

CAPÍTULO 4

EL ACTO MÉDICO Y LA POSICIÓN ACTIVA DEL PACIENTE

El médico se levantó. Sus pensamientos corrían hacia su flauta, su fiel compañera de consoladora voz. En la vecindad de las ambulancias de campo, tras veinticuatro horas de agotador trabajo, se sabía que había quebrado con su dulce sonido la horrible quietud de los campos de batalla entregados al silencio y la muerte. Su diaria hora de solaz se aproximaba y en tiempos de paz estimaba los minutos como un avaro su tesoro.

JOSEPH CONRAD¹

El médico necesita una adecuada remuneración y un tiempo para la reflexión sobre su propia tarea. Los médicos que sobreviven en este país haciendo más de 3 guardias por semana en terapia intensiva son candidatos al *burnout*, a ser perdidos como médicos, como sujetos útiles a la comunidad que invirtió para prepararlos como profesionales eficientes. Lamentablemente son una mayoría los médicos que trabajan actualmente en condiciones de riesgo para su propia salud y en contra de la eficiencia de su praxis. Y no son los únicos trabajadores que se ven obligados a sobrevivir en estas condiciones precarias e indignas.

Puede sonar exagerado, pero bien se puede afirmar que vivimos en tiempos de guerra. La globalización ha impuesto un esta-

1. Conrad, J.: El duelo, pág. 79, Bruguera, España, 1979.

do de enfrentamiento entre sectores sociales y entre naciones enteras y de excesiva preocupación por la propia supervivencia en cada sujeto.

Si bien las guerras como tales son aparentemente diferentes por el despliegue tecnológico, son idénticas por el avance del odio y la crueldad que no cesan de escribirse en la historia de la humanidad. Las guerras actuales son distintas: la del Golfo, la guerra del petróleo, fue el paradigma de la posibilidad de un enfrentamiento –donde no existió el pelear cuerpo a cuerpo– desde los tableros de la fantástica tecnología a la manera de un video-game. Seguramente luego de la guerra iniciada el 11 de septiembre de 2001 se plantearán nuevas cuestiones subjetivas por su carácter disruptivo y feroz, por la alteración de las reglas de juego conocidas hasta este momento. Se sabe que es una pesadilla pero, a diferencia de nuestras pesadillas cotidianas, no hay forma de despertarse para salir de ella.

Las nuevas guerras pueden entablarse a distancia porque se pueden atacar objetivos muy alejados entre sí. Desde una pantalla se pueden telecomandar armas de una potencia y precisión destructivas cada vez mayores. Los ejes de coordenadas cartesianas son la base conceptual de todo aquello que se visualiza en las pantallas de los monitores de los diversos aparatos, que se usan tanto en las guerras como para el cuidado de la salud. Esas pantallas son un producto de la Ciencia tan útil para la tecnología médica, para la escritura y la comunicación, para el control financiero y económico como para la realización de ataques y contraataques en la guerra. Eros y Tánatos también mantienen sus coordenadas. Y sucede también que la misma vida en gestación, la guerra y la muerte –una línea plana en el monitor– se pueden leer en una imagen catódica. Para millones, desde muy pequeños, una gran cantidad de horas de vida (?) transcurre frente a la pantalla de TV, del video-game o de la computadora.

Creo que la cuestión es tratar de interrogarnos sobre los efectos que estos productos de la Ciencia pueden producir en nuestro psiquismo. Con la intermediación de los productos de la Ciencia,

especialmente en lo que hace a la posibilidad de comunicación, se establecen modificaciones que paradójicamente distancian e incomunican a los sujetos entre sí. En este nuevo universo del ser parlante todo se hace más cercano e inmediato, aparentemente. Las distancias parecen anularse. La lejanía como tal desaparece. Las transmisiones de datos, imágenes y realidades virtuales se producen en forma casi instantánea. Los traslados en medios de transporte se realizan a una velocidad tal que supera la posibilidad de adecuada adaptación desde el organismo. Un poeta comentaba que, en avión, llegaba a destino antes que su alma. Pero todos estos efectos, cuando asoma algo de ansiedad o directamente la angustia, son atemperados rápidamente con medicamentos que silencian, obturando las manifestaciones de la subjetividad sacudida por diversos autores.

Hay efectos más sutiles y no menos importantes que produce la tecnología en un vínculo y en un acto que durante siglos se realizó cara a cara y cuerpo a cuerpo: el del encuentro entre un médico y su paciente.

1. Los efectos de la Ciencia en la práctica médica

En su curso de 1935, Heidegger ubicaba los efectos de la Ciencia:

¿Qué es esta uniformidad en la que todo se encuentra ni lejano ni próximo, todo igualmente sin separación alguna? Lo decisivo es aquello, según lo cual todo lo que es, se lo hace incidir sacándolo de su previa esencia. ¿Qué es esto? Todo se muestra y se oculta por el modo en «cómo» se lo hace presente. A saber, que pese al hecho de que todo vence las distancias, falta la proximidad de lo que es.²

La acción de *uniformar* consiste en dar una forma igual o semejante a cosas o sujetos que pueden ser esencialmente dis-

2. Heidegger, M.: La pregunta por la cosa (Das ding), pág. 163-164, Sanchez de Zabala, Madrid, 1957. Es de suponer que las clases de 1935, tuvieron comentarios agregados posteriormente por la alusión del autor a las explosiones atómicas.

tintos. El paradigma de esto es lo que se hace desde la antigüedad en los ejércitos, otra vez la guerra: uniformar los movimientos y los soldados con la misma vestimenta. Uniforme es sinónimo de ropa militar. La fantasía disparatada —mezcla de biología y circo— de un ejército de clones hitlerianos o de una élite de clones de einsteins se origina en ese mismo pensamiento.

Cabe preguntarse en qué medida el guardapolvo blanco del médico es indicador de una supuesta uniformidad de acciones para pacientes que son esencialmente diferentes.

Para ubicar el sentido de la argumentación de Heidegger es necesario aclarar que en el texto citado —«La pregunta por la cosa»— acude al ejemplo de la artesanía del alfarero que hacía uno por uno los objetos con sus propias manos. Por esa causa nunca eran exactamente iguales. El filósofo hace hincapié en este hecho que se relaciona con la esencialidad de cada objeto. La imposibilidad de igual identidad en cada artesanía es lo que le da justamente, un valor diferente a cada una. La producción industrial de jarras de plástico —un material inventado a partir de la refinación industrial del petróleo, un desecho de la naturaleza y eje de guerras feroces— es básicamente la fabricación de vacíos que operan como continentes para guardar líquidos. Las leyes del mercado no pierden de vista estos hechos dado que los valores comerciales que tienen las jarras de plástico son ínfimos comparados con las realizadas en forma artesanal o artística.

El acto médico ha sido, en sus orígenes, una actividad que tuvo mucho de artesanal. La eficacia médica no es ajena a la eficacia simbólica que Lévi-Strauss ubica en las prácticas del chamán.³ Pero es indudable que los cambios que se han producido por la implementación de los recursos que provee la Ciencia están modificando la práctica médica.

La forma de iniciar una consulta médica, de conocer a un paciente puede darse en muchos casos, y esto es cada vez más frecuente, a partir de elementos intermediarios entre el médico

3. Lévi-Strauss, Claude: Antropología estructural, p. 168-185, Eudeba, Buenos Aires, 1970.

y el paciente. Puede ser la historia clínica, las placas radiográficas, los resultados de análisis clínicos, las imágenes computarizadas impresas, etc., etc. Los datos referidos al organismo del paciente están ahí, a la mano del médico y ante su mirada atenta y evaluadora, pero a través de un objeto intermediario.

Es importante ubicar que esta *ausencia de lejanía* con relación a lo que sucede en el organismo del paciente es, paradójicamente, la omisión de la *proximidad* del médico con relación a ese paciente que se angustia y sufre por la enfermedad que se localiza en su organismo. Los ejemplos más recientes de estos hechos son los diagnósticos que se realizan a través de redes informáticas o las intervenciones quirúrgicas teledirigidas.

En función del rendimiento y mayor operatividad estas acciones pueden realizarse prácticamente *sin separación* entre unas y otras, como formando parte de una *línea de montaje* en la cual se realizan procedimientos eficaces, con escásimo margen de error.

¿Cuáles son los efectos que estos hechos producen en la praxis médica y en la subjetividad de quienes participan de los mismos?

Heidegger claramente advierte que el *logro (ganancia)* que aportan los artefactos que produce la Ciencia, no es *sin pérdida* de la proximidad, de lo esencial de cada cosa.

A la vez es necesario tener presente otro hecho observado también por este autor:

Se dice que el saber proporcionado por la ciencia es compulsivo. Ciertamente: más, ¿Dónde reside su compulsión? En nuestro caso, en que nos compele a abandonar la jarra de vino y a colocar en su lugar un hueco en el cual se diluye el líquido. La ciencia hace de la cosa-jarra una nonada al no tolerar las cosas como paradigma de lo real.

Creo que esta *compulsión a percibir un hueco* es la advertencia de más peso sobre la que es necesario pensar, porque aparece algo que se nos presenta como del orden de lo inevitable. Entonces...¿En qué se convierte el paciente? Ni siquiera es un objeto sino ¿Apenas un hueco donde colocar medicamentos y aparatos?

Si podemos pensar en las coordenadas que determina la Ciencia produciendo efectos que se imponen hasta en nuestra vida cotidiana, creo que es posible realizar modificaciones que hagan tope a eso que parece inevitable e inmodificable.

2. Los efectos de los cambios socioeconómicos

De modo semejante se puede pensar lo que sucede en el ámbito de lo médico con relación a la mutualización de la medicina a partir de los años '50 del siglo pasado. Sólo el médico especialista que supo ganarse prestigio y cuidar lo personal del trato con el paciente pudo mantener una diferencia significativa en sus honorarios. Hoy el problema, en lo económico, aparece por la existencia de poderosísimos grupos financieros que compran y venden paquetes de servicios médicos como si lucraran con talleres mecánicos o con plantas de fabricación de automóviles. Esta serie de movimientos convierten a la medicina en una actividad mercantilizada donde inciden cada vez con mayor peso las leyes del mercado.⁴ Así como en otro momento existió un exceso de intromisión estatal, actualmente se ha desatado la competencia más feroz y salvaje que apunta exclusivamente a la ganancia de dinero, porque el Estado, particularmente en *nuestro* país desde 1990 en adelante, eligió el «laissez faire». En otros países con historia y experiencia capitalista se mantiene la existencia de un Estado regulador que piensa en el bien común, pese a las presiones de los grupos económicos que apuntan a los ajustes o recortes de gastos en salud. En *nuestro* país, abiertas las jaulas de las fieras nativas y las puertas para los capitales extranjeros, todo se presenta librado al azar del mercado y con un

4. El Dr. Aquiles J. Roncoroni, Profesor emérito de la Facultad de Medicina de la UBA, destaca el error social, no corregido por el Estado, de haber convertido a la salud en una mercancía, dado que la misma no es un bien consumible a voluntad como los otros. Pueden consultarse en La Nación sus notas de opinión: La salud, como mercancía (18-12-1998); Negocio insalubre (Suplemento Salud, 14-10-1999) y Ocaso del centro médico académico, problemas y promesas de la medicina de hoy (10-5-2000).

CLINICA DE LA SUBJETIVIDAD EN TERRITORIO MEDICO
 principismo capitalista que es exactamente proporcional a las tajadas que pueden rapiñar a su favor los funcionarios de turno.

3. El fin de la relación médico-paciente

Establecido de hecho el trípode:

INSTITUCION

médico •

• paciente

Se pueden delimitar:

1°) Los efectos de la Ciencia en el discurso médico:

El reduccionismo que se exagera en el *cientismo* y en la cosificación del paciente. Por lo tanto el concepto de relación médico-paciente desaparece como tal por la intermediación de aparatos y de estudios diversos. Por esta misma razón se hace cada vez más impracticable la relación como simétrica y la misma tiende a hacerse cada vez más anónima e impersonal. Comienza a aparecer el *burnout* (quemado-gastado y echado hacia fuera) como un nuevo cuadro que padece el profesional médico que no solamente tiene que ver con el desgaste debido al exceso de trabajo mal pago sino también, porque esto se da también en profesionales bien remunerados, a la *falta de gratificación en la tarea*. Tampoco deben olvidarse las estadísticas que sitúan a los médicos como el grupo humano que muere más joven con relación a otras profesiones.

2°) La presión de la industria farmacéutica:

el mundo científico vuelca entre sus manos [las del médico] un número infinito de lo que puede producir como agentes terapéuticos nuevos, químicos o biológicos, que coloca a dis-

*posición del público, y le pide al médico, cual si fuere un distribuidor, que los ponga a prueba.*⁵

Hoy no solamente se le pide al médico. Directamente se lo coacciona para que recete determinado tipo de fármacos con la oferta de premios, viajes de placer y congresos pagos.

3°) La presión sociocultural. Es un cambio de actitud ante el dolor y el sufrimiento del prójimo, devenido en cliente más o menos rentable. Me estoy refiriendo a otra forma de coacción, por encima de los criterios clínicos, que van desde las exigencias del giro cama, que impone la institución, a las coacciones, tal vez sutiles, que se visualizan en estas dos formas:

a) que se instaure una especie de consenso tácito entre los que producen bienes, bajo cuyos términos no sería nada despreciable, culturalmente, dejar que se apaguen pacíficamente los viejos y los enfermos (eutanasia activa y no consentida); por supuesto que tratándose de los ajenos y no de los nuestros. Equivalente moderno de la ceremonia en la que se sacudía la palmera y

*b) que algunos médicos, con toda inocencia, se dejen conquistar por ese punto de vista y tomen en cuenta al establecer su estrategia terapéutica, los intereses de una parte... [la que presiona en un sentido opuesto a las necesidades del paciente, escamoteando su subjetividad, su deseo]*⁶

4°) La proletarización de la profesión médica causada por una irracional política educativa, que es también irracionalidad económica. Estas son las causas de una sobreoferta espectacular de médicos, sin una adecuada formación, que obliga a la pauperización aun de los más capaces y mejor formados. De este modo se promueve el deterioro del acto médico como tal y se reduce la posibilidad de mejorar la calidad de una experien-

5. Lacan, J.: Psicoanálisis y Medicina, pág. 90, en Intervenciones y textos 1, Manantial, Bs. As., 1985.
6. Israël, L.: La decisión médica, pág. 168-169, Emecé, Bs. As., 1983.

cia que está resentida desde un comienzo. Es probable que esto haga crisis cuando los abonados a los prepagos adviertan cada vez más claramente –y ya hay evidencias al respecto– que son tratados solamente como *cosa rentable*.

4. La respuestas alternativas

Todo este proceso de cosificación, de anonadamiento de la esencia de lo que es cada paciente como singularidad subjetiva, está provocando el desprestigio de la medicina científica y que los enfermos busquen respuestas en charlatanes y aventureros que sí hacen cierto lugar a las demandas insatisfechas. Si bien no es un contraste nuevo en la historia –el Renacimiento fue un ejemplo de coexistencia de investigación y racionalidad con cazas de brujas, persecuciones desde la Inquisición y oscurantismos de todo tipo– es necesario poder pensar en qué es lo que se despliega en este momento y qué es lo que se puede aportar, en este sentido, en el campo de la práctica médica.

Lo que sí es nuevo es el equipamiento tecnológico disponible para poner en práctica una medicina que puede brindar soluciones espectaculares. Este es un hecho que se modifica continuamente porque la investigación es continua y asombrosa. Ahora bien, en tanto todo esto es cada vez más costoso a todo nivel, especialmente en el monetario, se ha establecido una brecha muy importante entre una medicina para ricos y otra para pobres.⁷ Este cuadro de situación fomenta en los pacientes una posición

7. Schweder, R.: Hay motivos para hablar de una salud «pobre», pág. 19, La Nación (20-3-97), New York Times de Chicago. Es un texto ambiguo que comenta el Informe Black, en el cual sir Douglas Black –ex presidente del Colegio Real de Médicos– y sus colaboradores (especialistas en medicina, ciencias sociales y políticas públicas) demostraron estadísticamente la relación entre las enfermedades y las clases sociales en Inglaterra y en Gales. Sin eufemismos, las autoridades sanitarias de Chile reconocen que han quedado establecidos dos sistemas de salud: uno para ricos, otro para pobres. Sería conveniente investigar la forma en que quedó el sistema de salud argentino con las nuevas leyes que rigen desde el '97 en adelante, incluida la reciente modificación sobre libre elección de obra social.

resignada o contestataria y la búsqueda de soluciones en la magia o en la charlatanería.

En tanto la falta de escucha de la subjetividad es un común denominador, con independencia de ser rico o pobre, la gente busca la manera de conseguir que su sufrimiento sea contenido.

Un ejemplo de estos hechos aparece en el film de Woody Allen titulado «Alice», donde con su ingenio habitual se burla de las medicinas tradicionales así como también ironiza con relación a la incertidumbre de los diagnósticos médicos en «Hannah y sus hermanas». Evidentemente Allen no es un lector ingenuo del mundo contemporáneo, por el contrario, con sagacidad toma en cuenta lo que está sucediendo y, como todo artista, hace oír su opinión con relación a esta falta social que se evidencia en el olvido, por parte de la medicina científica, del sufrimiento del sujeto singular y de su necesidad de ser escuchado.

5. El médico senior y el junior

Cuando apareció el maravilloso aparato que mide el nivel de los gases en sangre era tal la fascinación que provocaba en algunos médicos jóvenes que podían estar pegados a él, durante más de una hora, haciendo caso omiso del paciente que estaba ante ellos. La formación que buscan los estudiantes de medicina apunta en la actualidad justamente a todo lo que se relaciona con lo tecnológico y las facultades alientan esta posición que apunta al *cientismo*. Esto produce un enorme contraste entre los clínicos, que mantienen su atención puesta en lo que registran sus manos y continúan confiando en una evaluación racional que no abunda innecesariamente en estudios que pueden ser onerosos, intrusivos y hasta agresivos, y los nuevos médicos [de] formados por ese *cientismo* que les hace confiar más en lo que registran e informan los aparatos intermediarios producidos por la tecnomedicina.

Se delimita así un problema singular: por un lado el paciente actual, también *aggiornado* y seducido por la oferta tecnológica de los sistemas prepagos, a quienes les demanda, como algo

supuestamente serio y científico que se le hagan numerosos estudios, y por el otro, la posición de las auditorías contable-médicas que tratan de que se produzca el hecho contrario, que no demande para reducir costos. Pero poco o nada se le consulta al médico *senior* para que evalúe la verdadera necesidad de determinadas consultas. Ahora se reflota la imagen del médico de familia para, auditando la pertinencia o no de los estudios indicados, poder controlar los costos.

Esta situación genera un efecto distinto según se trate de un médico que confía en la clínica, un *senior* o uno que se apoya más en lo tecnológico, el *junior*. Este hecho no es nuevo pero sí muy frecuente, y se relaciona además con lo que el entorno social marca como pauta de valoración y prestigio para la figura del médico desde su apariencia externa. Así lo describía con agudeza Simone de Beauvoir ya en 1968:

Yo sentía simpatía por el Dr. P. No se daba aires de importancia, hablaba de mamá como de una persona y contestaba mis preguntas con buena voluntad. Por el contrario, con el Dr. N., no nos gustábamos. Elegante, deportivo, dinámico y «ebrio de técnica», reanimaba a mamá con entusiasmo, pero para él ella era el objeto de una interesante experiencia y no un ser humano. Le temíamos. Mamá tenía una vieja parienta a la que desde hacía seis meses mantenían en coma. «Espero que Uds. no permitirán que me hagan durar así, es espantoso!», nos había dicho. Si al Dr. N. se le metía en la cabeza batir un «record», sería un peligroso adversario. En otra ocasión imploraba: «No me dejen librada a las fieras!» Yo pensaba en todos aquellos que no tienen a quien hacer ese pedido, en la angustia de sentirse un objeto indefenso, enteramente a merced de médicos indiferentes y enfermeras agotadas. Sin una mano en la frente cuando los posee el terror; sin un calmante cuando el dolor los tortura.⁸

Con el dramatismo que no aparece en las historias clínicas pero que es propio de la literatura donde sí aparece la subjetividad, están delineados en este texto las figuras del médico *senior*

8. de Beauvoir, S.: Una muerte muy dulce, pág. 53 y 96, Sudamericana, Bs. As., 1968.

y la del *junior*, *ebrio de técnica*, que es toda una definición de lo que Malherbe calificara como el médico *cientista* e Israel denominara el *ingeniero de averías*.

Aparece también el *encarnizamiento terapéutico* que replantea la manera en que se deciden los actos médicos. Israel se interroga justamente sobre la lógica que preside los tratamientos de los pacientes. Este hecho no es frecuente y en más de una oportunidad se decide desde la convicción más ciega que asegura la existencia de lo *urgente* como clave de todo acto médico. En más de una oportunidad es la manera equivocada de evitar la prudencia necesaria y el pensamiento riguroso. En «La decisión médica», Israel interroga precisamente la manera de decidir que tienen los médicos y explicita el compromiso que tiene la subjetividad de cada uno, como motor u obstáculo de esos actos. Con valentía reconoce que:

Mi especialidad, oncología, conoce muchos fracasos. También a menudo, aunque persuadido de que hubiera sido mejor actuar de otra forma —es más fácil cuando se analizan los resultados finales— comprendía la coherencia de una postura y la línea de un razonamiento. Lo que me deja estupefacto es, muchas veces, no poder reconstruir en modo alguno dicha lógica de razonamiento, no poder pensar la lógica del que decide, descubrir las incoherencias o los juicios formulados en ausencia de una correcta recopilación de datos.⁹

6. Sobre la formación médica

Todo proceso de preparación profesional termina adoleciendo de esos defectos que se denominan comúnmente *deformación profesional*. Pueden evidenciarse en el biologismo u organicismo del médico o en el exceso de teorizaciones, psicologizaciones, que lo distancian del paciente en el caso del *psi*. Estas deformaciones, además, alientan el enfrentamiento entre estos profesionales de manera tal que cada uno se encierra en sus hipótesis

9. Israel, L.: Op. Cit., pág. 108.

como si fueran tesis verdaderas. Sin advertirlo, recrean metafóricamente, lo que hacen algunos animales —según observaron los etólogos— que es limitar con su propia orina un territorio sin demarcaciones naturales.¹⁰

Continuamente se recrean programas de formación profesional que apuntan a modificar estos problemas. Es interesante citar y comentar algunos pasajes de la ponencia que presentara el Dr. Henry Walton en Buenos Aires:¹¹

Si bien es cierto que la medicina adquirió nivel científico en el siglo XIX, es a partir de 1940 cuando las ciencias naturales impactan en la práctica médica. Así en el futuro será necesario que la ciencia médica se incorpore dentro de un contexto social que permita al futuro médico atender no sólo a la enfermedad sino «también al paciente». La ciencias biomédicas solas no son hoy suficientes en medicina.

Es notable que se tenga que destacar *al paciente* como si fuera una prolongación del organismo biológico, una especie de apéndice al que también se debe tomar en cuenta.

Dice más adelante:

En el futuro se diferenciará mejor entre ciencia y tecnología. Es obligación de los educadores médicos asegurar que se incrementen los conocimientos a medida que la ciencia avanza, de modo que el talento científico incluya también la personalidad de los pacientes.

Esta reiteración da cuenta de la existencia de algo que es difícil de resolver en la práctica médica. Es probable que por esta

10. Eibl-Eibesfeldt, Irenäus: Amor y odio. Historia natural de las pautas elementales de comportamiento, p. 61, Siglo XXI, México, 1972. Cito al autor que justamente me inspiró para pensar parte de la problemática de este libro e incluso para titularlo: «La agresión crea distancias y distribuye los animales de una misma especie por un espacio bastante grande. *El que no conquista un territorio, no puede tener descendientes. El comportamiento territorial es al mismo tiempo un importante mecanismo de control de descendencia.*» El subrayado es mío.

11. Walton, H.: Los cambios en la profesión médica, sus incidencias en educación, Academia Nacional de Medicina, julio de 1992, (inédito).

misma razón ubique como necesaria una continuidad en el aprendizaje y la existencia de una posición activa por parte del alumno para que no solamente recepcione conocimientos sino que pueda también actuar en forma resolutiva y creativamente ante las nuevas situaciones y enfermedades.

Sostiene más adelante el Dr. Walton, que el aprendizaje basado en la solución de problemas es la única alternativa disponible para enfrentar la crisis que ocasiona el exceso de información y la inoperancia de los anteriores conocimientos. Otra cuestión de suma importancia que presentó se refiere a la selección de los futuros médicos en tanto se percibe un necesario cambio en la función médico:

Emplear métodos para seleccionar estudiantes de medicina que trasciendan la habilidad intelectual y el rendimiento académico, incluyendo la evaluación de cualidades personales.

Conocimientos de psicología y sociología, y una mejor comprensión de la personalidad del futuro médico, deben participar en los métodos de selección a aplicar entre los que se presenten para ingresar en las escuelas de medicina.

Es muy claro que percibe los problemas del *cientismo*, y la mayor complejización que conlleva y que seguramente aumentará más adelante en cuanto a las posibilidades de adecuada asistencia del paciente, así como también por los nuevos dilemas y problemas relacionados con la contención de los familiares. Es preciso el Dr. Walton cuando pide condiciones personales y capacidad para resolver problemas. Su ponencia impresiona por la seriedad que adjudica a los temas que expone, en oposición a las soluciones facilistas del libre ingreso o la aprobación de los alumnos con exigencias mínimas.

Cuestión que no parece entenderse en la Argentina, o no se quiere hacerlo: una formación deficiente lleva a la sobreoferta de profesionales y a la consiguiente pauperización del médico. Salvo que sea éste el objetivo no explicitado.

7. El paciente apropiado para el *cientismo*

Las demandas más frecuentes para el interconsultor *psí*, desde los servicios médicos, son las que piden lograr serenidad y calma en el paciente, informar aquello que es angustiante para el médico y, de un modo general, que el paciente sea colaborador pasivo con los procedimientos que se le deben realizar, que sea un *buen* paciente. Todo esto dentro de un marco que indica una preceptiva general que obviamente escamotea lo singular de cada sujeto.

Un ejemplo sumamente ilustrativo de esta problemática aparece en el texto de Ariès sobre las actitudes ante la muerte y la medicalización de las enfermedades:

Un grupo de médicos citan con seriedad y preocupación el caso de una anciana que al principio se portó bien, según la norma convencional: colaboraba con los médicos y las enfermeras, luchaba valerosamente contra la enfermedad. Pero un día opinó que ya había llegado a luchar bastante y que era el momento de abandonar. Entonces cerró los ojos para no volverlos a abrir: manifestaba así que se retiraba del mundo y que esperaba el fin a solas consigo misma. Antaño, esta prueba de recogimiento no hubiese extrañado a nadie, y la hubieran respetado. En cambio en el hospital californiano desesperó a enfermeras y médicos que se apresuraron a llamar a un hijo de la enferma, instándole a que tomara un avión, pues él era el único capaz de convencerla para que abriera los ojos y dejara de estar «hurting everybody». También abunda el caso de enfermos que se vuelven cara a la pared y se quedan inmóviles. Esta actitud nos recuerda, no sin emoción, uno de los gestos más antiguos del hombre cuando nota que se le acerca la muerte. Así morían los judíos del Antiguo Testamento...[y luego admite el autor] Pero debemos reconocer que el abandono del enfermo no sólo recibe censuras por que desmoraliza al personal médico y por ser una falta deontológica, sino también porque supuestamente disminuye la capacidad de resistencia del propio enfermo.¹²

12. Ariès, Ph.: La muerte en Occidente, pág. 145-145, Argos Vergara, España, 1982.

En este punto suele presentarse una situación muy compleja porque se juega la cuestión referida a los deberes del médico (deontología) que lo lleva a tener que realizar sí o sí determinada intervención. Además aparece últimamente el riesgo de los juicios por mala praxis. Se trata entonces de los problemas derivados del supuesto incumplimiento médico, de la posible mala fe de los familiares y... de la existencia de algunos abogados que, cual aves de rapiña, rondan los servicios médicos buscando su presa. Como es sabido, las situaciones de dificultad, particularmente las de miseria o de avaricia económica, suelen procrear otros tipos de miserabilidad que no es fácil de caratular y menos aún, de manejarse con claridad como para no terminar dañados por ellas. Ante esto, suele primar la prudencia en el acto médico o el exceso de recaudos que pueden llevar a atrocidades para el paciente como pueden ser las intervenciones quirúrgicas riesgosas o directamente fatales y las situaciones torturantes como el estiramiento vegetativo de la vida. Es por estas frecuentes complicaciones que la subjetividad descartada por el *cientismo*, retorna complejamente, fundamentando esta nueva alternativa de trabajo conjunto denominada comité de ética o espacio de bioética.

8. La posición subjetiva activa

Un hecho que lamentablemente se repite desde los servicios médicos, es el pedido de interconsulta al *psi* en un momento del tratamiento médico tal que se lo puede considerar como tardío. Es frecuente que se haga la solicitud cuando se presenta un cuadro de excitación psicomotriz o cuando directamente no se sabe qué hacer porque el paciente no responde a los tratamientos que se le están aplicando y que se evaluaron como correctos, y que seguramente lo son desde el punto de vista médico.

Son lamentablemente muy frecuentes los casos en los cuales se puede suponer necesaria la interconsulta *psi* de entrada. Pero como se ha aclarado reiteradamente, el discurso médico *cientista*, supone un solo orden de causalidad: lo que sucede en el organismo.

El caso de Ana ilustra de manera contundente lo que me propongo considerar para que la mirada médica revise su criterio asistencial. Es una muchacha de 29 años que ingresa a una sala de terapia intensiva con traumatismos múltiples y daños internos como consecuencia de un accidente de tránsito. Viajaba en el lugar del acompañante, manejaba su novio y cuando cruzan una calle los embiste un colectivo que viola una luz roja, hecho muy frecuente en Buenos Aires.

A los 18 días, francamente mejorada, presenta un cuadro de excitación psicomotriz que desconcierta a los médicos y que pone en riesgo lo logrado porque se arranca tubuladuras adheridas a su cuerpo, e intenta movilizarse con una torpeza peligrosa para sí misma. Obviamente se pide calmarla... con psicofármacos. En el primer contacto con ella se advierte que desconoce el lugar en donde está y la razón por la que se encuentra allí. Presenta un cuadro de amnesia que se observa con frecuencia en los casos de situaciones traumáticas: la paciente padece un olvido de los hechos que rodean el antes y el después del suceso, a la manera de un halo circular que rodea el momento traumático. Ahora bien, como ella no había preguntado en ningún momento y como los que la visitaban temían angustiarla tampoco le habían aclarado nada que explicara lo que le pasaba ni por qué estaba en terapia intensiva. Ese agujero aterrador se mantenía intacto. A su alrededor se había producido un pacto de silencio que reforzaba su repliegue psíquico. Cuando se le transmite lo sucedido para reconstruir lo que faltaba en su registro de memoria vital comienza a serenarse y a tomar una postura activa preguntando por su novio, a quien no había reconocido cuando la visitaba. Poco a poco rearma el momento de la casi tragedia y se mantiene lúcida, aliviada y con mayor registro de los dolores en su organismo. Se puede suponer que, de haberla calmado con psicofármacos, se habría conseguido un alivio momentáneo pero que muy probablemente este cuadro habría reaparecido y generado otras nuevas complicaciones.

Es posible suponer también que de haberla considerado como un sujeto que padeció una situación traumática se debieron

implementar intervenciones desde lo *psi* al comienzo mismo de su ingreso a la unidad. Es cierto que en la mayoría de los casos se produce una mejoría sin necesidad de esta intervención. Pero si se analiza cuidadosamente la evolución de cada uno en particular se puede advertir que hay avances, retrocesos, complicaciones, algunas que no se resuelven, indicación de psicofármacos para controlar cuadros de excitación, en fin, situaciones que podrían haber tenido otro curso si se hubiera procedido con la perspectiva de pensar al paciente como un sujeto y apuntando a que sostenga una posición activa que lo convierta en colaborador para lograr su propia mejoría.

En general se apunta a que el paciente esté lúcido u orientado, pero no activo, y además es necesario afinar la mirada médica como para observar la calidad de esa conciencia y ver cómo se establecen frecuentes regresiones, inevitables en la mayoría de los casos y que a veces pueden profundizarse negativamente.

No son pocas las voces que señalan su postura de alerta ante estas cuestiones, el Dr. Doglio después de largos años de trabajo en terapia intensiva puede afirmar que:

...deben reconocerse aspectos negativos que han surgido de una utilización inadecuada, no científica, irracional de los adelantos tecnológicos.

Del desequilibrio de la ecuación formación psicosocial/información técnica, surge una actitud «organicista» y «tecnicista», donde, exagerando un poco, pero no demasiado, el paciente pasa a ser un «elemento» a estudiar y tratar por presentar signos de falla igual que una máquina, a la que no hay que explicarle nada de lo que se le hace, ni si va a seguir funcionando bien o no, ni si se la va a dar de baja o no.

A esto debemos agregarle otros factores que pueden hacer que el médico se olvide del paciente y solo recuerde «el elemento fallado»: aumento de conocimiento sobre técnicas y tratamientos poco difundidos con el consiguiente aumento de prestigio y de antecedentes que pueden permitirle acceder a status superiores, tanto en lo profesional como en lo social (Jefaturas, direcciones médicas, premios), como en lo económico (exclusividad en el uso de técnicas altamente retribuidas); utilización de co-

*nocimientos y técnicas asistenciales de supervivencia con finalidades políticas, etc.*¹³

Además de atender a estos serios cuestionamientos, para poder lograr una posición activa por parte del paciente que padece una enfermedad médica, es conveniente tomar en cuenta una serie de recaudos prácticos. Si son implementados a conciencia, no rutinariamente, e instrumentados de tal manera que sean lo más acorde posible a los requerimientos singulares de cada paciente pueden ser de gran utilidad para ayudar a su evolución.

9. Diez recomendaciones para el acto médico:

1) El objetivo es acercarse a la subjetividad del paciente. Dado que la figura del médico puede ser intimidante por el lugar social y particular que ocupa en un servicio médico es conveniente que, para conocer al paciente, se realice una adecuada indagación a través del personal de enfermería o de las personas cercanas que lo acompañan o se hacen responsables de su internación. Esta tarea brinda elementos que permiten pensar estrategias de cómo acercarse o manejarse con él. Esto permite también hacer un diagnóstico presuntivo que le informa al médico sobre qué le puede estar pasando al paciente subjetivamente. En un segundo paso puede ser conveniente convocar a un interconsultor *psi* para evaluar y/o eventualmente hacerse cargo del paciente para realizar un trabajo conjunto con el equipo.

2) Dado el estado regresivo y el miedo que tiene el paciente ante la enfermedad médica que padece y los procedimientos intrusivo-agresivos que a veces se le deben realizar, es necesario tener muy en cuenta la necesidad de explicaciones sencillas y claras sobre lo que se le hace. Conviene cerciorarse que el paciente haya entendido lo que se le transmitió. No se debe olvidar que la regresión y el miedo convierten a todo sujeto en un

13. Doglio, G.: en mi artículo La inducción de la muerte, en 5 Ensayos de Psicología, Editorial Artes y Ciencias, pág. 238, Bs. As., 1987.

niño que necesita ser calmado y que puede requerir que se le repitan las explicaciones.

3) Nombrar al paciente por su nombre de pila, identificarlo e identificarse en cada encuentro con él aunque no se realice ningún procedimiento médico. La ignorancia y el anonimato generan desconfianza y angustia.

4) Incluir dentro de lo posible la *cordialidad*. Las razones del corazón tienen un peso fundamental sobre el estado anímico del paciente. El compromiso del médico con el paciente, en cuanto al vínculo que se puede establecer con él, suele ser evitado defensivamente. Una cuestión es la distancia como disociación instrumental para que el acto médico tenga su racionalidad operativa y otra cosa es el trato impersonal, *robotizado*. Es preciso señalar que cuando el médico funciona como un robot, amén de restar calidad a su tarea, empobreciendo su trabajo, a largo plazo esta modalidad se traduce en insatisfacción personal con relación a su propia tarea. Y este es uno de los factores que conducen al *burnout*.

5) Es conveniente ayudar al paciente a que pueda ubicarse témporo-espacialmente, en particular cuando está internado o cuando retorna de un período comatoso. Favorecer la conexión y la ubicación temporal promueve una postura alerta y activa desde el enfermo. Esto tiene consecuencias en ciertos procesos del organismo (sistema inmunológico) que se activan conjuntamente.

6) Es fundamental transmitir la noción según la cual se debe reconocer que las mejoras pueden ser lentas y con altibajos. En lo real no existen procesos lineales ni mágicos. Trabajo, lucha y tiempo son necesarios para conseguir logros. En la actualidad, es necesario realizar con mayor énfasis estas aclaraciones dado que a lo que puede haber de omnipotencia subjetiva, singular de cada paciente, se suma el hecho de existir un entorno sociocultural exitista que refuerza la creencia en soluciones mágicas e instantáneas.

7) Cuando se produce una evolución favorable debe ser destacada con cautela y promover el acercamiento con los familiares o amigos que lo acompañan durante el período de internación. Es importante fomentar la posibilidad de actividades que apun-

ten al entretenimiento activo de acuerdo con los gustos personales del paciente internado (escuchar música, leer, etc.).

8) Es fundamental no olvidar que el paciente escucha aún cuando aparenta estar dormido. Vive su internación de un modo expectante, a veces con un exceso de alerta. Por lo tanto conviene tener presente que la cama donde yace el paciente no es el lugar más adecuado para realizar un *ateneo clínico* informal. Frecuentemente el paciente es involuntario y pasivo receptor de las dudas y enfrentamientos, por las diferentes estrategias que proponen los integrantes del equipo médico para encarar su tratamiento, porque los médicos no advierten que ese organismo yacente *es también un sujeto que escucha*. No pocas veces tuve que calmar a pacientes aterrorizados porque escucharon discusiones terapéuticas sobre su padecimiento. ¡No era nada fácil aliviarlos en tales circunstancias!

9) Conviene aceptar las dificultades para hacerse cargo de asistir a un determinado paciente. Obviamente no es posible llevarse bien con todo el mundo, pero además ciertas cuestiones del paciente o de su enfermedad pueden repercutir en el médico como sujeto. Lo *ideal* sería que esto lo pueda resolver y que sea poco menos que inmune a cualquier cosa que se le presente en la asistencia de diferentes enfermos. Lo real es que conviene contar con alternativas de rotación o reemplazo y que el jefe del servicio médico pueda atender a estas cuestiones para solucionarlas con el médico a cargo del paciente, en un clima de razonabilidad. No se trata solamente de la dificultad en términos de irritación ante un paciente, puede darse también por un exceso de entrega, sobreprotección, o un impacto desmedido de lo que le sucede al paciente en la subjetividad del propio médico, por ejemplo una exagerada compasión. Preservar su función como médico es consecuencia también de atender a estas cuestiones y plantear estrategias para su resolución.

10) La cuestión de la información, de la verdad sobre el diagnóstico o sobre la evolución de la enfermedad tiene un valor decisivo en cuanto a la confianza que el paciente puede tener en el médico o en el equipo tratante. La cuestión es cómo se

BENJAMÍN UZORSKIS

implementa en cada caso cuando no existe una pauta previa, general para todos. El criterio que se propone es semejante a lo que se plantea para el personal de enfermería con relación a este mismo tópico.¹⁴ Lo que no se debe olvidar es que la figura del médico tiene otro peso por su posición de representante de autoridad y de lugar de saber para el paciente y que, por lo tanto la claridad o torpeza que se tenga en este punto puede tener consecuencias que pueden ser definitivas para el estado de ánimo y la posibilidad de confiar o no en el equipo médico que lo está tratando.¹⁵

10. Los resultados