

LA IATROGENIA DEL SABER MEDICO

Eq.S.O.M. (Psic.) David M. Karp

*Médico - ¿Señor tengo una noticia mala y una noticia peor, cuál quiere primero?
 Paciente- Pues deme primero la mala
 Médico- Le quedan a usted 24 horas de vida
 Paciente - ¿Y cuál puede ser la noticia peor?
 Médico - Me olvidé de decírselo ayer*

TODOS ES POSIBLE GRACIAS A UN SUPUESTO FALSO

Uno de los aspectos que debemos tomar en cuenta cuando analizamos este vínculo, es su origen.

El vínculo médico paciente está basado en un supuesto falso que da origen a todo: el saber médico.

El paciente habla convencido que él médico sabe lo que le ocurre, pero la verdad es que hasta que el paciente no finaliza de expresarse, el médico no sabe absolutamente nada de lo que le pasa a su paciente.

El espacio para el discurso se abre en base a ese supuesto, basado en el convencimiento por parte del paciente que su interlocutor sabe sobre su problemática, y al menos que esta situación se rectifique, todo el vínculo va a girar en torno a esta falsedad.

Es más, suele ser el médico quien refuerza esta actitud por parte del paciente desde el comienzo, abriendo el discurso del paciente con frases tales como: " veamos que le pasa" - dejando constancia que el motivo que lo trae al consultorio va a ser pasajero (por eso pasa); "¿qué puedo hacer por usted?" - dejando en claro que su saber médico va a poder hacer algo por él, " ¿qué lo ha traído a aquí?" etc. etc.

Normalmente el paciente responde abriendo ante el médico un discurso que intenta describir su sintomatología basada generalmente en sus dolencias físicas y dejando de lado todo correlato afectivo.

El paciente asume que el médico ha de ocuparse del correlato físico de sus padeceres mientras que a los componentes socioafectivos no siempre se les da lugar en la consulta.

Se pasa a una situación dominada por él "como si..." El paciente habla "como si no estuviese angustiado por su enfermedad" y el médico escucha "como si la angustia reprimida no afectase al paciente que tiene frente a sí" Es por este camino que se llega al "Colon irritable de la cama 12"; "Hoy me vi una faringitis que no sabes lo que era..."

Tanto el médico como el paciente son cómplices de la fragmentación de la situación que no es más que el corolario de aquello que comenzó con el falso supuesto ya mencionado.

En su trabajo Bepali, De Pena y Consens (1) llegan a la conclusión que aparecen elementos culturales que determinarían la aceptación del " saber

médico" en la mayoría de los pacientes, aspecto al que nos referiremos sobre el final del presente artículo

Si la relación comienza desde una posición vertical, en donde el paciente se somete al saber médico, el futuro solo puede traer aparejado - salvo correcciones específicas - que el saber parcial solo de soluciones parciales. Si el médico permite que el paciente oculte el correlato socioafectivo donde su enfermedad transcurre, terminará haciendo un manejo al mejor estilo de un artículo de la "Riders": " El corazón de Juan " o "El seno de María".

Lo que el médico no se da cuenta en esta forma de manejar las cosas es que a pesar de todo se está haciendo cargo de todo el componente afectivo oculto del paciente.

Y frente a las dudas del lector, recordemos algunos aspectos.

El primero, es que toda enfermedad trae aparejado un correlato afectivo, asociado o codeterminante.

El segundo es que ese correlato afectivo, a pesar que nadie lo nombre - o esté nombrado - siempre está presente y alguien debe de hacerse cargo de él.

El tercero es que INCONSCIENEMENTE el paciente espera que el saber médico se ocupe también de los problemas afectivos que lo aquejan tanto como el dolor por el cuál consulta.

El cuarto nos recuerda que a veces - muchas más de las que se han podido registrar- es el dolor físico la forma que encuentra el paciente de manifestar una problemática socioafectiva.

El quinto nos señala que es parte de la fantasía del paciente en su consulta, que con " la pastilla mágica" el saber médico - al igual que el chaman o el brujo de la tribu - conjure TODAS sus dolencias.

Es fácil comprender el espíritu de la Medicina: estudia a fondo el mundo grande y chico, para, al fin, dejar que todo vaya como Dios quiera.

Goethe.

Frente a esto, si el médico mantiene ese lugar donde ha sido colocado por el paciente, el lugar del saber mágico, la efectividad de su accionar va a depender de la fe que le tenga el paciente mas que de sus reales conocimientos.

Y de esta forma se termina satisfaciendo tanto el deseo "mágico" de cura del paciente, como el deseo de curar por parte del médico.

*La religión y la medicina pierden su fuerza por la incredulidad, y la adquieren por la fe.
Aristarco (Grecia N160 AC-?).*

Investiguemos aquella situación donde el médico trata con un paciente, con una familia y una patología.

CENTREMOS EN EL PACIENTE

Él, con su enfermedad, va a ser el "detonante" de toda la problemática que deberá ser resuelta por los demás ya que el enfermo convalece o agoniza.

Al igual que "la muestra" en el Truco, el paciente, a partir de su enfermedad otorgará significado a una serie de situaciones dentro del grupo familiar en que él se encuentra enfermo.

Tomemos en cuenta que aquellos aspectos que tenía a cargo el enfermo dentro del grupo familiar, en estos momentos "No hay quién se haga cargo". La situación del enfermo como consecuencia de su estado personal le impide seguir asumiendo roles vinculados con su autovalidez, requiere que le sean aportados más cuidados, entonces al núcleo familiar se le crean nuevas obligaciones.

Esas responsabilidades les exigen al familiar en lo personal dedicación, dinero, tiempo; en lo grupal, asumir la nueva demanda en el cuidado del enfermo.

Se requiere un cambio de actividades y roles debiéndose elaborar por parte del grupo familiar la ansiedad que todos esos cambios implican - lo que no siempre es posible.

Entre todo el bagaje de problemas que el enfermo está incapacitado de asumir y resolver, deberemos recordar los referentes a los aspectos socioafectivos que "alguien" deberá hacerse cargo.

Con respecto a la familia deberemos tomar en cuenta que al analizar a los grupos familiares se observa que el hoy enfermo, mientras conservaba su salud satisfacía las necesidades del grupo, permitía establecer con él un buen vínculo afectivo, el cual pasa a ser frustrante a partir de su enfermedad en el momento que deja de satisfacer las demandas y los deseos de los demás. Pasa a ser un vínculo negativo en donde la hostilidad - manifiesta o no - es permanentemente realimentada debido a que, se producen aumentos en la conflictividad entre el grupo familiar, y el enfermo.

El problema detonante o crítico es casi siempre "la división de las responsabilidades" por las diferencias generadas en el reparto no equitativo del trabajo o de las exigencias económicas que el cuidado del enfermo trae aparejado. Se crean tensiones, controversias, disgustos, o alejamientos dentro del grupo familiar.

La nueva situación intrafamiliar es vivida bajo distintas formas de violencia por cada uno de sus integrantes. Cada uno está dispuesto "a aportar" al cuidado del enfermo en la medida en que ha podido

elaborar y asumir el vínculo con el ser querido. Entre otras cosas, los hijos ven en la problemática de su padre o de su madre, la posibilidad de que en el futuro también ellos se encuentren en la misma situación.

Un miembro de un grupo, siguiendo el proceso natural de división del trabajo, se hace responsable de los aspectos negativos o atemorizantes de la tarea del cuidado del enfermo, (su cuidador) en un acuerdo tácito en el que se compromete tanto él como los otros miembros de la familia, a encarar así el problema. Este miembro será encargado de mantener lejos del resto de los familiares toda problemática del enfermo, debiéndose ocupar él mismo de resolver casi todos los problemas. Para la familia el problema queda reducido al enfermo y a su cuidador. Ambos en tanto que son el problema, resultan segregados del ámbito familiar, ya que cada contacto con el familiar-cuidador remite siempre a la situación del enfermo, al conocido " vos sabes que se necesitaría... y yo ya no puedo", y se pasa a evitar tanto al enfermo como a su cuidador. La presión grupal hace que la angustia y la agresividad que éste rol genera al cuidador sólo pueda ser dirigida hacia una persona, el causante y culpable de todo: el enfermo.

La dinámica intrafamiliar podría buscar otra solución, pero permanentemente tropieza con su propia incapacidad de redistribuir la tarea del cuidado del enfermo ya que esto implicaría una redistribución de las ansiedades y angustia que el enfermo genera y que ya han sido depositadas en el cuidador. Respuestas tales como " Yo no puedo, no tengo lugar en mi casa" o " no puedo dedicarle el tiempo que necesita, tengo que alimentar a mi familia" o " vos que sos la soltera tenés menos responsabilidades", etc.

El enfermo no puede hacerse cargo, la familia no puede hacerse cargo, el cuidador ya no puede hacerse cargo...

*¡El médico y su saber acuden al rescate
de toda la situación!*

*No basta que el médico haga por su parte cuanto
debe hacer, si por la suya no concurren
al mismo objeto el enfermo, los asistentes
y demás circunstancias exteriores.*

Hipócrates

Todo problema se resuelve a través de la famosa frase " el médico dijo que...".

Es más, cuando intrafamiliarmente se discute algún problema, citar al saber médico es una forma de dar por terminado la discusión o resolver el problema.

Y, a pesar que el médico lo desconozca, se esta haciendo cargo de la angustia familiar, resolviendo los problemas familiares. Tanto el paciente como su familia, gracias a su saber, inconscientemente lo han colocado en el lugar del saber omnipotente, desde el cuál una palabra u otra podrán decidir una serie de situaciones que ni el mismo médico llega a imaginarse

Él y su saber, se hacen cargo de toda la problemática trayendo aparejado que:

- Primero y tal como lo señalamos anteriormente el paciente no asume la totalidad de su problemática ya que el componente socioafectivo por él no es asumido.
- Segundo, la familia no elabora la problemática intrafamiliar ya que la angustia que la enfermedad de su integrante le genera, es segregada junto con el paciente y su cuidador.
- Tercero el saber médico pasa a ser el lugar desde donde se debe sanar tanto al paciente como a su familia.
- Cuarto, inconscientemente el médico y su saber se hacen cargo de toda la problemática, funcionando desde el lugar casi omnipotente donde es colocado por la familia y su paciente - lugar que, para nada molesta al médico y que cumple con la función de ser arbitro de la conflictiva y ansiógena situación familiar -.

Presentaremos un ejemplo que puede dar muestras del alcance de como tanto la situación paciente - familia - médico llegan hasta límites que señalan la omnipotencia desde donde es manejada toda la problemática. Nos referiremos al caso del "Demente y su Familia".

Sin entrar a detallar todas las complejidades del problema, solo recordaremos que un miembro de la familia - siguiendo los caminos antes señalados - se hace cargo del cuidado y atención de este difícil paciente. El familiar a cargo - es decir con quién convive el demente - muy prontamente llega a un punto de saturación y el único interlocutor válido pasa a ser el médico tratante - ya que el resto de la familia hace tiempo que está alejada.

Con la mejor buena voluntad el médico tratante se hará de un espacio en el tiempo de su visita para poder escuchar y aconsejar a esa persona que se presenta ante sus ojos como "una alma en pena".

Si bien, a nivel internacional la psicoterapia de apoyo está indicada como "obligatoria" para el familiar - cuidador, ya que da depresión u otras patologías que pueden llegar a la somatización, afectan su salud, en nuestro Uruguay se desconocen estas indicaciones casi por la totalidad de los médicos.

La muestra del lugar de omnipotencia desde donde actúa el médico esta dada en que él asume la depositación del grupo familiar y del cuidador de forma tal, que no acostumbra "delegar funciones" recomendando la necesidad de la psicoterapia de apoyo, ya que darle lugar a un psicólogo inconscientemente implicaría el negar su saber médico, quedándose él como puntal principal y sostén de toda la situación.

*El médico que a la vez no es filósofo
no es ni siquiera médico.*

José de Letamendi (Español 1828- 1897)

ENTRE EL POSITIVISMO Y LA FE

Veamos ahora desde otra cultura como es que se manifiestan otros problemas.

Mientras los anglosajones se caracterizan por ser "protestantes" y se les reconoce un predominio positivista, en nuestro medio, somos "hijos" de la escuela francesa y de una cultura cristiana. Mientras unos creen en la necesidad de obra diaria y terrenal, los otros le otorgan mayor importancia al arrepentimiento independientemente cual sean sus obras terrenales. De la cotidianeidad terrenal al más allá espiritual. Para poder hacer frente a lo terrenal, el positivismo le otorgó a la reforma el "orden y progreso" necesario para lograr sus metas.

Todos sabemos que en los países anglosajones, el médico, apoyado desde un punto de vista ético, le plantea a su paciente, el diagnóstico y las perspectivas que éste implica para su vida actual y futura.

Con respecto a esto deberemos señalar que debe establecerse una diferencia entre conocer la enfermedad y asumirla con todas sus implicancias.

Según la encuesta (1) solo 3 de cada 5 pacientes obtuvieron información suficiente o detallada de su enfermedad y uno de cada 10 internados no tenía información de su situación.

Complementariamente a esto tenemos que según otra publicación (3) el 30% de los pacientes manifiesta que nunca o casi nunca se respeta el derecho a ser informado o ser informado adecuadamente.

A diferencia de nuestro medio, donde el paciente con cáncer "presume su diagnóstico" cuando es derivado al oncólogo, en estos países, al enfrentar a un sujeto con su diagnóstico se logran una serie de metas:

- El paciente conoce su situación real
- El paciente debe elaborar su situación y hacerse cargo de todas sus implicancias
- El médico renuncia a su posición del saber y comparte sus conocimientos con el paciente

"El paciente tiene derecho a obtener del médico un informe completo y veraz sobre la enfermedad que ha padecido y la asistencia que se le ha brindado."

Código de Ética Médica SMU(5)

Analicemos. El paciente, al tomar conocimiento de su situación encuentra que una certeza reprimida y negada, es confirmada desde otro punto de vista. Si bien puede ser un poco difícil de entender y aceptar para algunos, los seres humanos manejamos todos los datos referentes a nuestra enfermedad inclusive - o especialmente - a nivel inconsciente. La verdad es que

si los médicos se tomasen el tiempo y la molestia de profundizar su vínculo - clínico - con el paciente notarán que siempre el paciente tiene "una idea" sobre lo que le pasa, y que en el caso de enfermedades terminales este conocimiento suele ser enmascarado bajo un manto de negación.

Sería mucho el espacio que abarcaría el respaldar esto, por lo tanto solo le pedimos a nuestros lectores que hagan memoria de algunos casos de su propia experiencia.

El poder confirmar, develar, aquello que se pretende ocultar enfrenta al paciente a la necesidad de derribar las barreras que lo mantenían dividido entre su propio saber, su propio negar - ignorar - y el saber médico.

Es en este momento donde el saber médico funciona como tal y permite al paciente unificarse ante sí mismo y asumirse como unidad.

Para el médico, su paciente deja de ser " la gastritis de la 12" para ser "Juan que se puso muy contento al saber que no tenía nada más que una gastritis y no un cáncer como temía y no le decía a nadie".

Una vez llegados a éste punto, el vínculo médico paciente transcurre por los canales del conocimiento mutuo en donde "el supuesto saber" es sustituido por un saber producto de la interacción del vínculo médico paciente.

Esto implica para el médico renunciar a su lugar del "saber médico" y para el paciente renunciar a la depositación en ese "saber médico" de su problemática y la necesidad de asumir como propia por parte del paciente la totalidad de la enfermedad

en sus tres aspectos:

- el biológico
- el psicológico
- el social

Llegado a éste punto se puede hablar de una relación horizontal donde el saber es compartido y los enfoques parciales son sustituidos por la síntesis de la unidad biopsicosocial.

*Los médicos no tienen más misión
que la de recetar, cobrar; el curarse o no,
es cuenta del enfermo.*

Molière

BIBLIOGRAFIA

- (1) BESPALI Y, DE PENA M, CONSENS M. Derechos de los pacientes en el Uruguay. Revista Médica del Uruguay. 1995;(11):81-97
- (2) GARCIA LOPEZ ALICIA. Uno de los elementos de la calidad de vida: el contrato médico. Revista Médica del Uruguay 1995;(11):111-120
- (3) Equipos Consultores. La relación médico-paciente vista por los montevideanos. Noticias (SMU) 1992;(58):12-5; (59):74
- (4) ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA. Código de Ética Bol Acad. Nac. Med. Uruguay 1994;13: 61-91 (Separata)
- (5) SINDICATO MEDICO DEL URUGUAY. Código de Ética Medica SMU 1995.