolerancia a los estímulos causantes de estrés de cualquier índole; si en su familia hay antecedentes de depresión y otras enfermedades mentales; si tiene una historia personal de hipocondriasis, hospitalizaciones múltiples o multicirugía; si tiene menos de 35 años de edad; si su identificación psicológica con el género femenino es pobre; si ansía tener un hijo o más hijos; si teme que la operación vaya a perjudicar su vida sexual; si el esposo u otros miembros importantes de la familia ven con desagrado la operación; si la relación conyugal es deficiente o infeliz; si la operación está en conflicto con sus creencias religiosas. En presencia de uno o más de estos factores, es muy elevada la probabilidad de que surja una reacción depresiva o algún otro tipo de problema psicopatológico posoperatorio. Por madura y equilibrada que sea una mujer, no dejará de experimentar un trauma psíquico al ser sometida a una histerectomía. Después de todo, su autoestima depende en gran medida de la posesión de la función reproductiva, tanto como de su papel central dentro de la familia. En la sociedad mexicana, a pesar de la crisis que ha venido sufriendo, la mujer continúa siendo apre-

ciada, por encima de todo, por el éxito que alcance en esas dos funciones, y todavía deben considerarse como excepcionales aquellas mujeres que sienten que su realización como ser humano no depende de la maternidad. Para la mayoría, el útero sigue siendo el símbolo primario de su identidad como mujer. La menstruación y la potencialidad de concebir y parir son los elementos principales. La histerectomía practicada en el periodo premenopáusico trae implícita la cancelación de la posibilidad de concebir, y constituye una amenaza a la vida sexual. Se ha observado que la pérdida del útero da lugar, a menudo, a una verdadera reacción de duelo, incluso en mujeres con intensos sufrimientos menstruales. Estudios psicológicos han revelado que dichos síntomas servían positivamente a la paciente, al permitirle comprobar la existencia y actividad de sus órganos genitales, de modo que la ausencia posoperatoria de dichos órganos produce síntomas que recuerdan los del miembro fantasma de los amputados. Claro que la histerectomía se acepta más fácilmente cuando se realiza para el tratamiento de una neoplasia genital: los órganos extirpados se han convertido en una parte mala e indeseable del cuerpo. Pero, en cambio, surgen ahora las angustias de todo paciente que se sabe víctima de un mal que puede ser mortal: separación de la familia y abandono irreversible de todo lo que es bueno y querido y rico en significado.

No es posible olvidar el papel de la familia en la determinación de la reacción psicológica del enfermo frente al estrés quirúrgico. Volviendo al ejemplo de la histerectomía, salta a la vista la importancia de la reacción psicológica del esposo. Si éste es un hombre frío, distante, poco interesado en los sentimientos y pensamientos de la enferma, o si su comportamiento revela pérdida de interés sexual por ella, es comprensible que ésta sufra una reacción depresiva más grave que si recibe comprensión, apoyo y muestras del interés erótico acostumbrado.

Se desprende de todo esto que es de importancia capital que el cirujano dedique suficiente tiempo a la valoración de todo este conjunto de factores, y a la comunicación con la paciente y su esposo. De ello puede depender la calidad de la vida futura de la enferma.

¿Qué importancia tiene la personalidad del paciente al determinar la naturaleza de su reacción a la enfermedad, a la intervención quirúrgica y al cirujano?

La enfermedad significa peligro, un peligro de misteriosa cuantía e incalculables consecuencias. Frente al peligro representado por la enfermedad, el paciente reacciona de manera similar a como ha reaccionado al estrés a lo largo de su vida, desde la niñez. Reacciona según su carácter. Su respuesta no es impredecible. Es el resultado lógico de la estructura de su personalidad, de los mecanismos homeostáticos que ha aprendido a utilizar en sus encuentros con los agentes hostiles, real o simbólicamente, del mundo que lo rodea.

La reacción primaria es la ansiedad y, al lado de ella, en grado variable según el caso individual, la depresión, la reacción contrafóbica, la ira, la frustración, el alejamiento de la realidad, la apatía, la dependencia y el egocentrismo. No existe

enfermedad sin ansiedad. La nutren diferentes sentimientos. En el paciente quirúrgico, el más importante es un profundo sentimiento de impotencia. En su imaginación están bien presentes todas las implicaciones de la operación que llegan a adquirir carácter obsesivo: estará inmovilizado; permanecerá inconsciente durante algún tiempo; será objeto de una violación, de una agresión a su cuerpo; habrá perdido el control de sí mismo para quedar colocado en manos de otros, quizá desconocidos, quizá poco dignos de confianza. Tal vez el cirujano sea demasiado joven e inexperto, o demasiado viejo, de manos temblorosas y vista cansada. Posiblemente no será el cirujano famoso quien practique la operación, sino uno de sus ayudantes. La posibilidad de morir asoma, quizá por vez primera, a su mente. La idea de la muerte, hasta ahora tan eficientemente reprimida por los mecanismos de defensa psicológica del ser humano, aparece ahora ante su conciencia.

La angustia es intolerable y da lugar, prácticamente siempre, a reacciones homeostáticas que, ya se ha dicho, son altamente individualizadas y reproducen la manera habitual en que cada individuo responde al estrés. No es raro en el mexicano la reacción contrafóbica, en la que se niega la ansiedad y el paciente se comporta para demostrar precisamente lo contrario: que es muy hombre y va a vencer a los demás, y por supuesto a sí mismo, de que no tiene miedo, para lo cual lleva a cabo actos peligrosos y prohibidos por su médico. Con igual frecuencia aparece el mecanismo de negación. La enfermedad, suceso intolerable, tiene que ser negada; la necesidad de recibir atención médica, de pedir ayuda, tiene que ser descartada. Los síntomas se ocultan, o su verdadera magnitud se reduce al mínimo. Se siente “bien” o “ya está mejor”, es un “dolorcito que ya se está quitando” y ha bajado de peso “porque ha querido”. El contraste entre la información proporcionada por el paciente y la que dan sus familiares cercanos es dramático. Todo cirujano ha tenido la experiencia repetitiva del paciente que pospone la fecha de su operación, y para ello utiliza toda clase de recursos, excusas y estratagemas.

Se acepta como normal el que, ante la agresión real y simbólica representada por la enfermedad, los individuos sufran grados variables de regresión psicológica. Renuncian a sus ocupaciones, responsabilidades y preocupaciones cotidianas, y dejan que sean los otros, y entre ellos el médico, quienes se encarguen de él, atiendan a sus necesidades y tomen las decisiones. La regresión constituye un mecanismo psicológico normal, pero adquiere caracteres patológicos cuando el enfermo adopta una actitud quejumbrosa, beligerante, demandante de atención continua, reveladora de su miedo ante la amenaza de la enfermedad y del cirujano. En ocasiones, la regresión es tan profunda que el paciente desarrolla una reacción psicótica, alejándose de la realidad, interrumpiendo toda comunicación con los demás, ocultándose bajo las sábanas, perdiendo el control de sus esfínteres, arrancándose catéteres y sondas nasogástricas. Otros pacientes, en cambio, luchan desesperadamente contra toda posible relación de dependencia con el cirujano. Sienten la necesidad irrevocable de conservar el control de todo lo que les

concierno, e insisten en abandonar el lecho, en utilizar el teléfono y en continuar la dirección de sus asuntos desde el cuarto del hospital.

La depresión, que como trastorno psicosomático primario constituye uno de los problemas más importantes de la medicina contemporánea, suele acompañar a numerosos pacientes quirúrgicos como reacción psíquica secundaria. Estudios psicológicos practicados a pacientes quirúrgicos han confirmado plenamente la gran importancia del significado simbólico de la intervención operatoria en la producción de reacciones psicosomáticas perioperatorias y posoperatorias.

La última pregunta planteada se refería a la influencia de las características del ambiente físico y humano que rodea al paciente durante el periodo periquirúrgico. No hay por qué extenderse sobre este tema. Recuérdense solamente los efectos traumáticos del bombardeo personal a que son sometidos los pacientes internados en unidades de cuidados intensivos, con sus luces, sonidos, emergencias y tantos estímulos más. No es de extrañar el fenómeno de la psicosis posoperatoria, que ocurre con particular frecuencia después de la cirugía de corazón abierto. Los residentes quirúrgicos están entrenados para reaccionar con estoicismo frente al estrés y el sufrimiento, y a menudo expresan disgusto, impaciencia y enojo ante el paciente que les manifiesta sus temores. Los cirujanos aprecian como un alto valor moral la independencia de carácter, reprimiendo así, quizá, sus propias necesidades de dependencia, que pueden ser muy grandes. Ante el enfermo que se vuelve muy dependiente por haber experimentado una regresión psicológica, el cirujano puede no saber cómo reaccionar. A menudo abandona al enfermo en lugar de ofrecerle apoyo y seguridad, con lo que aumentan la angustia y los temores de éste. El enfermo que no mejora o que, peor aún, se agrava después de la operación, es una amenaza para el narcisismo del cirujano, que, al igual que los demás médicos o posiblemente en mayor grado, necesita experimentar la satisfacción profesional del éxito terapéutico. El cirujano joven, inseguro aún de su capacidad profesional, se siente amenazado cuando su paciente se resiste a mejorar. Se siente culpable y, por lo tanto, incómodo, y reacciona inconscientemente rehuyendo la presencia del paciente, acortando la duración de su visita, pidiendo la opinión de consultas a veces innecesarias, atribuyéndole la culpa cuando no mejora y acusándolo de simulador o drogadicto. El consejo “Médico, concóctete a ti mismo” no excluye ciertamente al cirujano.

REFERENCIAS

1. **Yager J:** Cognitive aspects of illness. En: Pasnau RO: *Consultation-liaison psychiatry. Seminarian psychiatry*. Nueva York, Grune & Stratton, 1975:61-71.
2. **Mechanic D:** Social and psychological factors affecting the presentation of bodily complaints. *N Engl J Med* 1972;286:1132-1139.

El médico roto*

La invitación a participar como ponente en esta conferencia despertó en mi persona, ante todo, la satisfacción profunda surgida por provenir esta invitación nada menos que de mi Alma Máter, y por haber sido incluido en un grupo tan distinguido de invitados.

A la vez, el título de la conferencia creó en mí un sentimiento de perplejidad. ¿Médico roto? Consulté el *Diccionario General de Americanismos* de don Francisco J. Santamaría y leí: “Roto. En México, petimetre, pisaverde: individuo sin quehacer y sin dinero que viste bien a la fuerza de trampas y picardías.” Para mayor seguridad, también consulté el *Diccionario de la Lengua Española*: “Aplicase al sujeto licencioso, libre y desbaratado en las costumbres y modo de vida.” No pude sino volver la mirada al pasado y reconocer que, quizá, merecíamos ese título los jóvenes que constituimos la primera generación de médicos residentes del entonces llamado Hospital de Enfermedades de la Nutrición.

Pero no, no podía ser. Dicha acepción no podría corresponder al marco de esta celebración que ahora nos tiene reunidos. Seguramente “roto” quiere decir precisamente eso: roto, quebrado, desgarrado, quebrantado, destrozado, frágil. ¿Somos eso? ¿Todos? ¿La mayoría? ¿El gremio médico? Analicemos los síntomas, las estadísticas y los testimonios y si, por desgracia, confirman el diagnóstico, investiguemos la etiología y patogénesis de tan grave mal, su pronóstico y las posibilidades, si las hubiere, de curación.

* Conferencia pronunciada en el Instituto Nacional de la Nutrición “Salvador Zubirán” el 23-02-1996.

Pasaré por alto los síntomas físicos: los médicos los padecemos como cualquier otro mortal, y también nos vemos obligados a responder afirmativamente, aunque a regañadientes, a la pregunta que, con un mal disimulado placer, nos lanzan nuestros pacientes: “¿Y los médicos también se enferman?” Sí, señor, también nos enfermamos, y posiblemente más que ellos, porque nuestro estilo de vida no es saludable, porque fue realista la profecía de Esculapio cuando advirtió a su hijo: “¿Quieres ser médico, hijo mío?, vivirás como a la sombra de la muerte, entre los dolores del cuerpo y los dolores del alma”, y porque, a menudo, detrás de la elección de la medicina como carrera, se esconden pensamientos mágicos de invulnerabilidad que nos hacen despreciar los consejos que dispensamos a nuestros enfermos.

No escasea la literatura científica que se refiere al médico deteriorado, al médico roto.¹ Bien documentada está la elevada frecuencia de depresión, alcoholismo, drogadicción, dificultades maritales, agotamiento profesional y suicidio en los miembros de nuestro gremio. Recordemos el estudio clásico de C. Thomas, quien siguió por muchos años las carreras de 1 337 estudiantes de medicina de Johns Hopkins y describió “el lado oscuro de la medicina”: la elevada frecuencia de hipertensión arterial, trombosis coronaria, depresión, suicidio, discordia marital, drogadicción y cáncer.² Los estudiantes de medicina suelen abusar de las drogas, más de la mitad requieren psicoterapia, y sólo los accidentes superan al suicidio como principal causa de muerte.^{3,4}

En el cuadro 26-1 se comparan los rasgos psicosociales de los pacientes que sufren síndromes de somatización (es decir, personas cuyo estilo de vida está centrado en la enfermedad), con los de los médicos que, de otro modo, paradójicamente, también tienen en la enfermedad el eje de su vida.

Cuadro 26-1. Comparación de las características psicosociales de los pacientes con síndromes de somatización y de los médicos⁵

Pacientes	Médicos
Frustración de las necesidades de dependencia en la infancia	Frustración de las necesidades de dependencia en la infancia
Confrontación con la muerte y la enfermedad en la infancia	Confrontación con la muerte y la enfermedad en la infancia
Depresión, a menudo negada o enmascarada	Depresión, a menudo negada o enmascarada
Abuso de medicamentos	Abuso de medicamentos
Sexualidad reprimida	Alta frecuencia de problemas sexuales
Hostilidad reprimida	Represión de las emociones
Dependencia conspicua de dependencia	Reacción contra necesidades reprimidas
Hipocondriasis	Reacción contrafóbica ante la enfermedad y la muerte
Necesidad de protección	Fantasías de omnipotencia

He aquí, pues, algunas evidencias de que la “rotura” del médico es un hecho. Pero, sobre estos cimientos de patología, se suman muchos otros factores, algunos de los cuales describiré, añadiendo, cuando sea el caso, los patrones de conducta a que dan lugar.

- a. La medicina como ciencia.** En su aspecto cuantitativo, el médico se encuentra abrumado por la enormidad y, a la vez, la efímera duración de la vida media de las verdades de la ciencia médica. En todas las ramas de la ciencia y la tecnología, “el incontenible progreso de la información está sobrepasando los límites de la capacidad de adaptación del hombre”.⁶ El resultado es el “choque del futuro”, que así tituló Toffler el trastorno físico causado por la sobrecarga de los sistemas adaptativos y los mecanismos de toma de decisiones del organismo humano. Sus síntomas son: ansiedad, hostilidad, violencia, depresión, apatía y enfermedad psicosomática. Por otra parte, es preciso tomar en cuenta que la medicina “es una ciencia de incertidumbres y un arte de probabilidades”, de lo que resulta que el médico no puede escapar del estrés y de la consiguiente ansiedad que surgen ante la necesidad de tomar decisiones de las que podría depender la vida o muerte de un ser humano, basándose en datos que sólo son probables. Aún más perjudiciales son, para nuestro tema, algunos aspectos de la medicina como ciencia, porque favorecen su deshumanización. Según Fein-stein,⁷ la causa principal de este fenómeno radica en el hecho de que, en comparación con las ciencias básicas biomédicas, cuyo progreso ha sido majestuoso, no ha habido adelantos sustantivos en otra de las ciencias básicas, la “ciencia de la clínica propiamente dicha”. Otros autores hemos llamado la atención acerca del olvido en que se tiene relegada la distinción fundamental que existe entre “enfermedad” y “padecer” (*disease and illness*),⁸⁻¹⁰ y la insuficiente importancia que las ciencias biomédicas conceden al papel patogénico de la pérdida de la armonía del hombre con su entorno biopsicosocial.¹¹
- b. La medicina como práctica.** Mucho se ha escrito sobre el impacto negativo de la especialización, la tecnología y la burocratización de la práctica de la medicina. El médico que se especializa tiende a “no ver el bosque, sino sólo el árbol”, a olvidar que el organismo humano es una unidad, y se hace partícipe de la “distorsión sistemática de la mirada del médico con respecto a lo que es el hombre”.¹² Por otra parte ¿qué le pasa al médico que es empleado por alguna institución oficial o privada? Una tercera persona ha surgido entre su paciente y él, y una institución ha usurpado la prioridad de su lealtad. ¡Qué atroz violación al juramento hipocrático, obligado el médico, como se encuentra ahora, a defender los intereses de la institución o de la empresa por encima de los intereses sagrados de su enfermo! Ejerce

dentro de un sistema en el que el fin de la medicina, que es el alivio del padecer, se subordina a lo que sólo es un medio: la “eficiencia”. El médico está roto, reducido a simple pieza del engranaje de una maquinaria burocrática que exige, como cualidades supremas, obedecer fielmente las normas de la institución, ser “comedido”, cuidar de tener al corriente las notas y llenar acuciosamente la papelería. Adiós a la individualidad, a la autonomía, a la originalidad, a la imaginación y a todo destello de genio.

¿Y qué decir de la tecnología? La tecnología, que aplicada sabiamente multiplica la capacidad del médico para cumplir con su misión, con frecuencia ha logrado convertirlo en un médico roto, un simple “apéndice de una maquinaria”. He aquí algunos comentarios sacados de una encuesta que hice entre médicos mexicanos: “Los médicos de las instituciones de seguridad social [...] tienen salarios miserables, carecen de estímulos y de interés por superarse, los más son mediocres. La relación médico-paciente se limita a un trato de rutina completamente impersonal [...]. Los médicos dedicados a la medicina privada tienen como único objetivo ganar dinero [...]; su relación con el enfermo [...] es puramente comercial, con frecuencia sin ética profesional [...]. Muchos de mis compañeros se encuentran atados a instituciones burocráticas y tienen un alto grado de frustración profesional [...] sin posibilidades de estudiar ni de superarse [...]” (R. C.). “Ahora veo con tristeza que para mis colegas el paciente forma parte de un engranaje administrativo en donde el paciente es una factura más [...]; desgraciadamente, a mis colegas se les ha olvidado el juramento hipocrático, que sólo fue un recuerdo de graduación [...]” (J. L. A. R.). “Comparando la práctica médica actual con la del inicio de mi vida profesional, encuentro [...] una mayor tendencia [...] hacia el uso de la tecnología, en muchos casos de manera excesiva, a depender más de los artefactos y los auxiliares que de la propia habilidad del médico [...]; las capacidades clínicas tienden a ser sustituidas, más que complementadas, por la tecnología compleja y costosa [...]. En cuanto a mis colegas [...], hay quienes han olvidado su condición de médicos para convertirse, literalmente, en técnicos de la medicina” (A. L.). “El médico ahora está más preocupado por la enfermedad que por el enfermo [...], confía más en la máquina que en él [...]. El médico funcionario [...] desarrolla una intensa “oficinofilia” y genera profusa “oficiomanía” que lo alejan de la realidad de su institución” (F. E.). “Hay inestabilidad emocional, económica e intelectual; el médico está sometido a muchas presiones [...], y su formación actual presenta deficiencias éticas y morales” (M. A. R.). Escribe Manuel Quijano: “La medicina privada [...] se encuentra contaminada por [...] el concepto del modernismo económico, que considera romanticismo obsoleto al idealismo, que abomina del individuo excepto como consumidor, y que cínicamente respalda, con una filosofía pedestre, sus principios morales de costo-beneficio, inversión rentable, desamortización, etc., conceptos que manejan los propios mé-

dicos directores de las instituciones”.¹² Eduardo Césarman se lamenta de que “los médicos nos hemos convertido en instrumentos involuntarios de un cierto abuso, de un consumismo irracional de la industria de la salud, [que] nos hemos transformado en agentes de ventas, sin comisión, de procedimientos, de medicamentos y de equipos, [que] somos los protagonistas menos importantes del complejo industrial y comercial de la salud, [y que] el papel del médico, como tal, es pequeño, hasta insignificante. Las grandes decisiones lo rebasan; éstas las toman los *managers*, los *entrepreneurs* y los grandes accionistas. En el caso de la medicina social e institucional, la marginación del médico es mayor, pues las decisiones las toman los administradores y los políticos”.¹³

En EUA, la privilegiada situación económica y social de los médicos está llegando a su fin, como consecuencia de la revolución de los sistemas de atención a la salud, dominados de manera creciente por poderosas empresas, las *Health Maintenance Organizations* (organizaciones de mantenimiento de la salud), y de la aplicación, por estas empresas, del sistema denominado *capitation*.

La meta es el abaratamiento de la prestación de los servicios médicos y hospitalarios (y el enriquecimiento paralelo de las empresas). El médico, ahora asalariado o receptor de una módica suma mensual por cada paciente dejado a su cuidado, debe limitar al mínimo los exámenes de laboratorio y gabinete, así como los periodos de hospitalización, afectando así la calidad de su actuación profesional; tiene que sufrir la humillación de mendigar la autorización para hospitalizar a su paciente o para solicitar la interconsulta con un especialista; es premiado si sus prescripciones son baratas, si son escasos los exámenes solicitados y si es elevado el número de pacientes que ve por jornada de trabajo; carece de incentivos para practicar una medicina de alta calidad.

Si el médico es especialista, se enfrenta al peligro de ver reducido considerablemente el número de sus pacientes, al grado de que no son pocos los que han decidido trasladarse a poblados pequeños adonde todavía no hayan llegado las H. M. O.; o abandonar su especialidad y reeducarse en medicina general, o dejar definitivamente la profesión médica.

El médico en ese país sí está roto; su nombre ha cambiado por el de “proveedor de atención primaria” o *gatekeeper* (vigilante de la entrada; portero), y el de sus pacientes es ahora el de *covered lives* (vidas cubiertas por el seguro). La relación entre uno y otros es una relación de mutua desconfianza, no sólo ante el constante temor a la demanda, que obliga a los médicos a practicar una “medicina defensiva”, sino porque, ante el hecho conocido de que ahora los médicos están obligados a entregar su lealtad prioritaria a la empresa que los contrata, y a defender los intereses económicos de ésta a costa de los intereses vitales del enfermo, está desapareciendo la fe en el médico, ese valor ético esencial en una cultura humanista, a la vez que poderoso recurso terapéutico. El médico se encuentra maniatado, amordazado e impotente: está roto.

Es un hecho evidente que la deshumanización de la medicina tiene consecuencias desfavorables para los pacientes, pero, ¿acaso por sí misma no daña también al médico, no lo perjudica, no contribuye de alguna manera a su “rotura”? ¿En qué consiste el impacto nocivo que sobre el médico mismo ejercen el debilitamiento de la relación médico-paciente, la ausencia de diálogo, y la actitud autoritaria y “objetivante” de aquél hacia su enfermo? Es fundamental que meditemos profundamente en el hecho de que la relación médico-paciente debe ser una relación recíproca, una relación de dos personas morales iguales, un “yo” y un “tú”, de tal manera que, si reducimos al enfermo a sólo alguna de las partes que componen su persona, si lo disminuimos a eso solamente, nos disminuimos nosotros mismos. En la medida en que lo percibamos como un aparato mecánico descompuesto, o como un “caso”, o peor aún, como un cliente que nos va a pagar, olvidando a la persona, en esa misma medida desprenderemos de nosotros mismos nuestra totalidad, nuestra complejidad, nuestra integridad, nuestra humanidad. Resultamos poseídos por nuestras posesiones, encantados por nuestra propia magia, cautivos de la máquina que pretendemos controlar. ¡Al “romper” al enfermo, resultamos “rotos” nosotros también! Hemos dejado de tomar en cuenta o hemos reprimido de nuestra conciencia la influencia que la enfermedad y los enfermos ejercen sobre nosotros, sus médicos. Y bien, el proceso terapéutico es, no sólo una oportunidad de hacer algo importante por el enfermo, sino una oportunidad de crecer y madurar nosotros mismos. Aprendemos con ellos, no sólo acerca de ellos y sus males, sino acerca de nosotros. La enfermedad, lejos de ser sólo un adversario, es una experiencia, una lección, una parte del proceso de crecimiento y de maduración, algo de qué aprender, algo que nos permite profundizar en nuestra comprensión de la vida: una metáfora.

En una inolvidable conferencia dictada, hace muchos años, en la Academia Nacional de Medicina por don Juan Latapí, él señaló que “si ya no es posible, en los tiempos actuales, ser un médico cabal, es porque ya casi no es posible ser un hombre cabal”.¹⁴

Gran verdad: quizá la principal razón por la cual el médico está “roto” sea porque la humanidad entera está rota. Esta rotura, esta “anomia”, esta enajenación del hombre moderno, esta confusión de valores, es tema predominante de las obras literarias y dramáticas de todos los continentes; está implícita en todas las formas del arte moderno, tan evidentemente deshumanizado, y preocupa en forma prioritaria a filósofos, teólogos, psicólogos y sociólogos. En lenguajes distintos, el clamor es el mismo: el hombre se ha enajenado de la Naturaleza y de sus dioses antiguos; de las instituciones sociales que, en vez de servirle, intentan manipularlo; de la comunidad en que vive; de la familia y de sí mismo. Víctima de desamparo espiritual, se aferra al consumismo material y al éxtasis artificial proporcionado por las drogas, o se contenta con un mero existir, con “matar el tiempo”, sin encontrarle sentido a la vida.

Pero, si echamos una mirada retrospectiva a la historia, veremos que esto que ahora lamentamos ha sido, casi siempre, la condición humana. ¿Por qué, entonces, el ensordecedor clamor de los tiempos modernos? Parece que la explicación se encuentra en que las generaciones actuales hemos sido víctimas de un trágico desencanto. Las generaciones que nos precedieron a partir de los últimos 250 años vivieron alimentadas por una idea fundamental: la idea del Progreso; la certidumbre de que, gracias a la Ciencia y la Técnica, la condición humana iría a mejorar, por fin, en múltiples aspectos: en el dominio de la Naturaleza, en el bienestar material y en la autodeterminación política de los pueblos. La religión perdió fuerza a partir de los siglos XVIII y XIX porque el Progreso prometía una especie de Cielo en la Tierra. El clima moral predominante en nuestros padres y abuelos era el Optimismo. Bien otra ha sido la realidad. Basta echar una mirada a los horrores del siglo que nos ha tocado vivir. Desencantados, no son pocos los autores que han culpado a la Ciencia y la Tecnología del desastre.

¿Debemos, entonces, renegar de ellas, renunciar al Progreso, retornar al fundamentalismo? De ninguna manera: ello ni es deseable ni es posible. Recordemos las palabras del maestro Ignacio Chávez: “Los problemas del progreso ¿son acaso evitables? Sería como impedir que un cuerpo que se ilumina diese sombra [...]. El progreso no puede detenerse porque la mente humana es insaciable, y mira en el dominio de la naturaleza su gran reto. Si hemos de seguir adelante en el camino de las conquistas, toca buscar las formas de que no nos hieran en lo más noble, de que los avances de la inteligencia no causen la devastación espiritual del médico. La Medicina podrá seguir sus progresos sin temor al daño, con tal que la Medicina Nueva no sacrifique nunca, al interés de la Ciencia, el interés supremo del enfermo.”¹⁵ Yo me atrevería a sugerir una pequeña modificación a las palabras del maestro: sabemos ahora que la meta suprema de la Ciencia no deberá seguir siendo “el dominio de la Naturaleza”, trágico error, sino la armonía del hombre con ella y con todas las criaturas que comparten con nosotros esta partícula de polvo que es nuestro planeta.

¿Qué es lo que podemos hacer nosotros, los médicos rotos? ¿Cómo lograr que la Medicina enderece su camino; cómo rectificar el camino para cumplir mejor con nuestra misión sagrada? ¿Cómo lograremos curarnos, los médicos “rotos”? ¿Existe alguna esperanza? La tarea parece titánica y, muy probablemente, irrealizable. Sin embargo, hay momentos en la historia y en la vida de las sociedades en que, para ser realistas, es preciso creer en milagros. ¿En qué pudieran consistir? En mi opinión sólo nos queda un camino, dividido en dos etapas. **La primera etapa, el primer milagro**, imprescindible, debería consistir en la regeneración moral de la profesión médica. Para lograrla, habrá que hermanar estrechamente la Ciencia con la Ética, la Tecnología con el Humanismo. La forma de hacerlo ya fue señalada mucho tiempo atrás. Al principio fue la Regla de Oro del monoteísmo ético: “ama a tu prójimo como a ti mismo”, o, por lo menos, “no desees

para tu prójimo lo que no deseas para ti mismo”. El mismo principio, en términos seculares, fue enunciado por Kant como la “ley suprema de la moralidad” o “imperativo categórico”: “yo no debo obrar nunca más que de modo que pueda querer que mi máxima deba convertirse en ley universal”.¹⁶ Desarrollado como deontología médica, se esboza ya en el juramento hipocrático, y se amplía y actualiza en la serie de códigos de ética y declaraciones subsecuentes de la Asociación Médica Mundial, que son de obligada lectura y profunda reflexión en toda escuela de Medicina, en toda institución médica y en la cabecera de nuestra cama. Al darnos cuenta, a cada instante, del grandioso privilegio de ser médicos; del inmenso valor moral que tiene la aplicación de nuestro conocimientos, experiencia, habilidades y destrezas; de la oportunidad única que nos ha sido dada de encontrarnos en butaca de primera fila ante el espectáculo de la vida humana; de la bendición recibida al habernos convertido en herederos de los grandes hombres y mujeres que nos ha legado el maravilloso edificio de la Medicina, se restañarán nuestras heridas, se aliviarán nuestros dolores, no nos sentiremos “médicos rotos”. Volveremos a ser “médicos propiamente dichos”, como los describiera, magistralmente, el Dr. Francisco Esquivel en ocasión de la XXXVII reunión anual de la AMINNSZ. A este respecto quiero unir mi voz a la de Paco Esquivel, quien dijera en su discurso: “Si en Nutrición, nuestra Alma Máter, surgió el concepto del “médico propiamente dicho”, ningún grupo humano más idóneo que la AMINNSZ para recibir en custodia este valioso patrimonio”. Yo hago mías sus palabras y comento lo siguiente: el INNSZ, a través de su trayectoria de medio siglo, se ha colocado a la vanguardia, constituyéndose en modelo de lo que debe ser la medicina científica en México. Pues bien, este magnífico logro es, a la vez, un compromiso y una obligación para con México, y esta obligación y compromiso deberán seguir dependiendo, ahora más que nunca, de esa fusión de Ciencia con Ética, de Tecnología con Humanismo. Confiemos en que esa fusión no se abandone nunca en el INNSZ, y en que, gracias a su posición de liderazgo, su ejemplo se contagie a todos los médicos y a la sociedad entera, para que se curen de la “rotura”.

La segunda etapa, el segundo milagro, tendría que consistir en la unificación de los médicos (¿acaso no los aceptamos como hermanos en el juramento hipocrático?) y en la formación de una alianza entre el gremio médico, el gremio de los ahora llamados “prestadores de servicios” y el universo de los “derechohabientes”, ese universo silencioso que tiene tanto que decir y reclamar. Sería una alianza natural entre los que sufren y los que han hecho de su vida un interminable combate contra el sufrimiento.¹¹ Una alianza natural con una sola voz que no puedan dejar de escuchar aquellos cuyas decisiones determinan el funcionamiento de los sistemas de atención a la salud. Una voz que les señale las deficiencias, los problemas, los errores en que está incurriendo la medicina burocratizada o mercantilizada actual, una voz que proponga y reclame soluciones científicas y hu-

manistas, para que se cumplan los móviles humanitarios, nobles y altruistas que, no cabe duda, inspiraron a los creadores de las grandes instituciones de salud con que cuenta nuestra nación. El médico sólo dejará de estar roto en la medida en que se alivien las heridas profundas que sufren los sistemas de atención a la salud y la sociedad entera.

REFERENCIAS

1. **Scheiber SC, Doyle BB:** *The impaired physician*. Nueva York, Plenum, 1976.
2. **Thomas CB:** What becomes of medical students: the dark side. *Johns Hopkins Med J* 1976; 138:185.
3. **Ross M:** Suicide among physicians. *Psychiatry Med* 1971;2:189.
4. **Modlin HC, Montes A:** Narcotic addiction in physicians. *Am J Psychiatry* 1964;121:358.
5. **Ford CB:** *The somatizing disorders*. Nueva York, Elsevier, 1983.
6. **Toffler A:** *Future shock*. Nueva York, Random House, 1970.
7. **Feinstein A:** Art, science, and the doctor-patient relationship. *Ann NY Acad Sci* 1994;729: 19.
8. **Martínez CF:** *Consulta médica y entrevista clínica*. México, Medicina del Hombre en su Totalidad, 1979.
9. **Martínez CF:** *Enfermedad y padecer*. México, Medicina del Hombre en su Totalidad, 1983.
10. **Jinich H:** *El paciente y su médico*. En prensa.
11. **Viniegra VL:** *Cómo acercarse a la medicina*. México, Limusa, 1991.
12. **Quijano NM:** Reflexiones sobre la medicina mexicana. *Gac Méd Méx* 1995;131:91.
13. **Césarman E:** *Ser médico*. México, Pax-México, 1991.
14. **Latapí P:** Medicina, crisis profesional o crisis humana. *Gac Méd Méx* 1979;115:151.
15. **Chávez I:** Ética, deontología y responsabilidad del médico. *Gac Méd Méx* 1970;100:635.
16. **Kant M:** *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*. Madrid, Espasa Calpe, 1942.

Padecer y religión

En el principio existió el padecer del hombre y, como consecuencia, el intento de explicarlo. Si se ha de aceptar la hipótesis de que el hombre prehistórico pensaba de manera similar a lo que se sabe del pensamiento en las culturas primitivas que aún persisten en remotas comarcas, se puede concluir que, ya desde aquel remoto pasado, atribuía sus males a dos clases de causas: naturales y sobrenaturales. Aquéllas serían la explicación, por ejemplo, de lesiones externas como las provocadas por accidentes y las heridas sufridas en el curso de combates y cacerías. Las sobrenaturales, en cambio, serían hechizos nocivos, posesión por espíritus malignos, la penetración mágica de algún objeto en el cuerpo, la pérdida del alma, la infracción de un tabú y el castigo de dioses ofendidos.¹ Es evidente que las dos clases de interpretaciones, la natural y la sobrenatural, han persistido a través de las culturas arcaicas hasta el día de hoy. Aun en el mundo secular moderno existe esta dualidad en la interpretación de la nosogénesis, en la explicación de la enfermedad y el padecer, y del sufrimiento en general. Es claro que la explicación sobrenatural predomina en individuos de desarrollo intelectual limitado, y la natural, “científica”, en individuos de nivel cultural más alto, pero no es excepcional la coexistencia de ambas interpretaciones en la misma persona. Pueden observarse en el seguidor más severo de los postulados de la metodología de la ciencia cuando, por ejemplo, la enfermedad deja de ser un objeto de investigación para convertirse en experiencia personal. En esa situación, la misma persona que solicita la ayuda de la profesión médica se hace las mismas preguntas que sus antepasados más remotos: “¿Por qué yo?”, “¿Por qué a mí?”, “¿Qué falta he cometido?” Y esa misma persona busca ahora en la religión la explicación, la guía y el consuelo.

Ante el paciente, ante el hombre y la mujer que padecen, el médico y los demás sanadores podrán compartir o no las mismas creencias metafísicas, mágicas o religiosas, pero deben tomar en cuenta que, expresadas o mantenidas en secreto, casi siempre están éstas presentes. En los momentos críticos, cuando la enfermedad golpea, cuando se padece y se sufre, cuando la probabilidad de la muerte ya no puede continuar reprimiéndose, es cuando la pregunta “¿Por qué?” adquiere dramática intensidad y urgencia.

La respuesta que ofrece la ciencia es fría y despiadada: dice que la enfermedad se explica como parte de la variación biológica, y que “a la variación biológica, específicamente aquella relacionada con la reducción del lapso de vida esperable o con el sufrimiento, nuestra especie humana, que es la única consciente de su propia vida, le ha dado el nombre de enfermedad”.²

¿Cómo responde la religión? ¿Qué explicaciones ofrece al hombre cuando súbita, inesperadamente, experimenta en su ser o en el de una persona amada el zarpazo atroz de la enfermedad y la muerte? El tema ofrece considerables dificultades; la tentación de ignorarlo ha sido grande, pues quizá su abordaje debiera solicitarse al teólogo y filósofo religioso, mucho mejor preparados que el médico para enfrentarse a él. Sin embargo, en la intimidad del diálogo entre el paciente y su doctor, solos los dos, frente a frente, envueltos ambos en el drama, el médico es, también y al mismo tiempo, el sacerdote y el amigo, y las preguntas candentes reclaman una respuesta. Así las cosas, se le ocurrió al autor repasar la historia de Job y, a continuación, investigar lo que acerca del drama de ese hombre han dicho algunos de los representantes más destacados de las religiones judía y cristiana.

“Había un varón que vivía en la tierra de Uz, llamado Job. Este varón era impecable y recto; temía a Dios y rehuía el mal.” Con estas palabras da principio el bíblico Libro de Job, probablemente la obra más sublime de la literatura hebrea antigua, aclamada desde tiempos remotos como uno de los logros supremos del espíritu humano. Sus profundos misterios, expresados en un lenguaje de incomparable belleza, han ejercido enorme influencia a lo largo de los siglos, en el curso de los cuales una generación tras otra han intentado encontrar la respuesta a las preguntas que plantea el drama de Job: nada menos que la explicación del sufrimiento humano y la naturaleza de la justicia divina.

A continuación, un resumen del argumento del libro. Da principio con un prólogo, escrito en prosa, en el cual se pinta a un varón próspero y piadoso que, no obstante la adversidad que lo golpea cruelmente, conserva su lealtad a su Dios. “El Señor dio, el Señor ha quitado, bendito sea el nombre del Señor.” La causa de su adversidad es una apuesta (que Job desconoce) entre Satanás y Dios, de que, una vez habiendo perdido su considerable fortuna, todos sus hijos e hijas y, finalmente, su bienestar físico, Job renegará de su fe en Dios. Hundido en la miseria material, habiendo enterrado a sus siete hijos y a sus tres hijas, yace víctima de una terrible enfermedad que lo cubre de llagas pestilentes de la cabeza a los pies.

Su esposa le aconseja que maldiga a Dios y muera, pero Job rechaza dicha sugere-
ncia y acepta, con humildad y paciencia, “el mal, de la mano de Dios, al igual
que había aceptado previamente el bien”. Tres amigos acuden desde lejos para
consolarlo. Ahora la prosa se transforma en lenguaje poético y, a la vez, aparece
un Job diferente: no un santo y sumiso penitente, sino un hombre rebelde ante la
injusticia que reina en el mundo, ante el triunfo de la maldad, ante un Dios que
destruye por igual al inocente y al malvado, ante el Creador que se rehusa a res-
ponder el discurso violento que su criatura le dirige. Esta parte poética da princi-
pio con un lamento, en el cual Job maldice el día en que nació y expresa su ansia
por escapar de los terrores de la vida. Siguen tres diálogos entre Job y sus amigos;
éstos proclaman al Dios de la tradición bíblica, que administra providencia, pre-
mia a los justos y castiga a los malvados. Según ellos, el triste destino de Job es
índice seguro de su culpabilidad (o la de sus hijos). Cada uno de sus amigos, por
turno, afirma la doctrina convencional de la justicia divina y de la retribución,
siempre justa, aunque retrasada a veces, y exhorta a Job a hacer la paz con su Dios,
reconociendo sus pecados. Job responde a cada una de las afirmaciones y acusa-
ciones, y a cada uno de los consejos piadosos de sus amigos; protesta su integri-
dad; se lamenta del desorden imperante en un mundo que parece haber sido aban-
donado en manos de los malvados. Job es un rebelde, dispuesto a enfrentarse al
Uno y Su gobierno. Pide lo imposible: ser oído y escuchar la respuesta.

El capítulo siguiente es un poema de sabiduría, en el que se afirma que la “sabi-
duría es divina”, que está fuera del alcance del hombre, a no ser mediante “el te-
mor al Señor” y el comportamiento moral. Los tres capítulos siguientes son los
soliloquios de Job: recuerda su estado anterior de felicidad y posición social hon-
orable, lo compara con su aflicción actual y concluye con un juramento de pure-
za, afirmando una vez más su integridad y terminando su ruego con: “He aquí mi
rúbrica, que el Todopoderoso me responda.” Un cuarto amigo interviene ahora,
y en discursos verbosos refuta la noción de que el sufrimiento sea necesariamente
la consecuencia de malas acciones, y rechaza el aserto rebelde de Job de la injusti-
cia divina. Sostiene que, al infligir sufrimientos, Dios reprime al hombre; que
Él habla al hombre en sus sueños y visiones nocturnas, y lo previene contra la so-
berbia. Le dice que el hombre errado puede esperar que un mediador interceda
por él y obtenga la gracia divina, pero que, sin embargo, las acciones de Dios, eje-
cutadas en “terrible majestad”, están más allá de la comprensión humana. En un
dramático cambio de escena, “el Señor se presentó y respondió a Job en un remoli-
no de viento”. En dos discursos, Él revela a Job el orden maravilloso del universo,
e ignora su solicitud de una explicación para su sufrimiento. “Está todo ahí: la tie-
rra, el mar, la luz y la oscuridad, las profundidades, la nieve y el granizo; el viento
y la lluvia; las ordenanzas de los cielos... Todo lo que está bajo los cielos es mío.”

La rebelión de Job se apaga. Tras el primer discurso concede: “Soy poca cosa,
¿qué puedo contestar? Cubro mi boca con mi mano.” Tras el segundo discurso

concede que ha expresado lo que no sabía, que previamente había oído acerca de Dios “por el oído de mi oreja, pero ahora mi ojo te ve a Ti”. Finalmente, en el epílogo del libro, Job ora por sus amigos (que han malinterpretado los designios de Dios) y ve restauradas su salud, su familia y su fortuna. Satanás ha perdido la apuesta.

La historia de Job es el drama de la condición humana; es la realidad del ser humano que padece y que, al padecer, pregunta a Dios. ¿Qué responde la religión?

Moisés Maimónides (1135–1204), médico, filósofo y rabino nacido en Córdoba, España, es autor de la obra *Guía de los descarriados*, uno de los libros más importantes de la filosofía religiosa judía. Maimónides afirma que Job era un varón que poseía ejemplar rectitud y elevadísimas virtudes morales, pero carecía de sabiduría: de ahí que creyera en la existencia de desorden en el mundo y en la injusticia del sufrimiento humano. Según él, la verdadera felicidad surge del conocimiento de la divinidad, el cual, al ser alcanzado, impide que el ser humano sea perturbado por los infortunios. “Es este conocimiento la meta fundamental, y no las cosas que se piensa que son la felicidad, tales como salud, descendencia y riqueza. La verdadera sapiencia, el conocimiento verdadero, se alcanza solamente cuando el hombre se libera, él mismo, del error de pensar que el saber de Él es como el saber de los hombres, y que sus metas son como las metas de los hombres.” Al final, no hay nada que Job tenga que entender; en humildad ha aceptado el lugar que le corresponde en la Creación y, con esta aceptación, le ha dicho que sí a su propio sufrimiento.

Dentro del judaísmo, los intérpretes modernos del *Libro de Job* tienen criterios heterogéneos, en contraste con la interpretación más uniforme de los comentaristas cristianos. Recientemente escuché el autor una conferencia del rabino H. S. Kushner, que escribió el libro *When things happen to good people*, traducido a numerosos idiomas, incluyendo el castellano.³ Refirió el conferencista la muerte prematura de un hijo suyo, víctima de una dolorosa enfermedad congénita; transmitió con elocuencia las emociones que sufrió y los enormes esfuerzos que necesitó hacer para encontrar consuelo en su tragedia. Se refirió también a los casos dolorosos que a menudo le presentan los miembros de su congregación en el curso de sus funciones rabínicas, y a los pobres resultados que solía obtener con sus frases de consuelo y resignación. Leyó y releyó entonces el *Libro de Job*, y meditó acerca de las exhortaciones de los amigos de Job rogándole que admitiese su culpa. Se dio cuenta de que sus amigos tenían, en el fondo, un objetivo semioculto: ¡defender a Dios!, quien evidentemente no necesita que lo defiendan. Sus reflexiones lo llevaron, finalmente, a una conclusión de enorme importancia: que en el Libro de Job se plantean tres ideas principales, a saber:

1. Que Dios es omnipotente.



2. Que Dios es perfectamente bueno y misericordioso, y que premia y castiga con absoluto apego a la justicia.
3. Que Job era un hombre bueno, justo y piadoso.

Ahora bien, el sufrimiento de Job es incompatible con la veracidad de las tres ideas principales; alguna de ellas tiene, forzosamente, que ser eliminada, y el problema es saber cuál es la idea equivocada. Evidentemente, los amigos de Job concluyeron que la idea número tres era la equivocada y, en consecuencia, acusaron a Job de pecados que él se negaba tenazmente a reconocer. Pues, en efecto, Job era un varón justo y piadoso, y si acaso no era perfecto, tampoco lo eran sus vecinos y, con seguridad, tampoco la mayoría de los seres humanos. Por lo tanto, la idea número tres no puede ser descartada, como tampoco la idea número dos, ya que Dios es misericordioso y justo, no puede no serlo. Dios nos educa y nos conmina a portarnos con amor y justicia y misericordia. ¿Cómo es posible aceptar que Dios enseñe cosas que Él mismo ha dictado y no pueda evitar los males, no pueda hacer excepciones con la gente buena? El mundo de la naturaleza está lleno

de sucesos que dañan: huracanes, terremotos, bacterias, virus y la maldad de los hombres, que están dotados de libre albedrío. Dios comparte el sufrimiento de las víctimas inocentes; está al lado de ellas en todos los desastres, en Auschwitz, en Gulag, en Vietnam y en Bosnia. Dios, dice Kushner, se encuentra al lado de las víctimas, y sufre con ellas. Pero, aunque Dios no puede hacer excepciones con las leyes del universo, les ha dado a los seres humanos dos dones para que se defiendan de los males: les ha dado inteligencia, que los hombres podrían utilizar para evitar y combatir el mal (aunque es evidente que, hasta ahora, no han hecho buen uso de ella), y les ha dado a los otros seres humanos. Los seres humanos que nos rodean, dice Kushner, son el lenguaje de Dios. ¿Qué quiere decir esto? Quiere decir que, cuando un individuo padece, su sufrimiento no es ajeno a los demás; un poderoso instinto los impulsa a acercarse a él. Y cuando, al acercarse ellos, la víctima les pide una respuesta a su sufrimiento, lo que pide y, por consiguiente, lo que deben darle no es una explicación, sino una coparticipación. El efecto balsámico de acompañar en su dolor a los que sufren es un simple hecho evidente, misterioso en apariencia, que para Kushner es el resultado de la palabra divina en la cual las personas son las que cumplen la función de transmitir su lenguaje.

El cristianismo, dice Glatzer,⁴ se encuentra en una posición ventajosa comparada con el judaísmo, frente al Libro de Job. En Job ha visto el símbolo, la prefiguración de Jesús, y ha podido concentrarse y elaborar así la explicación del libro.

Gregorio I el Grande (circa 540-604), prefecto de Roma, posteriormente monje, abad del monasterio de San Andrés y finalmente papa, es el autor de la obra *Magna Moralia* o *Exposición del Libro de Job*. Los extractos de esta obra aparecen en el libro de Glatzer,⁴ del cual se ha entresacado lo que sigue.

La exposición de Gregorio ofrece una interpretación literal, otra alegórica (mística) y otra más, moral. En su interpretación alegórica, afirma que, puesto que la Escritura promete la llegada del redentor del mundo en todas sus afirmaciones, el libro de Job es, también, un registro del mensaje cristiano, y su héroe es una prefiguración de Jesús. Sus siete hijos simbolizan los doce apóstoles ($7 = 3 + 4$; $3 \times 4 = 12$); sus tres hijas, las tres órdenes de los fieles. El lamento de Job contra su Dios: “Las fechas del todopoderoso están en mí”, se refiere al cristiano pecador “atravesado al mismo tiempo por el golpe de la corrección divina y lo que aprendemos de lo terrible del juicio que se avecina y de la eterna visitación del Juez”. La acusación de Job: “Pues me destrozará con una tempestad” no habla del destino del inocente, sino de “aquel pecador, que parecía encontrarse establecido en la tranquilidad... a quien el de arriba tolera por largo tiempo, pero el Juicio final destruye.”

El número de alegorías es muy extenso, pero, en resumen, el objeto del Libro de Job, en opinión de Gregorio, es, como el de toda la Escritura, enseñar las doctrinas

nas de la Iglesia: Trinidad, Encarnación, Muerte y Resurrección, Gracia, la función de la Iglesia, el mérito del sufrimiento, la victoria sobre los demonios y el diablo, el destino (promesa y predicamento) de Israel, culpa y castigo, infierno y Redención. Para Gregorio, el libro constituye un testimonio de salvación o una advertencia al pecador. Lo hizo el portavoz de su objetivo religioso: “hombre” del libro se transformó en: hombre el santo y hombre el pecador.

Entre los autores cristianos modernos se escogió a Jean Danielou, sabio católico francés especializado en el cristianismo primitivo y autor del libro: *Job: le mystère de l'homme et de Dieu*.⁵ Este autor presenta a Job como uno de los paganos sagrados del Viejo Testamento, sacerdotes de la “religión cósmica”, común a todos los hombres, en la cual Dios se revela ante el mundo gentil por medio de la conciencia humana:

Job es, en primer lugar, una personificación de la justicia o rectitud dentro de la esfera de la religión cósmica. Es el modelo del hombre justo. En retribución, Dios lo colma de bendiciones temporales. Pero el objeto de la historia de Job es el planteamiento de otro problema. No hay certidumbre de que Job sea un varón verdaderamente recto. ¿Realmente ama a Dios por él mismo o por los bienes que ha recibido de Él? Para contestar esta duda era necesario poner a prueba su rectitud, y eso fue lo que Dios permitió hacer a Satanás. Job es reducido a la máxima miseria posible, y aquellos que vieron en su prosperidad el signo de la bendición divina, ven, lógicamente, en su caída, la evidencia de la condenación divina y quieren averiguar el porqué. Pero la dura prueba no sacude su rectitud, es sincera. No maldice a Dios, como le sugiere su mujer. Aceptará el sufrimiento, venido de Dios, de manera igual a como aceptó la felicidad. Se vuelve evidente la espontaneidad de su amor. Su amor carece de motivaciones ulteriores; su rectitud es sincera; su fidelidad durante el infortunio prueba su fidelidad cuando le sonreía la fortuna.

Hasta aquí el texto de Danielou. La conclusión: “el sufrimiento de Job fue una prueba de la sinceridad de su amor a Dios”, es la explicación teológica cristiana más aceptada del sufrimiento del hombre.

Como se decía al principio de este capítulo, mientras las tradiciones antiguas persisten en su búsqueda por encontrar el sentido moral y espiritual del sufrimiento, la Medicina del siglo XX conceptualiza el enigma no como cuestión moral o espiritual, sino simplemente técnica. Un crítico moderno⁶ afirma que nos portamos como si el sufrimiento careciera de sentido o como si fuese, simple y llanamente, un gran mal, a menudo más terrible que la misma muerte, y que, al adoptar esta postura, estamos ignorando miles de años de esfuerzos de parte de filósofos, teólogos y escritores, por encontrarle un sentido al sufrimiento. Lo vemos como un problema fisiológico y, como tal, con necesidad de soluciones fisio-

lógicas, y no como un problema existencial o teológico que requiera una respuesta filosófica o teológica. Este crítico nos invita a que, como alternativa frente a la postura médica, que considera al sufrimiento como una alteración en espera de tratamiento, retornemos a la perenne meditación bíblica acerca de la cuestión del sufrimiento: la antigua historia de Job, rechazando los objetivos tradicionales de la ciencia médica, por considerarlos incompatibles con sus prioridades morales. Según él, el médico no debe dar por sentado que su paciente desea eliminar a toda costa su sufrimiento. Para éste puede tener mayor sentido aceptar el sufrimiento y la muerte como parte de la vida en lugar de evitarlos y, por consiguiente, puede elegir preferentemente sus valores morales o espirituales por encima de la estrecha actitud tecnológica que, para la Medicina, tiene el sufrimiento.

Hace un cuarto de siglo, un agudo crítico social, Iván Illich, publicó el libro *Némesis médica. La expropiación de la salud*,⁷ que en su tiempo fue aclamado como “uno de los exámenes críticos más penetrantes de la medicina contemporánea”. En dicha obra, el autor arremete poderosamente contra muchos de los defectos que ve en la Institución Médica contemporánea, con elocuencia y argumentos dignos de ser muy tomados en cuenta todavía ahora, pues no han sido corregidos a pesar del tiempo transcurrido. Otros son cuestionables. Entre éstos se encuentra su posición ante el dolor y el sufrimiento. He aquí algunos de sus comentarios (traducción de H. J.):

La civilización médica tiende a convertir el dolor en asunto técnico despojándolo de su sentido personal. La gente desaprende a considerar el sufrimiento como parte inevitable de la realidad, que debe ser aceptada, y aprende a interpretar cualquier dolencia como algo que requiere mimos y remedios.

Frente al dolor, la invalidez y la muerte, la persona, en las culturas tradicionales, las interpreta como retos que demandan una respuesta personal; la civilización médica las contempla como demandas que el individuo hace a la economía, como problemas que deben ser manejados o hechos desaparecer. Las culturas son sistemas de significados, la civilización cosmopolita es un sistema de técnicas. La cultura vuelve tolerable el dolor integrándolo como un componente de ella, provisto de sentido; la civilización cosmopolita separa el dolor de todo contexto subjetivo o intersubjetivo, con objeto de aniquilarlo. La cultura vuelve tolerable el dolor al interpretar su carácter necesario; solamente es intolerable el dolor cuando es percibido como curable [...] Una miriada de virtudes expresa los diferentes aspectos de la fortitud que tradicionalmente posibilitó a la gente a reconocer las sensaciones dolorosas como un reto y responder a él moldeando su experiencia. Paciencia, indulgencia, valor, resignación, autocontrol, perseverancia y mansedumbre expresan, cada uno, el diferente colorido de las

respuestas con que la sensación de dolor fue aceptada, transformada en experiencia de sufrimiento y sobrellevada. Deber, amor, fascinación, rutinas, plegarias y compasión fueron algunos de los medios que permitieron que el dolor pudiese ser soportado con dignidad.

En el presente, una proporción creciente del dolor es causada por el hombre, efecto colateral de las estrategias de expansión industrial. El dolor ha dejado de ser concebido como un mal natural o metafísico. Es una maldición social, y para evitar que las masas maldigan a la sociedad cuando el dolor las azota, el sistema industrial los arroja a los anodinos. Así pues, el dolor se convierte en demanda de más drogas, hospitales, servicios médicos y otros productos de la asistencia corporativa, impersonal, y del sistema asistencial político, con lo que su desarrollo se incrementa, sin importar el costo humano, social y económico. El dolor se ha convertido en un asunto político que da lugar a una avalancha de peticiones procedentes de los consumidores de anestesia que claman por obtener insensibilidad, desentendimiento e incluso inconsciencia, etc. [...].

La publicación del libro de Illich causó, como es de suponer, conmoción y enconadas controversias. No faltaron los más eminentes miembros del gremio médico de varios países que se aprestaron a defender a la Medicina y criticaron enfáticamente al autor.

Uno de los más elocuentes, en opinión del autor, fue Ruy Pérez Tamayo,⁸ quien, con su habitual brillantez, ha demolido gran parte de los denuestos de Illich contra los médicos. Hace notar que, aunque sin duda hay excepciones, “la mayoría de los médicos están vitalmente interesados en todos los aspectos del sufrimiento de sus pacientes y sus acciones están dirigidas a tratar de aliviarlos; que no son autómatas deshumanizados, incapaces de sentir compasión por el sufrimiento y de identificarse íntimamente con todas las ramificaciones interiores de la personalidad que el dolor ilumina y fortalece”. Acusa a Illich de sectario porque “ha tomado el concepto primitivo y tradicional del dolor como el más valioso porque se ajusta a su prejuicio de que el hombre es culpable y necesita lavar su crimen a través del sufrimiento”; que “nunca se le ocurriría aceptar que la forma heroica de enfrentarse al dolor y derivar fortaleza, humildad y experiencia mística del sufrimiento es y siempre ha sido la excepción entre los seres humanos”; que “la inmensa mayoría buscan como desesperados librarse del dolor en cuanto éste aparece, sin importarles un comino estar perdiendo una oportunidad de purificación o de engrandecimiento interno”, y que “un dolor intenso y prolongado transforma a todos, héroes y hombres comunes, en animales desesperados e irracionales, antes de destruirlos como individuos”.

El autor se permite agregar que los seres humanos han dejado muy atrás la época del ascetismo y de los monjes flagelantes, y que abundan los aforismos y frases

célebres que reflejan el pensamiento de la Humanidad acerca del dolor. He aquí unos cuantos:

- El dolor físico es el peor de todos los males. San Agustín. *Soliloquios* I.21.
- El dolor es perfecta miseria, el peor de todos los males y, cuando es excesivo, echa abajo toda la paciencia. Milton. *Paraíso Perdido*. Libro VI.
- Un simple analgésico vale más que una docena de poemas maravillosos. Elie Wiesel. *Memoirs*.
- Todos debemos morir. Pero el que yo pueda rescatar a alguien de días de tortura es lo que siento como el privilegio máximo. Para la humanidad, el dolor es un tirano más terrible que la misma muerte. Albert Schweitzer. *My Life and Thought*.

¡Cuánta razón tiene Pérez Tamayo al afirmar que la conquista del dolor es uno de los grandes beneficios que ha producido la medicina científica!

Sin embargo, importa establecer la distinción entre el dolor físico y el dolor mental, moral, espiritual o como quiera llamársele. El lenguaje humano es pobre en comparación con la innumerable variedad de sus vivencias. Quizá para esta distinta variedad de sufrimiento debiera utilizarse un nombre diferente del de “dolor”. Para el dolor moral no debieran rechazarse del todo las consideraciones expresadas por Fleischer e Illich. Suprimir el sufrimiento espiritual mediante drogas, sean éstas las que se adquieren legalmente en la droguería o las catalogadas como ilegales, es restarle humanidad al hombre.

REFERENCIAS

1. **Laín Entralgo P:** *Historia de la medicina*. Barcelona, Salvat, 1978.
2. **Pérez Tamayo R:** *Tres variaciones sobre la muerte y otros ensayos biomédicos*. México, Prensa Médica Mexicana, 1974.
3. **Kushner HS:** *Cuando las cosas malas le pasan a la gente buena*. Jerusalén, La Semana Publicaciones, 1981.
4. **Glatzer NN:** *The dimensions of Job; a study and selected readings*. Nueva York, Schocken Books, 1969.
5. **Danielou J:** *Job: le mystère de l'homme et de Dieu*. En: Glatzer NN: *Op. cit.*
6. **Fleischer TE:** Suffering reclaimed: medicine according to Job. *Persp Biol Med* 1999;42:4.
7. **Illich I:** *Medical nemesis. The expropriation of health*. Toronto, Bantam Books, 1976.
8. **Pérez Tamayo R:** *Nostalgia de Arcadia*. En: Tríptico. El Colegio Nacional, 1982.

Dilemas del médico ante el enfermo de gravedad: ética y tecnología

EL PACIENTE EN FASE TERMINAL Y LOS PROBLEMAS QUE PLANTEAN LOS NUEVOS RECURSOS TERAPÉUTICOS

Modernos y poderosos recursos terapéuticos, inexistentes cuando ejercían la medicina los maestros de los médicos de hoy, han dotado a éstos de nuevos e insospechados poderes. La suspensión de las contracciones cardíacas y el paro respiratorio eran, hasta hace poco tiempo, una infinita variedad de procesos patológicos, o se consideraba como la terminación inevitable de una fase dentro de un ciclo cósmico, la consecuencia y condición esencial de la vida: muerte, en todo caso, frente a la cual el médico, impotente, daba por concluida su misión.

Poseedor de recursos que le permiten sostener artificialmente el funcionamiento de los aparatos cardiovascular y respiratorio, el médico se ve obligado a intentar dar respuesta a preguntas que antes soslayaba por considerarlas de interés puramente filosófico, así como a preguntas que antes no tenían por qué ser planteadas. Aquéllas son, entre otras: ¿qué es la vida?, ¿qué es la muerte? Entre las segundas están las siguientes: ante el paciente que dentro de lo humanamente previsible no tiene ninguna probabilidad de salvarse, ¿qué tan lejos debe ir el médico en sus esfuerzos por prolongarle la vida?, ¿qué es más importante: la prolongación de su vida o la terminación de su sufrimiento?

Si se le pregunta al hombre común, descendiente de aquellos que inventaron la palabra vida, qué significa ésta para él, dirá que es el nombre que se le da a la causa de lo visible que se supone que está detrás de un conjunto de manifestaciones que se observan en ciertas cosas, y en otras no.

Dichas manifestaciones son: nacen o brotan, crecen, se alimentan, excretan, se reproducen, mueren.

El científico dirá más o menos lo mismo, aunque revestido de términos técnicos, y hará notar que varias de las manifestaciones antes enumeradas, de manera aislada, no implican necesariamente vida, ya que pueden observarse en materias inertes, de manera que es preciso que se dé el conjunto armonioso de todas ellas para que se pueda afirmar su carácter biológico. También hará notar que hay macromoléculas en las fronteras entre la vida y la no vida, de modo que no es posible establecer separaciones absolutas ni definiciones perfectas.

Una mente sintética insistirá en que la característica fundamental de la materia viva es su tenacidad para conservar una constitución fisicoquímica, una estructura y un funcionamiento relativamente constantes, frente a la acción desintegradora del medio ambiente, y que todas las manifestaciones antes enumeradas, y muchas más, no son sino mecanismos empleados para mantener esas constantes.

Utilizando otros términos, dirá que la vida es “un sistema polifásico en equilibrio dinámico”. Otra mente científica diría que la materia viva se caracteriza por la teleonomía y la reproducción invariante.

Todo lo anterior podrá ser cierto cuando se utiliza para definir la vida de todas las especies, menos la del hombre; en efecto, éste es el resultado de un salto evolucionario trascendental que dio lugar a la conciencia. Si vida es todo aquello que se ha discutido, vida humana es todo aquello y tener conciencia de ello. Y si, como seres humanos, a los médicos les interesa la vida en todas sus formas, como humanistas (¿no lo es acaso todo médico?) les interesa la vida humana.

Dice sabiamente Sepúlveda en su conferencia titulada “La muerte del individuo humano”:¹

Si aceptamos que la actividad intelectual desarrollada en sus múltiples expresiones es el carácter esencial del ser humano; y si consideramos que la acción creadora depende fundamentalmente del funcionamiento cerebral, el cual determina su personalidad propia y sus relaciones tanto con sus semejantes como con el medio exterior, podemos afirmar seguramente que la integridad del cerebro es la condición más importante de la vida humana.

Definida ya la vida humana, ¿qué tan lejos deben ir los médicos en sus esfuerzos por prolongarla en el paciente que, dentro de lo humanamente previsible, no tiene ninguna probabilidad de salvarse? ¿Qué es más importante: la prolongación de su vida o la terminación de sus sufrimientos?

No es posible, por supuesto, ofrecer respuestas absolutas y universales. Cada caso individual, específico, exige una decisión que a menudo es desencadenante de una gran dosis de angustia. ¿Por qué? Primero, porque depende de juicios de valor que hay que enunciar al juzgar sobre la calidad de la vida que resta. Segundo, porque depende de consideraciones pronósticas, nunca seguras, sobre la pro-

bable duración de esa vida. Sin embargo, aun aceptando esas formidables limitaciones, es deseable intentar establecer algunos lineamientos generales.

No se referirá el autor a los pacientes que, por sufrir un paro respiratorio o cardíaco agudo, requieren la aplicación de medidas inmediatas de reanimación. Tampoco discutirá los problemas especiales que plantean los pacientes que son donadores potenciales de órganos. Más bien tratará del problema de los enfermos que tienen, en la etapa final de su vida, sufrimientos físicos intensos, y del de los pacientes inconscientes, descerebrados, ya sea como consecuencia de una lesión intracraneana o como resultado de un intento de reanimación parcialmente fallido.

No parecen existir dudas de que, frente a los primeros, la meta primaria del médico es el alivio de sus sufrimientos. Pero tanto en esos casos como en los de los enfermos descerebrados, ¿es deseable, es moral hacer todos los esfuerzos posibles, utilizar todos los recursos de la ciencia médica moderna para prolongarles la vida, una vida que en el primer caso es un tormento, y en el segundo caso es una vida “biológica”, pero no humana?

Para tomar decisiones, el médico no puede ignorar el sentir del propio enfermo, de sus familiares y de la sociedad a la que pertenece.

Si el enfermo, consciente, expresa verbal o extraverbalmente el deseo de que su vida se alargue al máximo, es deber ineludible del médico respetar su voluntad. ¿Quién es el médico para valorar la intensidad del sufrimiento o la calidad de vida de ese ser humano puesto a su cuidado?

Recuérdese a Iván Denisovich, el personaje de la obra clásica de Solzhenitsin, quien pinta un día cualquiera de su vida, en uno de tantos campos soviéticos de trabajos forzados. Oprimidos por el horror, los lectores se van enterando de las estrujantes vivencias de ese día y, sin embargo, al final de la jornada, el personaje se acuesta en su barraca y se siente feliz. Fue un día de suerte: no lo castigaron enviándolo a la celda helada, y su cuadrilla no fue enviada ese día a trabajar en el “proyecto comunitario socialista”; a mediodía se las ingenió y logró obtener una cucharada extra de sopa; el jefe le puso buenas marcas por su trabajo; se sintió a gusto construyendo ese muro; logró ocultar de los guardias ese pedazo de clavo, que le será útil como herramienta algún día, etc. Nada echó a perder ese día; fue un día casi feliz... Es preciso, también, respetar la voluntad de los familiares del enfermo si, informados del pronóstico y de la magnitud del sufrimiento o de las condiciones neurológicas de aquél, piden y exigen que se le conserve vivo el mayor tiempo posible.

Pero, ¿qué hacer en ausencia de esas indicaciones específicas? Triste situación la del médico que, dotado ahora de recursos poderosos para prolongar la vida, se acerca peligrosamente a la situación del criminal que abate una vida humana.

¿Qué hacer si el enfermo mismo o sus familiares o la autoridad no indican que se ponga fin efectivamente a una vida que, por la magnitud de sus sufrimientos, parece ser peor que la misma muerte?

Aquí la respuesta de la profesión médica casi siempre ha sido, y se espera que lo siga siendo siempre: no, jamás. El crimen piadoso, que periódicamente sacude la conciencia de la sociedad, puede estar justificado, puede ser profundamente humanista y trágicamente noble, pero, condonado, puede servir de excusa (y lo ha sido) para los más execrables crímenes individuales, sociales y políticos.

El médico no puede sustraerse de la cultura de la que forma parte, y un principio fundamental de la ética judeocristiana, a la que casi todos pertenecen, considera la vida humana como el máximo bien.

Y si el médico no aplica medidas que pudieran prolongar la vida, o si las retira, si desconecta el aparato o quita el contacto eléctrico, ¿ha cometido un acto de misericordia o un crimen? ¿Qué orientación dan las religiones y qué dice la ley?

La voz de la Iglesia Católica quedó expresada por el papa Pío XII, quien en 1957, en respuesta a la pregunta sobre si el médico puede interrumpir la respiración artificial en un enfermo moribundo, replicó que se pide del médico que aplique medidas ordinarias, pero no extraordinarias, para prolongar la vida. Esta opinión de la Iglesia Católica no resuelve totalmente el dilema del médico, puesto que deja a éste la responsabilidad de definir qué es una medida extraordinaria.

Tómese en cuenta que lo que se consideraría extraordinario en Tlalpujahua no lo es en el Centro Médico Nacional “Siglo XXI” de la Ciudad de México.

En cuanto a la ley, si bien castiga todo acto de comisión que cause la muerte de un ser humano, no es tan clara cuando la muerte se debe a un acto de omisión.

En resumen, no es posible establecer reglas rígidas. Sólo se puede decir que el médico deberá mantener como meta hacer lo mejor por su paciente, dejándose guiar sólo por lo más profundo y noble de su conciencia, y sin que dicten su conducta motivaciones egoístas.

El dilema ante el enfermo en estado comatoso, descerebrado, es menos difícil. Existen, en efecto, criterios generalmente aceptados que permiten concluir que hay daño cerebral irreversible, de modo que el paciente no podrá volver nunca a ser una persona humana consciente.

Los criterios de muerte cerebral son los siguientes:

1. Cesación de la actividad cerebral, a juzgar por un trazo electroencefalográfico plano.
2. Cesación de la actividad del tallo cerebral, demostrada por dilatación de las pupilas.
3. Cesación de la actividad bulbar, a juzgar por la ausencia de movimientos respiratorios durante no menos de cinco minutos, una vez desconectado el aparato de respiración artificial.
4. Cesación de la actividad medular, demostrada por la ausencia de reflejos.

En esas condiciones no parece haber justificación para seguir sosteniendo artificialmente los latidos cardiacos y los movimientos de la respiración.

Los avances actuales y futuros en la aplicación de trasplantes de órganos han dado lugar a una serie de preguntas que el autor se limitará a plantear, sin intentar darles respuesta, y que se expresan a continuación.

Ante la indudable desproporción entre el gran número de candidatos a ser beneficiados por los trasplantes y la escasez de facilidades médicas de diversa índole, incluyendo las de carácter económico para llevarlos a cabo, ¿cómo se va a escoger a los que tendrán la oportunidad de vivir, condenando a muerte a los demás?

¿Es ético favorecer al más rico, o al que sea más útil a la sociedad, al que tenga más probabilidades de rehabilitarse, o simplemente al que está en primer lugar de la lista o gana en un sorteo?

¿Surgirá acaso un mercado negro de riñones, corazones e hígados? Y aun si se contara con las enormes sumas de dinero necesarias para poder proporcionar a todos los pacientes los beneficios de los trasplantes, ¿está justificado hacerlo? ¿Se está beneficiando con ello a la humanidad? ¿Es lógico controlar por un lado la natalidad y por el otro prolongar la vida de los viejos y los enfermos? ¿No es acaso preferible dedicar ese enorme esfuerzo a la solución de los problemas sociales más urgentes?

Conviene que, como médicos y humanistas, reflexionemos sobre todas estas cuestiones, pues ya no nos es posible desentendernos de ellas. Urge volver a adquirir un concepto filosófico profundo del sentido de la vida humana, y de la vida en general, y del puesto de hombre en el cosmos, so pena de cometer catastróficos errores.

Los fósiles de los grandes saurios que habitaron la biosfera durante el periodo mesozoico son mudo testimonio de que ese experimento de la naturaleza fracasó. Está por verse si el *Homo sapiens* es otro experimento condenado al fracaso. Sólo que ese veredicto depende de nosotros mismos.

REFERENCIAS

1. **Sepúlveda B:** *La muerte del individuo humano*. México, Memorias del 11 Congreso de la Academia Nacional de Medicina, 1969;2:515.

El médico ante la muerte

De todos los seres vivientes, el hombre es el único, ¡oh, trágico privilegio!, que posee la capacidad de concebir la muerte. Percibe los objetos y los sucesos del mundo que lo rodea y del que forma parte, y observa en algunos de ellos una serie de características que separa, abstrae, sintetiza y llama *vida*. Luego crea una imagen negativa: la ausencia de todo aquello, y la llama *muerte*. Poseedor de su secreto, no puede compartirlo con ninguna otra especie viviente y por ello está solo y, en cierto modo, fuera de la naturaleza.

El hombre, dice Heidegger, es la criatura cuya vida tiene a la muerte como su “posibilidad capital”. Su existencia misma, en la medida en que es auténticamente humana, es un “ser hacia la muerte”, hacia el punto más allá del cual él ya no será más. Para Heidegger, la vida auténtica es la que se vive en presencia de la muerte, porque está profundamente convencido de que solamente la aceptación sin parpadeos de su eventual anulación permite al hombre liberarse de las trivialidades de la existencia diaria y consagrarse a obras que le den a su humana carrera un sentido verdaderamente elevado. Habría, en otras palabras, una especie de gracia en la aceptación de lo radicalmente finito de nuestra existencia.

Nadie ha expresado mejor que Pascal el asombro del hombre ante la contingencia de la vida cuando dice:

[...] Al considerar la corta duración de mi vida, sumergida en la eternidad, pasada y futura; el pequeño espacio que ocupó y el que puedo ver, sumergido en la infinita inmensidad de los espacios de los cuales nada sé y los cuales no saben de mí, siento terror y me asombro de estar aquí y no allá, por-

que no hay razón de por qué aquí en lugar de allá, de por qué ahora y no entonces.

El haberse sentido aguijoneado de esta manera por la realización de la radical contingencia de las circunstancias de la vida de uno es, ciertamente, haber captado ya el soplo de la muerte, como la posibilidad capital de la propia existencia, puesto que sentir la manera abrupta con que fuimos arrojados al mundo es haber sido ya pinchados por la cruel matemática que gobierna nuestra condición. Es haber sentido el vacío de no ser, abriéndose en las regiones más recónditas de nuestra existencia.

Y, sin embargo, si bien es cierto que la inevitabilidad de la muerte es, en cierto modo, una certidumbre intuitiva que pertenece a la estructura esencial de la conciencia humana, es necesario subrayar que se trata de una certidumbre que, en condiciones normales, está profundamente reprimida. Fuera de los momentos en que los hombres nos enfrentamos a enfermedades graves o a sufrimientos físicos extremos, no mantenemos viva dentro de nosotros, mientras vivimos las horas de cada día, la convicción profunda de que nosotros, en verdad, moriremos.

Esta convicción sólo llega a nuestras conciencias cuando sufrimos la experiencia directa de la muerte. Sólo entonces “siento yo la muerte en el corazón de mi propia existencia” cuando, al participar en la muerte de personas que, junto conmigo, han constituido un “nosotros”, se despierta en mí el sentimiento de mi propia disminución. Es entonces cuando en verdad tomo dentro de mí el hecho de que, como dice John Donne, “toda muerte de un hombre me disminuye...” y que, por ello, “cuando tañen las campanas, tañen por mí”.

La actitud del hombre ante la muerte ha cambiado en función del espacio y el tiempo. En la Grecia clásica, por ejemplo, los filósofos estoicos, si bien no creían en la inmortalidad, veían en la muerte una puerta hacia la libertad. Todo aquel que encontrase su vida indigna, desagradable, patética, estaba en libertad de ponerle fin. El hombre seguiría siendo inconquistable en tanto que esa puerta permaneciera abierta y su más fiel aliada, la muerte, no lo abandonase. La lección que los estoicos ofrecían al hombre era que esperasen poco del más allá, pero que no temiesen a la vida. Séneca decía: “La esclavitud pierde su amargura cuando, con un solo paso, puedo alcanzar la libertad. Tengo, contra todos los dolores y heridas de la vida, el refugio de la muerte.”

Durante la Edad Media, por influencia del cristianismo, cambió la actitud del hombre hacia la muerte. La meta no fue ya morir con nobleza al final de la vida sino preparar el alma, durante la vida entera, para su travesía hacia el otro mundo. Se despreciaba la vida terrenal, de este “valle de lágrimas”, lleno de miseria y manchado de pecado. Urgía que los hombres se preparasen para su muerte, porque ello fijaría de manera inalterable y eterna su existencia en el más allá. El lecho de muerte era el gran campo de batalla en el cual el espíritu diabólico desencade-

naba su ataque final en contra del alma. Volvióse de importancia suprema el aprender a morir con propiedad, sagradamente, obedeciendo reglas explícitas. Había que morir de buena gana y con alegría y, una vez hecha confesión de los pecados y fijada la mente en ejemplos de fe incommovibles tales como el de Job, había que emular a Cristo en su muerte.

En el Renacimiento vuelve a adquirir importancia el mundo terrenal. La muerte es el clímax, el último acto de la vida. Así, en las tragedias de Shakespeare sus héroes continúan expresando su carácter mientras traspasan el umbral de la muerte. Mercutio no deja de bromear, ya herido mortalmente. Romeo dice, amorosamente: “Así, con un beso, muero”. El hombre acepta la muerte y se enfrenta a ella de manera igual a como se había enfrentado a la vida.

La muerte moderna, en la cultura occidental, no posee ningún sentido que la trascienda y ha perdido toda continuidad con la vida. Es el “fin inevitable de un hecho natural”; es un hecho más, en un mundo de hechos. Pero, como dice Octavio Paz, es

...un hecho desagradable, un hecho que pone en tela de juicio todas nuestras concepciones y el sentido mismo de nuestra vida, y por eso la Filosofía del progreso pretende escamotearnos su presencia. En el mundo moderno todo funciona como si la muerte no existiera. Nadie cuenta con ella. Todo la suprime: las prédicas de los políticos, los anuncios de los comerciantes, la moral pública, las costumbres, la alegría a bajo precio y la salud al alcance de todos que nos ofrecen hospitales, farmacias y campos deportivos.

El tema de la muerte se ha convertido en tabú. Usamos eufemismos. Damos al cadáver la apariencia de un hombre que duerme, simplemente. Hemos convertido a la muerte en un acto solitario, mecánico, deshumanizado. Para los antiguos mexicanos —y seguimos acotando a Paz:

La oposición entre muerte y vida no era tan absoluta como para nosotros. La vida se prolongaba en la muerte. Y a la inversa. La muerte no era el fin natural de la vida, sino fase de un ciclo infinito. Vida, muerte y resurrección eran estadios de un proceso cósmico que se repetía insaciable. La vida no tenía función más alta que desembocar en la muerte, su contrario y complemento; y la muerte, a su vez, no era un fin en sí; el hombre alimentaba con su muerte la voracidad de la vida, siempre insatisfecha. El sacrificio poseía un doble objeto: por una parte, el hombre accedía al proceso creador (pagando a los dioses, simultáneamente, la deuda contraída por la especie); por la otra, alimentaba la vida cósmica y la social, que se nutría de la primera.

Observa Octavio Paz que

...el rasgo más característico de la concepción indígena de la muerte es el sentido impersonal del sacrificio. Del mismo modo que su vida no les pertenecía, su muerte carecía de todo propósito personal. Los muertos desaparecían al cabo de algún tiempo, ya para volver al país indiferenciado de las sombras, ya para fundirse al aire, la tierra, el fuego, la sustancia animadora del universo.

...Religión y destino regían la vida del mexicano antiguo, como moral y libertad presiden la nuestra.

Su vida y muerte estaban predeterminadas por los dioses. Mientras que para los cristianos la muerte es un tránsito, un salto mortal entre dos vidas, la temporal y la ultraterrena, para los aztecas era la manera más honda de participar en la continua regeneración de las fuerzas creadoras, siempre en peligro de extinguirse si no se les proveía de sangre, alimento sagrado.

¿Y para el mexicano actual? Para él, como hombre occidental, la muerte ha perdido toda significación. Ha dejado de ser tránsito, acceso a otra vida. Pero, hace notar Octavio Paz que

...la intrascendencia de la muerte no nos lleva a eliminarla de nuestra vida diaria, como lo hace el habitante de Nueva York, París o Londres, en quien la muerte es palabra que jamás se pronuncia porque quema los labios.

...El mexicano la frecuente, la burla, la acaricia, duerme con ella, la festeja, es uno de sus juguetes favoritos y su amor más permanente. Cierto, en su actitud hay quizá tanto miedo como en la de los otros; pero, al menos, no se esconde ni la esconde: la contempla cara a cara con impaciencia, desdén o ironía: “si me han de matar mañana, que me maten de una vez”.

En las escuelas de medicina no se enseña al estudiante a atender ni a ayudar al enfermo próximo a morir. El interés se concentra en las ciencias básicas y en los problemas generales de diagnóstico y tratamiento de las enfermedades. En la etapa de educación médica a nivel institucional, como estudiantes de años superiores y como médicos internos y residentes, la experiencia que se adquiere no corrige la situación. Una vez más la preocupación del personal médico se enfoca al diagnóstico, al manejo terapéutico, a lo que el enfermo tiene como caso aprovechable para la enseñanza y a su utilidad como material de investigación clínica. El enfermo grave llega al hospital y, una vez encamado, es presa de un enjambre de técnicos de laboratorio y gabinete, de enfermeras y de médicos demasiado ocupados para poder prestarle atención personal. Si resulta ser un caso “interesante” será visitado por médicos curiosos que lo harán sufrir maniobras clínicas e instrumentales sin cuartel y sin piedad. Probablemente el enfermo verá sufrir y morir a su derredor a otros seres humanos que se encuentren en situación similar a la de él. Habrá limitaciones en el horario de visitas de familiares y amigos. Ha

dejado de ser una persona para convertirse en cosa. Si protesta se le aplicarán sedantes y analgésicos. Un conjunto de sondas, agujas, cánulas y monitores constituirán su medio ambiente. El resultado de todo esto, para el médico que inicia su vida profesional, es que a menudo se encuentra mal preparado para enfrentarse con interés, comprensión y humanismo al enfermo grave, próximo a morir.

Una vez establecido el diagnóstico de un padecimiento grave, posiblemente mortal a corto plazo, ¿qué debe decirse al enfermo? ¿Debe dársele a conocer su diagnóstico y su pronóstico? ¿Debe saber la verdad?

Una señora, madre de un médico, fue informada del diagnóstico de cáncer en una clínica extranjera y vivió seis meses más en un estado al que, al sufrimiento físico, se añadió una angustia, una depresión y una serie de alteraciones mentales que hicieron miserable el resto de su corta existencia. Una señora, Pilar C., a quien se hizo el diagnóstico de esclerosis difusa en esa misma clínica y se le informó que su enfermedad era mortal a corto plazo, acudió a la consulta médica informando de manera franca lo que sabía de su pronóstico. Se le dijo que era evidente que sufría una enfermedad grave, pero que se lucharía junto con ella y se haría todo lo posible por ayudarla a tratar de vencer la enfermedad y disminuir sus sufrimientos. Vivió valerosamente 18 meses, soportando con estoicismo sus sufrimientos físicos, gozando intensamente las pequeñeces de la vida cotidiana y dando a sus familiares y a su médico una lección inolvidable.

Un médico oncólogo, que siempre insistía en que a los enfermos había que decirles la verdad, fue examinado por el médico residente de un servicio de oncología, quien le diagnosticó cáncer del colon con metástasis. Durante los meses restantes de su vida no mencionó nunca la palabra “cáncer” sino que hablaba sólo de “mi mal”, atribuyó sus síntomas en la etapa terminal a infecciones urinarias, artritis y otras enfermedades inexistentes y mostró inusitada hostilidad contra el médico que tuvo la osadía de establecer el diagnóstico. Esos ejemplos y muchos más nos enseñan que es imposible postular una regla universal para las preguntas antes formuladas. Cuando el enfermo tiene una enfermedad grave, por ejemplo neoplásica, pero con pronóstico bueno mediante una terapia oportuna y adecuada, puede ser necesario y cruel pronunciar la palabra “cáncer”, dado su impacto psicológico. Solamente se justifica informar el diagnóstico cuando es evidente que el paciente lo sabrá de todas maneras o cuando se opone a someterse al tratamiento indicado. En el primer caso la falta de información originará una ruptura irreparable en la confianza del paciente hacia su médico. En el segundo caso sólo la confrontación con la verdad podrá forzar al enfermo a aceptar el tratamiento y, de esta manera, quizá curará. Con excepción de esos y otros casos particulares, sigue siendo verdad que no existe una regla universal. El problema sería insoluble si no fuera por un hecho indudable: el paciente, salvo contadas excepciones, sabe su diagnóstico de todas maneras. Lo sabe, aunque a menudo deformado y agigantado, por la comunicación extraverbal que recibe de su médico tratante, de las en-

fermeras, familiares y amigos; por la índole de los tratamientos que se le aplican; por sus conocimientos médicos, por escasos que sean, y por las palabras indiscretas que nunca faltan. Por consiguiente, la pregunta importante no consiste en si debe decirse al paciente su diagnóstico, sino en cómo debe decirse, qué tanto se le debe informar, cómo compartir eso que el médico sabe con su paciente. Sería ideal saber de antemano cuál es el grado de preparación que tiene el enfermo para saber la verdad. Algunos piden una larga explicación científica; otros la quieren oír brevemente y otros más no desean oír hablar del asunto. Si el médico ha tenido contactos con el enfermo en el pasado, puede tener una idea más clara, ya que la forma de reaccionar del enfermo es función de su personalidad, es decir, que repetirá los mecanismos de defensa que ya utilizó en otras ocasiones cuando se tuvo que enfrentar a situaciones estresantes. En todo caso, la información deberá estar envuelta siempre en optimismo; hay que dejar la puerta abierta a la esperanza; hay que mencionar al enfermo que se investiga tenazmente, que de continuo están surgiendo nuevos medicamentos; que cada día se publican nuevos descubrimientos. Este optimismo y esperanza deben ser genuinos y deben formar parte del equipo emocional del médico, ya que sólo así podrá transmitirlos. De lo contrario, su comunicación extraverbal contradirá y desmentirá el contenido de sus palabras. De hecho, es importante subrayar que nuestra capacidad para ayudar al enfermo próximo a morir depende en buena parte de nuestra capacidad para encarnarnos a nuestra propia muerte. Si para el médico la muerte es horrible, angustiante, tabú, nunca podrá enfrentarse a ese tema con franqueza y tranquilidad, de manera útil y constructiva; más bien rehuirá el asunto, hablará de cosas triviales, soslayará la cuestión. En esas circunstancias el paciente imitará el juego del médico, pues no le queda otro camino, y el médico llegará a la conclusión, mal fundamentada, por supuesto, de que en su experiencia los pacientes nunca quieren oír hablar de cáncer ni desean saber la verdad.

Al comunicar al enfermo lo que debe saber es esencial transmitirle la convicción de que no será abandonado, de que juntos pelearán en la batalla. Lo que más teme el paciente no es la muerte, sino el dolor y el aislamiento, el sufrimiento y la soledad. Se teme sólo aquello que puede ser imaginado o que pudo haber sido experimentado alguna vez. Pero no hay experiencia de la muerte.

Es esencial que el médico que atiende a un paciente grave, próximo a morir, mantenga una comunicación humana constructiva y útil a lo largo del tiempo. La tarea es ardua y sólo es posible si se recuerdan y entienden las etapas psicológicas por las que pasa el enfermo. Las ha descrito de manera insuperable Kübler-Ross, de cuyo libro hemos obtenido valiosa información.

Lo primero que ocurre habitualmente, en el enfermo que se ha enterado de su pronóstico sombrío, es el fenómeno de la negación psicológica. Piensa que no es posible que le haya sucedido a él; debe haber sido un error de laboratorio, una confusión en la biopsia. En esas circunstancias es frecuente que el enfermo bus-

que la opinión de otros médicos y niegue el diagnóstico. Atribuye sus síntomas a otras causas, y este fenómeno se observa inclusive cuando el paciente es un médico. Éste llega a hacer las interpretaciones más absurdas como consecuencia del fenómeno de negación, el cual no constituye sólo la primera etapa, sino que reaparece periódicamente en el curso de la enfermedad. El papel del médico debe ser escuchar y permitir que el paciente se contradiga o exprese juicios desprovistos de lógica. Aquí, como siempre, precisa sentarse y escuchar, y hacer sentir al paciente que somos médicos interesados en él; que estamos disponibles, que no lo abandonamos. Eventualmente llegará el momento en que el enfermo está listo para hablar y entonces lo hará, a veces con palabras y otras con símbolos no verbales. Sería contraproducente intentar convencer al enfermo de que, en verdad, está en fase terminal, desahuciado. Hay que entender y poner en claro sus necesidades, sus fuerzas y debilidades y sus mensajes no verbales, para saber a qué grado puede encararse a la realidad en un momento dado. No hay que asombrarse si la negación es tan completa que, en otras circunstancias, sugerirá un estado psicótico.

La segunda etapa es de coraje, rabia, envidia, resentimiento. El paciente se pregunta: ¿por qué yo?, ¿por qué no fulano, que está viejo, que es inútil, que ha llevado una vida inmoral? En esta etapa las dificultades de comunicación y manejo del enfermo se multiplican para el médico, el personal del hospital y los seres queridos. La rabia se proyecta en todas las direcciones. “Los médicos no sirven... no saben nada... están haciendo experimentos conmigo... Las enfermeras son incompetentes y crueles... La comida es detestable”. La esposa “es fría, no me quiere... tampoco mis hijos...” Todo es motivo de irritación: la risa de las gentes, la salud de los visitantes, el programa de televisión, las noticias. Trágico error sería tomar la ira del paciente como cosa personal y reaccionar emocionalmente, dando lugar a un círculo vicioso. Es preciso respetar y comprender al enfermo y prestarle atención y dejarlo canalizar su hostilidad. Hay que comprender.

La tercera etapa es de regateo. Así el niño, cuyos chillidos y pataleos no lograron que satisficéramos sus demandas, opta por la seducción y el regateo; el enfermo que se enojó con Dios y con los hombres por la desgracia que le ha ocurrido cambia y se vuelve dócil, amable, cooperador, en un intento de lograr un poco más de vida, un poco menos de dolor. Retorna a la religión y se vuelve místico; promete, hace ofrendas. Es bien conocido el estadio de la depresión que ocurre cuando el enfermo terminal ya no puede seguir ocultándose su mal, cuando sus síntomas aumentan, cuando es preciso internarse en un hospital o someterse a una nueva operación; cuando ha sufrido mutilaciones, ha perdido su empleo y han surgido problemas económicos. Su coraje y su rabia son sustituidos ahora por un sentimiento de enorme pérdida y por una honda depresión. Pero es importante diferenciar esta depresión, que es reactiva, de otra, que es específica del enfermo terminal y que Kübler-Ross ha llamado depresión preparatoria. Es el duelo que debe preceder a su separación definitiva de este mundo. Si el aliento y la esperan-

za en boca del médico están indicados en el primer tipo de depresión, son inútiles en este último. No se le puede hablar más del lado bueno y positivo de las cosas. Hay que permitirle expresar su pena y compartirla. Agradecerá al médico que, sentado junto a él, lo acompañe. Es una depresión silenciosa, en marcado contraste con la primera, en la que el enfermo tiene mucho que compartir y requiere mucha interacción verbal. En el duelo preparatorio hay poca necesidad de utilizar palabras. Un apretón de manos, un alisamiento de la cabellera o un silencioso permanecer sentado son suficientes. El enfermo empieza a ocuparse de las cosas por venir y no del pasado ni del presente, y le estorban las visitas excesivas de gentes que intentan animarlo. Este tipo de depresión es necesario y benéfico, ya que ayudará al enfermo a morir en paz. El médico debe entender esto y explicarlo a los familiares y amigos que, a menudo, carentes de la comprensión necesaria, crean conflictos en esta etapa.

Se llega así a la etapa final, de aceptación, si el paciente ha tenido suficiente tiempo y se le ha ayudado a pasar por las etapas anteriores. No estará enojado ni deprimido por su destino. Habrá logrado expresar sus sentimientos previos, su envidia hacia los que viven y están sanos, su coraje contra los que no tendrán que enfrentarse, tan pronto, al final de la vida. Habrá experimentado el duelo de la pérdida inminente de tantas gentes que tanto significan para él, y de tantos lugares y cosas, y contemplará su próximo fin con cierto grado de tranquila expectación. Estará cansado y muy débil, y sentirá la necesidad de dormir a menudo y por cortos intervalos, algo a la manera del recién nacido. No creamos que esta aceptación implica felicidad, no; está casi vacía de sentimiento. Es como si el dolor se hubiese retirado y, terminada la batalla, hubiese llegado el momento del “descanso final antes del viaje”. En esta etapa la familia necesita tanta o más ayuda y comprensión que el paciente mismo. El círculo de intereses del moribundo decrece; quiere que se le deje solo o, por lo menos, que no se le inquiete con noticias y problemas del mundo exterior; su comunicación con el médico y los seres más cercanos se vuelve cada vez menos verbal y más extraverbal. Quizá les tome la mano y les pida que se estén en silencio, un silencio lleno de sentido. La presencia del médico le permite saber que no ha sido abandonado, que él estará ahí, hasta el final.

Un denominador común persiste a lo largo de la enfermedad y de los mecanismos psicológicos de defensa del enfermo grave, próximo a morir: la esperanza. Hasta el enfermo más realista y más resignado mantiene abierta la posibilidad de su curación, del descubrimiento de una nueva droga, del éxito en el último minuto de una investigación trascendental. Esta esperanza, por tenue que sea, lo sostiene a lo largo de los días, semanas y meses de sufrimiento. Hay un sentir de que todo esto debe tener algún sentido y que rendirá frutos; la esperanza de que quizá haya sido una pesadilla y que despertará un día con la noticia de que se le va a administrar una nueva droga, ésta sí infalible. El paciente confía sobre todo en el médico

que no le cierra esa esperanza, sea fundada o no. Es fundamental transmitirle ese sentimiento. Esto no quiere decir que haya que mentir; por el contrario, el médico debe sentir la esperanza de que algo imprevisto suceda, de que ocurra una remisión, de que el paciente viva más de lo previsto, de que sus sufrimientos se atenúen.

Otro problema práctico en relación con el manejo del enfermo próximo a morir es su familia. Para ellos el evento puede significar la pérdida de la seguridad y de la dependencia y la inminente soledad. No es raro que experimenten resentimiento contra el enfermo, resentimiento que acrecienta los sentimientos de culpabilidad que de todas maneras existen, dada la ambivalencia de las relaciones interpersonales. Las cenizas en la cabeza, las vestiduras rasgadas, el velo negro, los ropajes de lujo, no sólo son expresión de duelo sino de autocastigo y aplacamiento del castigo divino o del espíritu del difunto. Toca al médico aliviar los sentimientos de culpa de los familiares. Le toca también estimular y ayudar a que entre el enfermo y sus familiares no se rompan los vínculos de comunicación ni se oculten mutuamente sus sentimientos y que continúen compartiendo sus problemas. Al igual que el enfermo, los familiares pasan por los mismos estadios psicológicos. Al principio se resisten a aceptar el diagnóstico e incitan la peregrinación por consultorios, clínicas, países, brujos y curanderos. Además ocultan, niegan, no comunican y rodean al enfermo de barreras que amenazan con ponerlo en condiciones de total aislamiento. En otra etapa sienten hostilidad hacia los médicos que no hicieron el diagnóstico oportuno, pero también contra el médico que descubrió la enfermedad. No es raro que provoquen situaciones conflictivas en el hospital por su hostilidad al personal. Eventualmente experimentarán el duelo preparatorio y alcanzarán la fase de aceptación. La etapa más difícil para ellos tiene lugar cuando el enfermo se desprende del mundo exterior y restringe al mínimo su contacto con los seres queridos, pues lo interpretan como rechazo.

Una vez acontecida la muerte, no termina ahí la función del médico, quien no debe abandonar a los familiares una vez firmado el certificado de defunción. El llanto y la desesperación deben ser expresados libremente. Permitir que lloren, griten y reclamen si es necesario. Sólo así, hasta el final, cumple el médico su misión frente al enfermo próximo a morir.

REFERENCIAS

1. **Paz O:** *El laberinto de la soledad*. México, Fondo de Cultura Económica, 1959.
2. **Kübler RE:** *On death and dying*. Nueva York, MacMillan, 1969.

¿Es importante el conocimiento de la historia de la medicina?

Debe ser motivo de orgullo para los médicos mexicanos el hecho de que, en el programa de estudios de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de México, y en otras facultades y escuelas de medicina del país, esté incluida la cátedra de Historia de la Medicina. Ello demuestra que no se ha perdido el humanismo como elemento esencial de la educación del médico. No ocurre así en numerosas facultades y escuelas de medicina en el mundo entero, incluyendo muchas de las más renombradas en los países “desarrollados”. En ellas, la cátedra no existe o se ofrece solamente como “materia optativa”, que muy pocos estudiantes aprovechan. ¿Por qué? ¿Acaso porque la información científica y tecnológica que tienen que absorber durante los años de estudio de pregrado es ya, de suyo, positivamente extensa? Esta explicación es verdadera, pero incompleta, porque omite otra parte, ciertamente dolorosa: el desprecio a la historia, desprecio que es parte de la devaluación de la cultura humanista que priva en la sociedad tecnológica moderna. Lamentable pérdida, en verdad.

El autor quiere defender la importancia de la disciplina histórica y, para ello, se permitirá reproducir porciones del discurso de despedida que pronunció alguna vez como presidente de la Sociedad Mexicana de Historia y Filosofía de la Medicina:

“Ocupar la presidencia de la Sociedad Mexicana de Historia y Filosofía de la Medicina es un elevado honor, uno de los mayores recibidos en el curso de mi vida académica. Me siento profundamente agradecido por ello. Además de brindar una oportunidad única de servir, también lo ha sido de aprender. Aprendí mucho. Algo que sólo era una pálida intuición se convirtió en sólida convicción, y

es ésta: que las ideas básicas, los conceptos fundamentales que sobre temas de Medicina se han sustentado en tiempos pretéritos, lejos de ser objeto de desprecio y de burla, lejos de ser considerados como productos de mentes ignorantes y desprovistas de lógica, merecen el mayor de los respetos. No cometamos el error de creer que la evolución de la Medicina es comparable a una línea siempre ascendente, un proceso de superación constante en el cual todo conocimiento nuevo supera o cancela al anterior. La historia del conocimiento humano no es la historia de un proceso acumulativo en el que el paso del tiempo sólo da lugar a cambios cuantitativos y a un enriquecimiento incesante de datos empíricos. Más bien es la historia de una sucesión de diferentes “tipos de preguntas” que sutilmente traducen la existencia de prejuicios que caracterizan cierta época, y han recibido ahora el nombre de “paradigmas”.

“Ninguna pregunta es inocente; ninguna está libre de ideas preconcebidas; cada una invita forzosamente a un tipo de contestación y no a otro. El hombre de cada época es menos libre de preguntar de lo que se imagina, porque las preguntas y las respuestas están prefabricadas en el lenguaje mismo que emplea. Créese libre, y es prisionero de su cultura y de sus pensamientos.”

“Cada periodo histórico tiene sus paradigmas y, ¿cómo podemos estar seguros de que los nuestros, los principios básicos sobre los que descansa el edificio de nuestra ciencia, son superiores, son los definitivos?”

“Que, a pesar de las consideraciones anteriores, ha habido progreso es innegable. Pero no exageremos la verdadera magnitud de dicho progreso. La conquista de algunas enfermedades infecciosas ha sido, en realidad, la sustitución de unas infecciones por otras más temibles, puesto que el género humano no está preparado para convivir con los gérmenes que las causan, ni cuenta con los mecanismos inmunológicos para poder combatirlos con eficacia. La notable alza en el promedio de duración de la vida es sólo parcialmente un triunfo de la Medicina, pues buena parte del éxito debe atribuirse a la mejoría de las condiciones económicas, nutrimentales y sanitarias de los pueblos. El conocimiento psicológico del hombre se encuentra todavía en la infancia; las enfermedades y padeceres originados por el estrés y los problemas psíquicos aumentan continuamente, y los métodos psicoterapéuticos y psicofarmacológicos más bien tienden a hacer que el hombre se conforme con la tiranía de las fuerzas económicas, sociales y políticas del momento, en lugar de ayudarlo a encontrarle un sentido a la vida. La medicina contemporánea no sólo corre el peligro de la tecnificación excesiva, sino que se enfrenta a un peligro mayor, que caracteriza a nuestra era: la trivialización de la Vida. Lo que está en juego en Medicina es la imagen misma del Hombre.”

“El estudio de la historia de la Medicina me ha vuelto más consciente de las fuerzas dinámicas que entran en juego en ella; de la interacción de factores sociales y económicos; de las limitaciones culturales y tecnológicas. Me ha hecho darme cuenta de que no se trata de detalles que sólo atraen al anticuario, sino de pro-

blemas vivientes a los que mis predecesores tuvieron que enfrentarse, como tengo que enfrentarme yo también. Y al apreciar las dificultades del pasado aumenta mi sensibilidad para identificar las dificultades del presente. Me doy cuenta de que, si ignoro el pasado o si considero despectivamente sus errores, le resto agudeza a mi propio sentido crítico y caigo en el peligro de cometer errores semejantes. El conocimiento de la historia social de la Medicina me permite volverme más escéptico, ampliar mi criterio, adquirir una capacidad más realista de comprender el contexto de la Medicina de mi tiempo.”

“A través del estudio de la historia he aprendido que los prohombres de la Medicina de tiempos pasados fueron tan inteligentes como los prohombres de hoy. Si las ideas y los procedimientos antiguos me parecen absurdos ahora, no debo concluir que fueron absurdos en su tiempo. Sólo puedo concluir que no entiendo plenamente el contexto en cuyo marco trabajaron y pensaron los médicos de esas épocas; y cuando el historiador me reconstruye el contexto, las acciones de esos médicos, mis antecesores, me parecen razonables y relacionadas de manera lógica con los problemas correspondientes.”

Gregorio Marañón, sapientísimo médico español, dice: “[...] El médico es, de todos los hombres de ciencia, el que más propende a olvidarla, porque el progreso explosivo de la Medicina hace envejecer y condena al olvido a lo que sólo diez años más atrás florecía. ¿Para qué saber del pasado remoto, se dice el tipo medio del médico práctico, si casi el pasado inmediato, el de ayer, no me sirve para nada? Y, sin embargo, ese veloz aparecer y desaparecer de nuestros conocimientos es la razón más profunda, precisamente, de que volvamos con insistencia la vista hacia atrás, hacia las etapas remotas del mismo surco que vamos abriendo. Todo lo que tiene de fugaz una gran parte de nuestros conocimientos actuales se ha de compensar con el estudio profundo de lo que el pasado guarda como valores permanentes. Y cuando se emprende ese estudio, la primera y gran sorpresa que nos reserva es la de que todo ese pasado, hasta lo más muerto, hasta lo que tuvo la vida efímera de unas semanas de moda, todo es infinitamente útil para interpretar lo que hoy sabemos, lo que creemos saber.”

“Ningún médico debe dejar de tener su libro de historia de la Medicina entre los que lee con frecuencia, entre los libros de cabecera. ¡Cuántas cosas recién inventadas verá con claridad a la luz de las viejas, de las que parecían enterradas! ¡Qué eficaz preservativo y antídoto si se siente amenazado por el frecuente contagio de la pedantería! Mas el médico de empuje, el que aspire a contribuir a la obra creadora de la Medicina, debe, desde luego, no ya leer un manual, sino estudiar la historia y tratar de ayudar a su conocimiento. Nada serena el ánimo y aclara las dificultades de la investigación médica como el estudio de lo que se lee.”

“Leer y releer la historia de la Medicina es indispensable al médico para no perder la cabeza, para no engeñarse pensando que ha tenido la suerte de vivir en una época definitiva de la ciencia, para acoger con prudencia los nuevos avances,

para no dejarse llevar de la última palabra de la moda, convirtiéndose en lo peor que le puede suceder a un médico, que es ser médico de slogan.”¹

Entre nosotros, Fernando Martínez Cortés, clínico, filósofo e historiador de la Medicina, llega a la siguiente conclusión en su libro *¿Sirve para algo la historia de la Medicina?*:² “Se dice [...] que la enseñanza de la historia de la Medicina no tiene ninguna utilidad práctica. Por supuesto que tienen razón quienes así opinan si creen que en los viejos escritos van a encontrar mejores anestésicos que los actuales, o procedimientos que superen a la tomografía computarizada para descubrir determinadas lesiones intracraneanas. Es en la formación del criterio del médico, en la evaluación del peso de sus acciones, en el darse cuenta de cuál es en verdad su tarea, en su capacitación para pensar por su cuenta, para hacer de él un motor o un promotor del desarrollo y de la crítica de la medicina actual, para lo que es indispensable la historia.”

Pero hay algo más, que olvidé mencionar en aquel discurso pronunciado en la Sociedad Mexicana de Historia y Filosofía de la Medicina. En primer lugar, la gratitud. Ejercicio una ciencia y arte poderosos, gracias a las aportaciones de todos esos titanes que, con su esfuerzo, fueron limpiándolos de prejuicios, de nociones imaginarias, de conceptos anticientíficos, luchando a menudo contra la resistencia y la hostilidad de las instituciones de su tiempo. Soy el heredero de una soberbia herencia, legada por esos prohombres, muchos de ellos olvidados por los historiadores y los biógrafos. Si podemos divisar un horizonte más amplio que lo que fuera posible en el pasado, se debe a que, como se ha dicho, estamos “encaramados sobre los hombros de gigantes”. En segundo lugar, ¿a qué hijo bien nacido no le interesa el origen de su familia, su árbol genealógico? ¿A qué ciudadano bien nacido no le interesa la historia de su Patria, de su Estado, de su pueblo, de su terruño? De la misma manera, y por las mismas razones del corazón, ¿a qué médico puede no interesarle, no atraerle, no sentir curiosidad, por conocer la historia de la profesión a la que ha consagrado su vida?

REFERENCIAS

1. **Laín Entralgo P:** Dos textos de Marañón sobre el valor de la historia de la Medicina. En: *Marañón y el enfermo*. Madrid, Revista de Occidente, 1962.
2. **Martínez Cortés F:** *¿Sirve para algo la historia de la Medicina?* México, Editorial del Seminario La Medicina del Hombre en su Totalidad, 1981.

El retiro del médico*

Empezaré por manifestar mi preferencia por el título “retiro” en lugar de “jubilación”, pues ¿quién tuvo la cruel idea de escoger este término (procedente del latín *iubilum*: alegría que se manifiesta vivamente) para uno de los momentos más difíciles y, a menudo, más dolorosos, de la vida del hombre o la mujer activos? Para la mujer, sin embargo, el retiro de la vida profesional suele ser menos difícil, porque, casi siempre, a su actividad profesional se suma la de esposa, madre y abuela, destino sublime que sólo termina con la muerte. Quizá sea ésta una de las razones por las que la expectativa de vida sea superior en la mujer que en el hombre. En cambio, el hombre realiza la mayor inversión de su tiempo y su energía, de sus ambiciones y sus sueños, en su trabajo profesional, y quizá nadie lo haga con mayor intensidad, dedicación y entrega que quien se consagra a la Medicina. No faltan, cierto es, los médicos que esperan ansiosamente el feliz momento de su, esta vez sí, jubilación, pero me atrevo a creer que a ellos les faltó una férrea vocación para la Medicina, o existieron factores externos que interfirieron fatalmente con su disfrute.

¿Cuándo debe retirarse el médico? La respuesta es fácil cuando el retiro es involuntario, ya sea porque la fecha se encuentra fatalmente estipulada por las leyes, reglamentos y contratos de una profesión que ya casi ha dejado de ser “liberal”, y en la cual el ahora llamado “proveedor de servicios de salud” está subordinado a decisiones que lo rebasan; ya sea como consecuencia de factores impredecibles, como la enfermedad, el accidente y las grandes perturbaciones sociales.

* Trabajo publicado en la *Gaceta Médica de México*.¹

¿Cuándo debiera retirarse el médico, ése que todavía conserva el don del libre albedrío? Si tiene la fortuna de haber escapado a los impedimentos que he señalado, así como a tantos otros que ni siquiera se me ocurren ahora, ¿puedo atreverme acaso a proponer reglas y ofrecer consejos? Definitivamente, no. “Cada cabeza es un mundo.” Acerca del retiro voluntario, se puede decir que hay tantas causas y tipos de retiros voluntarios como formas individuales, estilos personales de haber sentido el “ser médico”, de haber “vivido” la profesión de médico. Para quienes, como el que esto escribe, “ser médico” ha sido siempre sinónimo de “vivir”, el retiro voluntario equivale a muerte... peor aún: a suicidio. Los que pensamos y sentimos así rechazamos, huimos de la idea del retiro; nos negamos a pensar y hablar de nuestro retiro, como rehusamos pensar y hablar de nuestra propia muerte. Los que se retiran son “los otros”, nosotros no. Y cuando nos enteramos de que un médico, un colega, un amigo se ha suicidado e ignoramos la causa, pensamos, elucubramos: ¿depresión?, ¿cáncer?, ¿problemas personales?, ¿o retiro?

Allá en mis años mozos, cuando durante las tertulias de amigos surgía el tema del retiro, yo pensaba siempre que mi plan era morir en pleno ejercicio de mi arte médico. No hace mucho tiempo, una paciente me comentó que ella había sido la última paciente de un médico que conocí y admiré; cuando le pregunté que cómo lo había sabido, me dijo: “Muy sencillo: cayó muerto en el consultorio, frente a mí.” “¡Muerte ideal, muerte deseable! ¡Dios mío, hazme este último favor!”, pensé para mí.

Las circunstancias me han hecho sentir la agonía del retiro varias veces. Varias veces he cerrado mi consultorio y me he despedido de mis pacientes; varias veces he sido testigo del dolor y las lágrimas de no pocos de ellos, mientras yo hacía esfuerzos por contener las mías, y he sentido la angustia, la culpa, el dolor y la opresión en mi propio pecho. Pero han sido retiros fugaces, para empezar de nuevo en otro lugar. Ha sido muerte, sí, pero con resurrección: muerte falsa. Pero... ¿muerte definitiva, muerte final, muerte muerte? ¡Que me tome por sorpresa, en pleno goce, en plena satisfacción, auscultando, recetando, escuchando a mi paciente, dándole un último consejo!

Pero, ¿acaso no es todo esto egoísmo, peligroso y fatal egoísmo? ¿Y el paciente? ¿He dejado de pensar en el enfermo? ¿Yo, que siempre he hablado del “interés supremo del enfermo”, pretendo ser su médico hasta mi muerte, sin tomar en cuenta el deterioro, la ruina progresiva e inevitable de mis facultades intelectuales y físicas también?: la pérdida de la agudeza de los sentidos; las fallas de la memoria; las flaquezas del razonamiento; el temblor de las manos imposible de ocultar. ¿Quiero sobrevivir como médico a costa de poder llegar a causar graves daños a mis pacientes? ¿Dónde quedaron la ética, la responsabilidad y la compasión?

Egoísmo frente a altruismo, amor propio en enfrentamiento peligroso con los valores morales; conflicto doloroso pero para el cual solamente existe una salida.

No es de ninguna manera legítimo escudarse tras el recurso psicológico de la negación. ¡Oh, que pudiese diagnosticarme a mí mismo; que pudiese tener la capacidad de sorprender mis primeras fallas, los primeros errores causados por el impacto negativo de los años! Por lo menos, que hubiese un colega, un amigo dotado del valor de señalármelos, y que yo tuviese la ecuanimidad de aceptar su existencia y de tomar la decisión acertada: aquélla gobernada por el más elevado principio de la ética: *primum non nocere*. Pero temo que el propio deterioro se encargue de poner una venda sobre mis ojos, y que la negación, ese poderoso mecanismo psicológico de defensa, se apodere de mi capacidad de discernimiento. Y sospecho que mi colega, mi amigo, se quedará callado por temor a ofenderme o, lo que es peor aún, a que yo malinterprete sus observaciones y las rechace con desdén y suspicacia.

Pues bien, ¡basta de negación! La verdad es que ya hicieron su aparición los primeros síntomas; es imposible negarlo. Es verdad que han sido leves y de poca peligrosidad para los pacientes, pero es muy probable que sean los únicos que seré capaz de percibir con absoluta nitidez; los más graves llegarán, tarde o temprano, y podrán pasar inadvertidos por mi mente senil si es que dejo correr el tiempo. Cierta dificultad para recordar nombres y dosis de medicamentos; cierta fatiga prematura durante la lectura de artículos científicos; somnolencia precoz al escuchar una conferencia; flojera para asistir a las sesiones del hospital, la Academia y los congresos científicos de la especialidad; dificultad creciente para incorporar a la memoria la avalancha de información nueva en Medicina y, lo más difícil, la imposibilidad de borrar de ella la información vieja, ya caduca e incluso equivocada.

Es preciso aceptar que el tiempo del retiro ha llegado. La pregunta que queda es: ¿cómo llevarlo a cabo?, ¿cómo hacerlo de manera inteligente? Habrá que asegurarse de que la merma en los ingresos no impida mantener un nivel económico que prometa cierta tranquilidad para vivir una existencia necesariamente austera. Es esencial contar con el apoyo moral de la familia y los amigos, así como también tener una o más aficiones importantes, ilusiones largamente pospuestas, planes y proyectos mantenidos en impaciente espera, con objeto de llenar de manera constructiva y gratificante esas horas liberadas del trabajo profesional; es esencial evitar el tedio, la más terrible de las maldiciones, alimentando el espíritu con valores intelectuales o artísticos, y morales, que den sentido a lo que resta de vida. Por sobre todo, hay que amar, en la acepción más amplia de la palabra; amar a la esposa, a los hijos, a los hermanos, a los nietos, a los amigos, a los vecinos, a la Patria, a la Humanidad entera, a los seres vivos todos. Y cuidar, además del espíritu, el cuerpo, la salud física, obedeciendo los consejos tantas veces ofrecidos a los pacientes y tantas veces olvidados de aplicarse a uno mismo.

El retiro, mi retiro, no deberá consistir en una súbita y total interrupción del ejercicio de la Medicina, sino en un proceso gradual. Se acortará el número de

horas dedicadas a dicho ejercicio; se renunciará a la medicina hospitalaria y, también, a la práctica de los procedimientos endoscópicos. Se intentará restringir la atención médica a aquellos pacientes con quienes se tengan lazos afectivos y mayores obligaciones morales, y, sobre todo, que tengan padecimientos en cuyo manejo se haya tenido mayor experiencia y pericia, y en los que la vejez del médico, en lugar de ser un defecto, resulte ser un atributo deseable; padecimientos cuyo manejo exige una visión amplia del enfermo, del mundo y de la vida y, por consiguiente, en los que lo que haga más falta no sea la tecnología avanzada ni el último descubrimiento farmacéutico, sino el consejo sabio y maduro. La sabiduría que dan los años le da al médico una ventaja sobre sus colegas más jóvenes, ventaja que no debe ser menospreciada y que le permite seguir beneficiando, por algún tiempo, a los pacientes que se sigan resistiendo a dejarlo. Así, de esa manera, podrá seguir siendo médico, un poco de médico, un algo de médico, en un lento proceso de retiro que, sin dejar de doler, sea a la vez tolerable y ético.

Todo este proceso de retiro empezó ya hace algún tiempo y está evolucionando de manera satisfactoria. La catástrofe anímica tan temida no se ha presentado. No hay depresión. Hay ecuanimidad y cierta alegría. Éste es mi testimonio. No pretende ser una receta de aplicación general. No me he referido al “retiro del médico”, sino, exclusiva y sinceramente, a “mi retiro”.

REFERENCIA

1. **Jinich H:** El retiro del médico. En: Muñoz KR: El retiro del médico. *Gac Méd Méx* 1998; 134:329-331.

El futuro de la medicina

El futuro es impredecible. ¿Quién hubiera previsto el derrumbe espontáneo del imperio soviético o la locura sangrienta de la antigua Yugoslavia? ¿Quién hubiera profetizado la epidemia del sida y la irrupción de nuevos virus, más mortíferos aún que el del síndrome de inmunodeficiencia adquirida? Atrevimiento vano es escribir sobre el futuro; vano, pero sin riesgo para el que se atreve a emprender esta tarea, pues no estará aquí cuando se le quieran pedir cuentas por sus erróneas predicciones.

EL FUTURO DE LA HUMANIDAD

Es interesante y necesario ver cómo ha contemplado el hombre su futuro a lo largo de la historia.

El pasado distante

Las visiones del futuro expresan el espíritu o carácter fundamental de cada cultura y, por lo tanto, para empezar, hay que recordar de qué manera las visiones de hoy difieren de las del pasado. Durante incontables milenios, dos fueron los temas sobresalientes. El primer tema es la percepción del futuro como producto de las mismas fuerzas que produjeron el pasado: divinas, naturales o humanas. Así

pues, nada había que esperar del futuro en lo que se refería a relaciones sociales, la buena o la mala suerte colectiva, la manera como ocurrirían las cosas: todo sería igual que siempre. Para muchos pueblos, el tiempo no se representaba con una línea recta o una flecha, sino con una circunferencia: no había eso que hoy se llama “progreso”, sino sólo ciclos que se repetían sin fin. A nadie se le ocurría preguntarse acerca de las perspectivas del futuro, y nadie pretendía hacer planes para un mundo diferente de aquél en que se vivía en ese presente. El segundo tema sobresaliente, estrechamente ligado al primero, era la creencia de que la vida continuaría después de la muerte. Podría catalogarse esa larguísima etapa de la historia humana como la Era de la Resignación y la Esperanza.

El pasado reciente

Los 250 años, más o menos, de lo que podría llamarse “nuestro ayer” se caracterizan por un cambio revolucionario que resulta de la convergencia de tres percepciones nuevas que antes no existían:

1. La idea de que la ciencia forzaría a la Naturaleza a permitir que el hombre descubriera sus secretos.
2. La emergencia de un modo de organizar la producción y distribución de bienes que revolucionaría la capacidad de la humanidad para aprovechar los recursos naturales.
3. La aparición de una idea previamente ausente en todas las civilizaciones: la de la legitimidad de la voluntad popular (y no la de un monarca o señor feudal) para decidir la dirección del camino que se habría de seguir como grupo colectivo.

Y fue la convergencia de estas tres fuerzas lo que constituyó la base de una nueva concepción del futuro: la idea del progreso, la certidumbre de que la condición humana iba a mejorar en múltiples aspectos, como el dominio de la Naturaleza, el bienestar material y la autodeterminación política. La religión perdió fuerza a partir de los siglos XVIII y XIX, porque el progreso prometía una especie de Cielo en la tierra, si no en el curso de la vida de sus contemporáneos, sí en sus descendientes. Esta era podría llamarse la Era del Optimismo.

El presente

¿Qué se puede decir del concepto actual del futuro? Pues bien, el HOY contrasta marcadamente con el AYER en cuatro aspectos.

1. El futuro ha reconquistado algo del carácter inescrutable que tenía en el pasado distante.
2. El matrimonio de la ciencia y la tecnología, tan rico en promesas, ha puesto al descubierto una serie de productos amenazadoramente peligrosos y deshumanizantes.
3. El nuevo orden socioeconómico (me refiero al sistema capitalista, vencedor del comunista, actualmente en bancarota) está mostrando ser menos digno de respeto y de confianza que cuando surgió a finales del siglo XVIII y principios del XIX.
4. El espíritu político de liberación y autodeterminación ha perdido su inocencia y su poder de inspiración. El resultado de todo ello es la ansiedad, tan palpable en esta era, que contrasta tan marcadamente con la resignación del pasado distante y con el optimismo de ayer. Vivimos en la Era de la Ansiedad.

¿El futuro?

Ya ni siquiera prevalece la certidumbre de que la vida en la Tierra continúe indefinidamente, y no sólo porque los cosmólogos han predicho que el Sol explotará dentro de 5 a 7 billones de años, sino porque la vida terminará mucho antes, como resultado de horrendas guerras y epidemias. Hace apenas 60 años que terminó la Segunda Guerra Mundial; pocos de ustedes la vivieron, por fortuna desde lejos, pero no olvidemos que produjo 55 millones de muertos, y que las armas de destrucción actuales son mil veces más potentes, y que la agresividad humana no muestra ninguna señal de sublimación. El capitalismo seguirá siendo la forma económica dominante, pero no podrá durar eternamente; su vitalidad está condenada a agotarse, y ya muestra síntomas de inestabilidad y disfuncionalidad; su tendencia a la globalización está subordinando a sus intereses los intereses nacionales de cada Estado. Las tragedias de Hiroshima y Chernobyl han manchado la reputación de la ciencia; se la contempla, y con razón, como desprovista de conciencia y divorciada de las necesidades más profundas del ser humano. Se es testigo de las consecuencias devastadoras que la ciencia está causando en el equilibrio ecológico, en la contaminación del aire y el agua, en el agotamiento de los recursos naturales, en la deshumanización del hombre, en su tendencia a convertir al hombre en mero apéndice de la máquina y en su incapacidad de descubrir las verdades “últimas”. Finalmente, la emancipación política no sólo ha sido fuente de progreso: para comprobarlo, basta una ojeada a lo que ha estado aconteciendo en muchas partes del mundo: África, partes de Asia y de América Latina, Europa Oriental, donde el espectáculo dominante es de violencia y de desorden.

La humanidad se enfrenta a tareas de colosal magnitud, y su agenda para el futuro, que ya es urgente iniciar, debe ser la siguiente: proteger nuestro planeta,

la Tierra, esta pequeña nave espacial en la que debemos convivir y fraternizar; estabilizar la población mundial, ya que la explosión demográfica amenaza con ahogarnos a todos; acabar con la desigualdad económica lacerante en cada sociedad, en cada nación y entre las naciones de la Tierra. De no hacerlo nosotros, los desprotegidos se levantarán y destruirán nuestra civilización, una civilización que no les da nada y con cuya destrucción no tienen casi nada que perder. Por último, urge encontrar la forma de controlar esa maldición de la especie humana: la Violencia.

EL FUTURO DE LA MEDICINA

El futuro de la medicina como ciencia

Los conocimientos médicos continuarán creciendo y evolucionando a gran velocidad, aunque quizás algo menor que la actualmente alcanzada. Así lo creo por dos razones: primera, porque el costo de la investigación científica es tan elevado que ya ha sobrepasado la capacidad económica de los países más ricos, como EUA, nación que, hasta ahora, ha estado a la vanguardia. El presupuesto de los Institutos Nacionales de Salud está siendo recortado en forma dramática y ya está dando lugar a dolorosos recortes en los programas de investigación de las escuelas e institutos de ese país. La segunda razón es el palpable desencanto ante los resultados de la ciencia y la tecnología médicas, a pesar de los anuncios casi diarios de espectaculares descubrimientos e inventos. Las expectativas van siempre más adelante que los resultados, y cada día se vuelve más aparente una paradoja de la Medicina: “el fracaso del éxito”. Consiste en el hecho evidente de que, en la medida en que se logra salvar a la gente de la muerte, aumenta la proporción de los viejos, con el consiguiente aumento de las enfermedades crónicas y degenerativas.

Aun así, en el futuro cercano seremos testigos de enormes progresos en las siguientes áreas de la ciencia médica:

- **Genética.** Ha llegado a su culminación el ambiciosísimo proyecto de conocer en su totalidad la estructura y el funcionamiento del Genoma Humano, con sus 30 000 genes y sus 3 billones de bases. Gracias a ello se conocerán, con gran detalle, los factores genéticos que, en combinación con los factores ambientales, participan en la etiología y patogénesis de las enfermedades del hombre, y, como consecuencia, se fortalecerán los fundamentos necesarios para hacer avanzar la ingeniería genética. Con ello se logrará prevenir y curar enfermedades de etiología principalmente genética, si

bien a un costo enorme y para beneficio de un número relativamente pequeño de individuos. Otro beneficio será el conocimiento precoz de la susceptibilidad mórbida o, en otras palabras, de sus probabilidades de desarrollar, con el tiempo, una u otra enfermedad. Medítese sobre los graves problemas éticos y filosóficos que traerán aparejados estos aparentes progresos. No es ésta la ocasión de discutirlos.

- **Neurobiología.** Progresará considerablemente el conocimiento de la relación entre el cerebro y la mente y, por ende, el mecanismo de las funciones mentales superiores: memoria, emociones y conciencia. Se descubrirá la patogénesis y surgirán métodos para prevenir y, posiblemente, curar la enfermedad de Alzheimer y otras enfermedades nerviosas y mentales.
- **Cáncer.** Se acabarán de conocer las bases genéticas de las diversas neoplasias malignas, así como la participación en su etiología y patogénesis de los factores externos: virus, productos tóxicos en los alimentos y el medio ambiente. Como resultado, se registrarán avances importantes en la prevención, el diagnóstico oportuno y el tratamiento de muchas neoplasias.
- **Inmunología.** Se entenderá mejor la patogénesis de las enfermedades inmunológicas y de los mecanismos inmunológicos que intervienen como factores contribuyentes en buena parte de la patología humana.
- **Biología molecular.** Pasará a ser biología atómica, y aun biología cuántica, en la medida en que el conocimiento de la vida progrese a niveles cada vez más infinitamente pequeños de organización. A su vez, progresará un aspecto retrasado de la biología: todo lo que tiene que ver con los mecanismos de coordinación que determinan la jerarquía de los sistemas biológicos, es decir, cómo es que las macromoléculas se organizan en organelos intracelulares, éstos en células, éstas en tejidos y así sucesivamente, hasta llegar a aparatos, sistemas, individuos, familias y sociedades.
- Se integrarán los progresos de la sociología, la antropología, la ecología y otras ciencias, para el conocimiento integral del hombre en estado de salud y enfermedad.
- Habrá un cambio en la orientación de la investigación científica médica, la cual se enfocará más en las necesidades reales de los individuos y de la sociedad. ¿Cómo combatir los hábitos insalubres de vida? ¿Cómo lograr un equilibrio biológico aceptable con los demás organismos vivientes, incluyendo los virus y las bacterias? ¿Cómo controlar o atenuar los impulsos agresivos del hombre? ¿Cómo disminuir los accidentes en el hogar, el trabajo y la vía pública? ¿Cómo controlar la explosión demográfica de manera que se logre su aceptación universal, sin lastimar ideologías ni creencias? Obsérvese que muchos de estos problemas no son los que suelen considerarse como propios de la profesión médica, a menos que ésta se asocie, se acerque y colabore íntimamente con otras disciplinas, como esperamos que suceda.

El futuro de la tecnología médica

He aquí una lista de algunos de los avances inminentes.

En el diagnóstico

- **Tomografía** por emisión de positrones.
- **Tamizaje** genético.
- **Técnicas transcutáneas** para medir la química sanguínea. Miniaturización de los instrumentos de diagnóstico: desde el ECG hasta la tomografía axial computarizada.
- **Equipos de escritorio** para medir, en una gota de sangre, desde niveles hormonales hasta serología viral.
- **Telemedicina:** redes electrónicas que conectan los consultorios médicos con los pacientes en su domicilio, centros médicos regionales, asilos o un campo de batalla, mediante el uso de cámaras, videomonitores y computadoras. La cámara, provista de una lente-zoom, podrá enfocar desde una habitación entera hasta una fracción de milímetro de piel. Otra cámara transmite imágenes de los expedientes y datos de laboratorio; otra más, las imágenes endoscópicas. Un experto, a centenas o millares de kilómetros de distancia, estará en posibilidad de ayudar, en segundos, en el diagnóstico y la toma de decisiones.

En la terapéutica

- **Ingeniería genética.** A nivel de las células somáticas, ejemplos de lo que ya se ha hecho:
 1. El gen de la adenosina-deaminasa se introduce en un retrovirus; se incubaba con linfocitos T obtenidos de un niño enfermo de inmunodeficiencia combinada congénita; transfusión de los linfocitos al niño.
 2. El gen de los receptores de lipoproteínas de baja densidad (LDL) se introduce en el retrovirus. Se cultivan *in vitro* hepatocitos procedentes de una biopsia obtenida del hígado de un paciente con hipercolesterolemia familiar; se infectan los hepatocitos con el retrovirus y, después, dichos hepatocitos se inyectan a través de la vena porta del paciente. Mediante la misma tecnología podrán tratarse otras enfermedades frecuentes, como la fibrosis quística y las neoplasias malignas (aplicando oncogenes y genes frenadores de la producción de tumores). Más dramática aún, pero mucho más sujeta a controversias de índole ética, será la ingeniería genética de las células germinales.
- **Órganos artificiales:** corazón, hígado, páncreas.
- **Vacunas** anticancerosas.

- **Medicamentos** que impedirán la formación de placas ateromatosas en las arterias.
- **Reemplazo de las células beta** en paciente diabéticos.
- **Trasplantes** de órganos transgénicos.
- **Organoides:** órgano nuevo, o parte de un órgano, desarrollado fuera del cuerpo y subsecuentemente insertado en él.
- **Biosensores:** receptores artificiales que incrementarán los procesos de re-
troalimentación del cuerpo; p. ej., un biosensor de oxígeno en los riñones
que estimulará la hematopoyesis.
- **Implantes biónicos** que incrementarán las capacidades auditiva, visual,
atlética, memorística y cognitiva.

El futuro de las enfermedades

Falsa utopía es la esperanza de que el progreso de la medicina culminará, en el futuro, con la victoria final del hombre contra las enfermedades. Mientras tanto, seguirá utilizándose como bandera de políticos y demagogos. Proclamar que el año 2100 o el 2500 será el “año de la salud” es revelar una ignorancia profunda acerca de las múltiples causas por las que el hombre se enferma. Principiamos por las enfermedades infecciosas: en el fondo, se trata de un problema de equilibrio ecológico: los virus y bacterias y demás microorganismos son seres vivos, dotados, como toda materia viva de la Naturaleza, de mecanismos de ataque y de defensa para sobrevivir a la agresión externa: en este caso, los antibióticos que utiliza la ciencia médica; al igual que el hombre, esos seres vivos tienen mutaciones, transmiten “sexualmente” información genética y evolucionan siguiendo las mismas leyes originalmente propuestas por Darwin. Ya existe justificada alarma, entre los infectólogos, ante el surgimiento de resistencia a la antibioticoterapia de un número creciente de temibles microorganismos, así como ante la maravillosa habilidad de los virus para escapar a la detección de las células de la inmunidad humana, y aun de destruir a las propias células. Nos dice René Dubos: “Pese a que puedan hallarse —y se hallarán— medios para vencer cualquier estado patológico, podemos dar por descontado que la enfermedad cambiará de manifestaciones de acuerdo con las circunstancias sociales. Las amenazas a la salud son acompañantes inevitables de la vida. La salud es una expresión de la capacidad de enfrentarse a múltiples factores del medio total, y la aptitud se logra a través de incontables adaptaciones genotípicas y fenotípicas a tales factores. Cualquier cambio en el medio demanda nuevas reacciones adaptativas, y la enfermedad es consecuencia de insuficiencias de estas respuestas adaptativas. Mientras más rápidos y profundos sean los cambios del medio, más serán los individuos que no logren adaptarse a ellos con suficiente rapidez para conservar un

estado apropiado y que, a causa de esto, padezcan algún género de trastorno orgánico o psicológico.” Aquí importa recordar lo que se ha denominado el fenómeno del “fracaso del éxito”: la victoria parcial de la ciencia al combatir con éxito las enfermedades de los viejos, de los débiles, de los individuos genéticamente lábiles. Aceptemos que esos esfuerzos son ejemplos de nobleza y compasión, pero escuchemos nuevamente a René Dubos: “[...] en la medicina, como en otras empresas sociales, el bienestar a largo plazo de los individuos y de la comunidad hace que muchas veces sea recomendable olvidar algunas de las comodidades y algunos de los placeres inmediatos, en aras del porvenir. Hacer demasiado hincapié en la evasión del esfuerzo y del dolor es una actitud llena de peligros para el individuo y, más aún, para la sociedad. La filosofía médica trasciende a alto nivel los problemas que plantea la atención del paciente, y debe tomar en consideración el significado filosófico de la existencia humana. Si aceptamos que el individuo no es más que un eslabón de la larga carrera de la aventura humana, y que la continuidad de la vida humana cae bajo nuestra responsabilidad colectiva, es erróneo arriesgar el porvenir del grupo por el bienestar de hoy. La medicina es una de las formas supremas de filosofía social, porque está obligada a ver más allá del paciente, a la humanidad como un todo. Mientras más efectiva se torne, gracias al conocimiento científico, más deberá ocuparse de las consecuencias a largo plazo de sus prácticas para las futuras generaciones”. Entre las perspectivas de la medicina en el siglo por venir, espero que una profesión médica más sabia aplique los profundos conceptos de Dubos. Y si a todo esto añadimos los problemas de salud que inevitablemente surgirán como resultado de los accidentes, de la violencia, de los problemas existenciales del hombre, de sus pasiones y conflictos, convendrán ustedes en que la medicina de mañana continuará manteniéndonos muy ocupados.

El futuro de la esperanza de vida

Los enciclopedistas franceses creían que todos los problemas sanitarios podría resolverlos la ciencia, y Condorcet consideró un mundo racional, libre de enfermedades, en el que la vejez y la muerte se pospondrían indefinidamente. Haciéndose eco de esa fe, Benjamín Franklin escribía que “todas las enfermedades pueden evitarse o curarse por medios seguros, sin exceptuar la vejez, y nuestras vidas prolongarse a placer, aun más allá del promedio antediluviano”. Fourier era aún más específico y afirmaba que, en la sociedad de sus sueños, la vida del hombre se prolongaría hasta los 144 años de edad. En *Horizontes perdidos*, la novela de James Hilton, los lamas que viven en Shangri-La, a muchos kilómetros de las influencias corruptoras, son dueños del secreto de la larga vida. Ahora bien, el extraordinario aumento, de casi 45%, en la duración media de la vida en lo que va del siglo XX, en muchos países de la Tierra, incluyendo a México, debe atribuirse

en primer término a los progresos logrados en la nutrición y en la salud pública, más que a la medicina. Pero hay una circunstancia que no puede ser pasada por alto: el hecho de que haya aumentado de manera tan espectacular el promedio de duración de la vida humana no significa que también haya aumentado el tiempo máximo de existencia. Es verdad que ha aumentado la proporción de personas que alcanzan una edad avanzada, mas no se advierte ningún signo de que se haya sobrepasado el límite máximo de la existencia individual del hombre. Se ha calculado que si las dos enfermedades principales responsables de la mortalidad humana: el cáncer y las enfermedades cardiovasculares, se curaran mañana, la expectativa de vida avanzaría sólo a aproximadamente 85 años. Si así fuere, no aumentaría gran cosa el número de los que actualmente alcanzan la edad de 90 años (2 de cada 100). Aquellos que lo logren seguirán siendo deudores, no de la ciencia médica, sino de los genes heredados de sus progenitores. Es fuerte la evidencia de que la duración de la vida es fija, y procede de disciplinas tan diversas como la antropología, la demografía, la fisiología, la biología celular y la medicina. No vivimos sino para crear una nueva máquina, un modelo un poco posterior al nuestro, una nueva máquina viviente que, de alguna manera inefable, puede servir, en el grandioso proceso de la evolución de las especies, de manera más eficiente de lo que pudiéramos si fuésemos inmortales. El universo, por su propia esencia, exige la mortalidad del individuo si la vida de las especies ha de lograr inmortalidad, mediante la habilidad de defenderse y resistir el impacto del ambiente, siempre hostil, siempre cambiante, en las eras sucesivas. Es evidente que la involución es un fenómeno biológico tan importante como la evolución en el amplio esquema del proceso inmortal de la vida. Sus mecanismos son tan fisiológicos como los del crecimiento. Por ello, la involución es inherente a la célula misma, es una cualidad intrínseca, heredada del plasma germinal, y ningún epíteto o estigma de patológico debiera lanzarse contra este proceso. Su naturaleza fisicoquímica exacta se conocerá solamente cuando entendamos la naturaleza de la carga energética y la de la descarga energética de la célula.

Un comentario final sobre este tema: en esta civilización nuestra de colapso de los valores humanos, de violencia ciega y de cataclismos ecológicos, económicos y sociales, ¿se justifica acaso la preocupación de los sabios por alargar la vida? Hay cosas mucho más urgentes, que se han vuelto prioritarias en el nuevo milenio: encontrar un “para qué” a la vida humana, hallarle un sentido, antes que aumentar su duración cronológica. Hay que dar más vida a los años, no más años de vida. Y, siguiendo el consejo de Dubos, se reconsiderará la prudencia de emplear la longevidad individual como criterio dominante de ética social y médica. La sociedad entera estará mejor dispuesta a reconocer que el preocuparse demasiado por la seguridad, la comodidad y la eliminación del dolor y el esfuerzo es algo que tiene peligrosas implicaciones económicas y biológicas: semejante preocupación podría, de hecho, equivaler al suicidio social y racial. De carecer

la sociedad del futuro de esta sabiduría, no podrá evitarse el deterioro genético de la especie y, con el tiempo, cada vez un número mayor de individuos correrán frenéticamente de una medida protectora o paliativa a otra, procurando prolongar la vida a costa de sacrificar su totalidad y muchos de sus valores.

El futuro de la práctica de la medicina y de quienes la practican

Hemos llegado al final de la profesión médica como profesión liberal, es decir, aquélla en la que el médico, como artesano independiente, era consultado y cobraba honorarios por su trabajo. El futuro de la práctica de la medicina ya se encuentra en el presente.

El futuro será más medicina socializada, con sus variantes según los países. El último reducto de la medicina como profesión liberal fue en EUA, y estamos presenciando su desmantelamiento. La medicina liberal, tal como algunos la añoramos con nostalgia, es muy deficiente, y sólo ha logrado sobrevivir en los lugares donde la medicina socializada es más deficiente aún. En el siglo que se inicia se hallará la solución a estas deficiencias. Mientras tanto, el médico, incorporado a la medicina socializada, imperfecta todavía, se ve amenazado de serios peligros, como la burocratización de su espíritu, la pérdida de su individualidad y, con ella, de su originalidad e iniciativa; el deterioro de su situación económica; el descenso de su posición en la escala social y el peligro más grave: la deshumanización.

Aforismos y consejos

Soy médico y nada humano me es ajeno.

EL MÉDICO DEBE TENER BUENA CABEZA Y BUEN CORAZÓN

Dada la gran magnitud de su tarea, la pequeñez relativa de su sapiencia y la rareza de sus triunfos, el médico tiene poderosas razones para nunca dejar de ser humilde.

Seamos humildes, genuinamente modestos. Somos los invariables perdedores en la lucha contra la enfermedad y la muerte. Nuestra sapiencia, por grande que parezca, es una gota de agua en el océano de nuestra ignorancia.

El médico debe ser el mejor paciente de sí mismo, así como el maestro debe ser su propio mejor discípulo.

MÉDICO: CONÓCETE A TI MISMO

Ser médico es más que tener una profesión, que poseer un arte; no es una condición adjetiva sino sustantiva. Es una manera de ser y de vivir.

Hay médicos de inteligencia notable que, sin embargo, no son buenos médicos ni tienen éxito profesional. ¿Por qué? Porque el enfermo no es el centro de su vida.

Optimismo: requisito indispensable para ser médico.

Hay que tener tino para estudiar. Hay que saber distinguir el fruto de la cáscara. Hay quienes se comen la cáscara y tiran el fruto.

Se dice que el médico es un sabio ignorante. Es verdad. La diferencia entre el médico que sabe mucho y el laico es pequeña, pero la diferencia entre el médico que sabe mucho y el médico que sabe poco es inmensa: aparente paradoja que deja de serlo si se recuerda el enorme daño que puede causar el médico que sabe poco.

EL MÉDICO ES UN ESTUDIANTE PERENNE

La vida media de la vigencia de los conocimientos médicos es cada vez más corta. Lo que hoy es verdad, mañana puede ser falsedad.

Los conocimientos deben conservarse en perspectiva: los importantes por delante, en primer plano; los secundarios, atrás. Hay médicos eruditos que no saben distinguir unos de los otros. La falta de perspectiva es funesta para la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas.

El mejor maestro del médico es el enfermo. Nada puede sustituir el contacto directo con el paciente. La clínica no se aprende en la biblioteca, en la sala de conferencias o en el laboratorio.

No esperemos que la educación médica continua se nos imponga desde afuera. Que sea suficiente fuerza motriz nuestra dedicación a los enfermos, nuestro sentido de responsabilidad, nuestra honradez y nuestra pasión por saber.

EL MEJOR FORO DE EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA ES EL HOSPITAL

¿Quién debe dedicar su vida a la Medicina? Aquel que sienta genuino interés y amor al prójimo, o genuina curiosidad por la ciencia médica. El gran médico reúne ambas condiciones. Muchos médicos excelentes tienen sólo la primera condición. Muchos investigadores excelentes tienen sólo la segunda.

La educación del médico principia mucho antes de ingresar a la escuela de medicina, en el periodo de adquisición de una cultura humanística.

Qué atinadas fueron las palabras que el maestro Justo Sierra dirigiera alguna vez a los universitarios: “Que no os sorprenda la caída de Bizancio discutiendo sobre la naturaleza de la luz del monte Tabor.” Quiso decir: no olvidar, no cerrar los ojos, no dar la espalda a los grandes problemas de vuestra sociedad, de vuestra Patria, de todos los hombres, del mundo entero.

La *Biblia*, los clásicos antiguos y modernos, son obras y autores cuya lectura es obligatoria para todo aquel que aspire a ser médico algún día.

Hay algo básicamente equivocado en todo sistema de educación médica que pretenda que sepamos cada vez más acerca de las enfermedades y cada vez menos acerca de los enfermos.

El estudio de los componentes más infinitamente pequeños de las células es de indudable trascendencia, pero no debe ser motivo de que se menosprecie lo que es más importante aún: el hombre en su totalidad.

Lo que importa en el bagaje mental del médico no es la cantidad, sino la calidad de sus conocimientos. La diferencia entre una y otra es la que distingue al erudito del sabio. Aquél puede contestar las preguntas: ¿qué? ¿cuándo? ¿dónde? Éste trata de saber ¿cómo? ¿por qué? ¿para qué?

Sabiduría es el don de convertir el mal en bien. Para ello es preciso trabajar hacia afuera, componiendo el mundo exterior y, sobre todo, hacia adentro: el mundo interior.

Hay cierta semejanza entre estudiar un nuevo concepto y probar un nuevo platillo. Hay que determinar si éste sabe bien o sabe mal, o si aquél se entiende o no se entiende. Si sabe mal, a pesar del prestigio del restorán, la culpa puede no ser del paladar sino del cocinero. No desprenderse nunca de un sano escepticismo. Hasta los más sabios y respetados autores se han equivocado. La historia de la Medicina está repleta de ideas erróneas y dogmas falsos.

Para el paciente, ¿quién es más importante: el médico general o el especialista? Para el paciente importan los dos. El primero puede fallar por falta de profundidad ante ciertos problemas complejos de salud; el segundo puede fallar porque sólo ve una parte, y descuida y puede dañar a la totalidad de la persona.

En condiciones ideales, todo paciente debería contar con un médico “de cabecera”, médico general o familiar, y no debiera ser atendido nunca exclusivamente por un especialista sin la presencia vigilante del médico general. ¡Cuánto daño iatrogénico podría evitarse así!

Para el médico, ¿quién es mejor: el médico general o el especialista? ¿Es intrínsecamente mejor el uno que el otro? Evidentemente no. Ambos son buenos si son buenos, malos si son malos. ¿Qué camino escoger? La respuesta es: depende del talento y del interés de cada médico.

Si le interesa el enfermo mismo, el enfermo más que la enfermedad, el enfermo y no el “caso”, el drama de la clínica o las relaciones humanas, que se haga médico general, médico familiar, médico internista o cirujano general.

Si le interesa explorar las fronteras de lo desconocido, si le gusta llegar hasta lo más profundo y hurgar ahí; si le interesan, por encima de todo, los problemas intelectuales o tecnológicos, el desafío científico, la solución de incógnitas, las proezas técnicas y la admiración del público, y mayores ingresos, que se vuelva especialista.

La medicina académica es el medio ideal para aquél a quien le interese la medicina como ciencia. Pero no lo es para el que se interese en el paciente como ser humano único; para el que pretenda hacer de su paciente un amigo; para aquél a quien le atraiga atender a la familia entera; para el que se interese más por el enfermo que por el “caso”; para el que odie ser médico anónimo de un paciente anónimo; para el que rechace el contacto fugaz entre el médico y el paciente; para el que sienta que la misión del médico debe ir más allá del puro diagnosticar y tratar los casos; para el que no se sienta a gusto en la uniformidad y no tolere la despersonalización.

Es mucho lo que se ha discutido acerca de los riesgos de que la máquina predomine, de que el rol del médico se empequeñezca, de que la computadora esclavice al hombre. Esta posibilidad, que ahora es sólo tema favorito de la literatura y cinematografía de ciencia ficción, no puede descartarse del todo. Pero confiemos en que el hombre, con su sabiduría, se sobreponga y, evitando el riesgo de convertirse en aprendiz de brujo, sepa utilizar este prodigioso fruto del intelecto para servir con obediencia a los fines más nobles del espíritu humano.

Así como “es de sabios cambiar de opinión”, es de buenos clínicos cambiar de opinión diagnóstica y terapéutica. El clínico debe ser flexible. Hay quienes se “avientan” prematuramente a un diagnóstico del cual ya no pueden desprenderse a pesar de estar equivocados. A partir de ese momento tratan de confirmarlo a toda costa, ajustando los nuevos datos a su prejuicio, deformando los hechos e interpretándolos como los abogados vendidos a una causa falsa.

Diagnosticar no es limitarse a poner una etiqueta, aplicar el nombre de alguna enfermedad al paciente. Hay que diagnosticar al enfermo, no la enfermedad.

Frente a todo enfermo el médico debe hacerse cuatro preguntas: ¿qué tiene?, ¿qué persona es?, ¿qué enseñanzas me ha dado?, ¿qué puedo hacer por él?

ESCUCHAR AL ENFERMO: CASI NADA DE LO QUE DICE ES SUPERFLUO

¿Cómo descubrir que una infección se debe a un hongo si no se siembra en un medio de cultivo apropiado para hongos? De igual manera, ¿cómo descubrir la existencia de factores causales psíquicos si el médico no ofrece el medio adecuado para que el paciente los dé a conocer? ¿Si el médico no sabe escuchar?

¿Cuándo utilizar los medicamentos peligrosos? Cuando, a pesar el riesgo y el beneficio probables, pesa más el segundo que el primero. Dificilísima decisión muchas veces. Hay que basarse en las evidencias más fidedignas.

¿Cuándo utilizar medicamentos de acción terapéutica dudosa? En los casos graves, desesperados. También en otros casos si el medicamento es inofensivo.

¡Cuidado con los medicamentos nuevos! No olvidar la trágica historia de la talidomida. El médico novel y el ignorante suelen ser los primeros en lanzarse a lo novedoso, al producto más reciente lanzado por la industria farmacéutica.

¿Qué tanto debe saber el paciente? Depende del paciente. Hay quienes desean saber, con lujo de detalles, todo lo concerniente a su enfermedad: causas, evolución, tratamiento, pronóstico. Otros prefieren no saber nada. Para muchos, una explicación no solicitada puede tener efectos destructivos.

¿Cómo hablarle al paciente? Si es racionalista, apelar a su razón, usar la lógica. En todo caso, ponerse a su altura intelectual, utilizar un lenguaje a su alcance; usar ejemplos y metáforas. Comunicarse y asegurarse de que ha entendido.

No mostrar prematuramente un excesivo interés por conocer los detalles de la vida íntima del paciente. Pueden ser esenciales para entender su mal, qué duda cabe, pero es preciso proceder con delicadeza extrema, haciendo preguntas abiertas, inofensivas, que le den al paciente la oportunidad de escoger si quiere adentrarse en esos terrenos o si prefiere evadirlos.

El tratamiento del paciente ¿empieza en el momento en que entra en el recinto del médico? ¡No! Comienza mucho antes. La reputación, las referencias, el ambiente físico, la actitud de la recepcionista: todo influye en el resultado terapéutico final.

En ese primer encuentro no sólo el médico diagnostica al paciente, sino que ocurre lo inverso: el paciente diagnostica al médico, percibe qué clase de persona es. Raras veces se equivoca: su experiencia e intuición le permiten tomarle la medida al médico y valorar su personalidad.

Hay amigos para cada hombre, discípulos para cada maestro, pacientes para cada médico. No hay ningún médico que sea “bueno” para todos los enfermos. Cada médico necesita pacientes a su medida, coordinados, sincronizados, parecidos, “de la misma longitud de onda”.

No hay médico bueno para los malos pacientes. La calidad del paciente es la condición número uno para poder ser curado con éxito.

El pedagogo, el psicólogo y el médico se enfrentan, los tres, a la misma dificultad para obtener óptimos resultados: la calidad del discípulo, cliente o paciente.

Hay enfermos que agradecen al médico el haberlos curado o que le piden perdón por no haber mejorado. Otros se alivian sólo por complacerlo. Otros más lo culpan por no aliviarse. Hay quienes le hacen sentir como si él fuera el culpable de que estén enfermos. ¡Y no faltan los pacientes que enferman a su médico!

Todo médico, en su práctica, hace psicoterapia (o lo contrario), aunque proteste que no conoce la psiquiatría o que no cree en ella.

La psicoterapia consciente o inconsciente que el médico hace es factor sobresaliente de su éxito profesional. Una paciente me envió una canasta de frutas con una nota que decía: “Gracias por no haberme dejado sola en mi enfermedad.” Esa frase sintetiza la esencia de la función del médico.

No siempre el paciente que tenemos delante de nosotros es el más enfermo de la familia. A veces el verdaderamente enfermo es otro.

Si un individuo está enfermo, está enferma su familia. La familia es una unidad y nada puede ocurrirle a un miembro sin que se afecte el todo, y viceversa.

La familia no siempre es una víctima inocente de la enfermedad de uno de sus miembros. A menudo es la causante.

No es raro observar que la curación de un individuo está obstaculizada por la familia. Tampoco es raro que, al curarse un miembro, se enferme otro u otros miembros de la misma familia.

¡Cuidado con expresarse mal de un colega, ya sea de manera verbal o extraverbal! Hay médicos que creen que nunca se expresan desfavorablemente de sus colegas, pero lo hacen con un gesto, una sonrisa burlona, un comentario inocente en apariencia, pero cargado de ponzoña.

Cuando se recomienda consultar la opinión de otro médico, no hay que tomar en cuenta la ventaja personal ni el deseo de hacer un favor a un colega, sino escoger exclusivamente al que mejor pueda ayudar a resolver el problema del enfermo, aunque no sea un amigo; aunque no sea quien, en reciprocidad, le envíe pacientes; aunque le sea antipático. El bien del enfermo es la regla suprema.

El médico de la institución académica que critica con desdén los errores del médico “de la calle” olvida que a la institución sólo acuden los fracasos, no los éxitos de ese médico.

Hay médicos que no pierden la oportunidad de autoelogiarse en las reuniones sociales mencionando nombres de personajes prominentes “que son sus pacientes”. Otros llegan al exceso de violar el secreto profesional. Con ello revelan inmadurez, inseguridad y falta de ética.

La salud de la población es determinada principalmente por factores que operan fuera del dominio de la medicina.

¿Qué es el paciente para el médico?

Si el médico es primariamente un comerciante, el paciente es el filón, la fuente de ingresos, el cliente.

Si el médico es primariamente un científico, el paciente es un enigma intrigante, un caso interesante, un desafío intelectual, una oportunidad de comprobar una hipótesis, de realizar una investigación, de enriquecer una experiencia, de probar un procedimiento diagnóstico o un tratamiento.

Si el médico es primariamente un humanista, el paciente es un ser humano que pide ayuda, que pone su salud y su vida en manos de ese médico, que apela a su conciencia y a su saber.

El Doctor Horacio jinich, Socio Titular de la Academia Nacional de Medicina, es Profesor de Medicina en la Universidad de California, en San Diego, California, E. U. A.



En los tiempos modernos actuales, de medicina súper-científica y súper-tecnológica, ¿que lugar ocupa la relación médico-paciente? ¿Por qué la creciente brecha entre el paciente y el médico? ¿Por qué la relación de mutua desconfianza entre uno y otro? ¿Que valor tienen, en el tratamiento, la empatía, el “efecto placebo”, el ansia de vivir, el apoyo social, la amistad, el amor, la fe y la esperanza? ¿Como reacciona el ser humano cuando se siente o se cree enfermo? Problemas éticos en la práctica médica, medicina y religión, el dolor... Son estos y muchos otros aspectos del arte de la medicina los que se tratan en esta obra.

ISBN 968762030-7



9 789687 620305