

## TRABAJOS ORIGINALES

### I. LA EXISTENCIALIDAD DEL MEDICO

Al Profesor Dr. Justo P. Garate, mi maestro de medicina y cultura

Prof. Dr. Roberto M. Apra, Cátedra de Clínica Médica 1, Facultad de Ciencias Médicas  
Universidad Nacional de Cuyo.

Roberto M. Apra. Dirección postal: Pedro Molina N° 745, 3° piso, C.P. 5500 Mendoza, República Argentina.

Por ser el médico un ser humano —pese a la romántica sublimación que la fe de sus pacientes pudiere crear respecto de su persona—, comparte con todos los hombres el anhelo de permanecer,<sup>(9)</sup> amar, ser amado,<sup>(18)</sup> y ser libre; a la par que el miedo al dolor, la frustración y la muerte.

La angustia existencial que rebeló a Kierkegaard<sup>(6, 10)</sup> contra Hegel, con el misterio del destino escatológico, que enfrenta razón y fe religiosa en una bipolaridad que constituye el “sentimiento trágico de la vida”, al decir de Unamuno,<sup>(21)</sup> ronda el existir de todo hombre, aunque en algunos la fe supera a la razón en alas de una mística esperanza, como es el caso de San Juan de la Cruz.

“Esta vida que yo vivo  
es privación de vivir  
y así es continuo morir  
hasta que viva contigo.  
Oye, mi Dios, lo que digo  
que esta vida no la quiero  
que muero porque no muero.”<sup>(4)</sup>

#### 1. REALIZACION PROFESIONAL DEL MEDICO

Toda realización personal en una profesión estriba en reconocer en uno mismo que se sabe, que se puede, y que gracias a esa profesión se vive con un bienestar enclavado en el reconocimiento social y la legítima disponibilidad económica.

Los logros son así incentivos de motivaciones cada vez más altas.

Todo progreso se fundamenta en el observar, razonar, experimentar y en la vivencia de las tan citadas “razones del corazón” (Pascal)<sup>(9, 15)</sup> pues como dice

Rousseau: “La razón hace al hombre, pero es el sentimiento el que lo gobierna”.<sup>(20)</sup>

El médico que se precia realmente de ser médico —no importa su especialidad— no sólo quiere saber, comprender, practicar la medicina, sino, con auténtico sentido profesional, ayudar hasta el límite de sus posibilidades.

Parece inmanente a la profesión de médico el vivir para su enfermo.

Y si se dedica a la investigación, la medicina legal, la anatomía patológica o la salud pública, su espíritu de auxiliar se plasma en la búsqueda del bienestar del hombre sin particularizarlo en un solo individuo.

Horas densas de estudio, proyectos desgajados por un enfermo grave, contacto con el dolor, la agonía y la muerte; dudas, alegría de la curación, tristeza ante el fracaso por el paciente que se agrava o fallece, constituyen parte de la cotidianeidad profesional del médico, cuya vida en sociedad dispensa muchas horas diarias en ambiente de hospital o de cátedra, apartado de la gente sana, viendo y viviendo enfermos.

Son específicamente estas vivencias, concretadas en la realidad de ser responsable de un paciente, las que diferencian las condiciones de realización profesional del médico asistencial —y por qué no decirlo, del enfermero— con respecto de las otras profesiones.

Es específicamente por el arte de curar —cuyo supuesto es cuidar— que el hombre se pone en contacto con la máxima indefensión, que es la enfermedad grave, y con el nadir de la existencia, que es el morir.

En todo esto pasa gran parte de su vida el médico asistencial, en esto reafirma su vocación, y por esto, si volviera a nacer, sería médico.

## 2. LA FAMILIA DEL MEDICO

Sin duda el obrar del médico le da un tono particular a su familia.

La esposa o el esposo que siente cercenados los planes de ese día por la urgencia que surge de improviso; los hijos que interrumpen el juego con el padre porque un llamado a la puerta o el teléfono les aleja el compañero que volverá cuando quizá ya estén acostados; el marido que ve a su mujer dividir sus horas entre pacientes o investigaciones y el cuidado de la casa y de los niños, sólo logran sostenerse en esa unidad vital que es la familia a fuerza de comprensión y de ternura.

Más allá de los éxitos profesionales, de su realización social, de sus logros materiales —y de esto deben estar bien conscientes los médicos— sus familias permanecerán mientras su profesión no desvitalice el amor.

## 3. EL MEDICO ANTE LA ENFERMEDAD

Es lógico que a través de la información y la experiencia, dirigidas por la pasión de curar, el médico se diferencie del resto de los humanos que sienten no profesionalmente solidaridad con el enfermo.

Mientras que para los otros un paciente puede significar angustia, tristeza, sobre todo si se trata de un ser querido, para el médico un enfermo es ante todo un desafío.

Cómo vive ese desafío depende, aparte de su personalidad, de las etapas de su carrera profesional.

Entre la inseguridad del recién recibido y su obcecada tendencia a luchar sin tregua sin admitir derrota, y la prudencia del médico experimentado que acepta que debe hacer un límite en su obrar, la gama de sentimientos es enorme.

Ello contribuye a que la existencialidad del médico cambie de matiz, sin renunciar a sus deberes, a medida que pasan los años.

## 4. EL MEDICO, VICTIMA DE SU PROFESION

### a) Enfermedades infecciosas

Carrión,<sup>(16)</sup> sufriendo los acontecimientos de la fiebre de Oroya tras haberse inyectado el agente causal para describir sus síntomas, aún en el lecho de muerte, se brindó a una vocación desbordante.

Fue un hito en la historia de la medicina el descubrimiento, por Ignacio Semmelweis, de que las manos de los estudiantes transportaban desde la sala de autopsias a las de partos el agente de la "fiebre puerperal". Su razonamiento surgió del hecho de que presenciando la necropsia de su amigo, el médico Yakob Kolletschka (herido involuntariamente por el bisturí de un estudiante que practicaba una autopsia en una mujer fallecida de la enfermedad, según Löbel,<sup>(14)</sup> o, según Slaughter,<sup>(22)</sup> víctima de un corte que él mismo sin querer se infligió), comprobó en el cadáver las manifestaciones habituales de la "fiebre puerperal".

Kolletschka fue mártir de su profesión, como el mismo Semmelweis que, psicótico por razones familiares y choques profesionales, murió de una septicemia resultante de lesionarse un dedo cuando en la sala de autopsia dictaba su última clase práctica antes de caer en la locura.<sup>(22)</sup>

Joseph Toynbee, el gran otólogo inglés del siglo XIX, investigando la forma de tratar el tinnitus, muere anotando sus observaciones tras insuflarse con carácter experimental cloroformo y ácido cianhídrico en las trompas de Eustaquio.<sup>(11)</sup>

El azar y muchas veces la imprudencia, acicateada por la pasión, entenebrece el destino de los hombres.

La medicina en la Argentina también tuvo sus mártires.

En 1858, en la epidemia de la fiebre amarilla de Buenos Aires, entre los 150 muertos había un médico: Salustiano Cuenca.

La guerra del Paraguay facilitó la aparición del cólera en la Argentina. El río Paraná contaminado, con sus aguas atestadas de cadáveres, justificó el brote de la enfermedad en Rosario y luego en San Nicolás de los Arroyos. Llegaron a esta ciudad los doctores Santiago Larrosa y Carlos Furst enviados desde Buenos Aires por el gobernador Adolfo Alsina. Furst se contagia y muere.<sup>(2)</sup>

Muchas enfermedades infecciosas fueron para los médicos la causa de muerte por contagio en ocasión de su profesión, en todos los tiempos y en todo el mundo.

Técnicas de tratamiento de la medicina contemporánea, como la transfusión y la hemodiálisis, facilitaron el contagio con el virus de la hepatitis B en médicos, técnicos y enfermeros antes de la aparición de la vacuna específica.

El síndrome de inmunodeficiencia adquirido (SIDA), aunque rarísimo en los trabajadores de la salud que manipulan sangre de los pacientes, constituye una amenaza.<sup>(3)</sup>

### b) Reacciones psicológicas del médico ante la enfermedad de sus pacientes

El médico en su relación con el paciente puede tener sentimientos negativos que surgen de la situación que enfrenta o del tipo de pacientes que asiste.

La enfermedad terminal o la enfermedad crónica incurable pueden generar sentimientos de incapacidad, impotencia, reducción de la autoestima, frustración y culpa, que podrían alejar al médico del paciente por decisión del mismo médico.

Los pacientes con crisis emocionales pueden hacer descontrolar emocionalmente al médico.

El paciente demenciado o de diferente cultura, a causa de la incomunicación, puede ser motivo y destinatario de la impaciencia, la hostilidad, el rechazo o subestimación de su médico.

El sujeto demasiado dependiente o hipocondríaco o desobediente puede generar hostilidad, con sensación de pérdida de la autoridad que necesita el médico para ayudarlo.

Mucho se puede conseguir para mantener el equilibrio psíquico del médico a través de una enseñanza que tienda a ser personalizada y en la que procure, concomitantemente con el conocimiento de las asignaturas tradicionales, informar al estudiante de pregrado y al graduado, sobre sus posibles reacciones psicológicas ante el enfermo, identificar los sentimientos del educando o el profesional ante sus pacientes conflictivos y tratar, con la ayuda de médicos entrenados,

de limar asperezas, con el objetivo de lograr una relación médico-paciente lo menos traumática posible.<sup>(7)</sup>

Esto no significa que la meta sea un médico frío, gemelo de la computadora, sino un ser comprensivo, cálido, siempre dispuesto al consuelo, gracias a que su férrea vocación no se ve comprometida por estados afflictivos que no pueda controlar.

### c) El burnout

Este nuevo síndrome, que etimológicamente significa, en su traducción del inglés al español, quemado, agotado (se aplica en tecnología espacial para indicar el punto en que en un cohete o misil se separa la pieza impulsora después de cumplir su función), constituye una nueva preocupación como patología del trabajo en las unidades de cuidados intensivos (U.C.I.).

Los enfermos graves, potencialmente capaces de ser mejorados porque sus alteraciones funcionales con inminencia de muerte pueden retrogradar gracias al tratamiento intensivo, suelen ser internados, desde la década del '60, en unidades de diagnóstico y tratamiento sumamente complejas.

Los médicos y enfermeros que tienen a cargo el cuidado continuado y sostenido de estos pacientes, pueden ser víctimas del burnout. Este es consecuencia, entre muchos otros factores, de la alta responsabilidad que supone el tratamiento de enfermos que suelen estar al borde de la muerte, de desempeñarse en un lugar en el que la mortalidad es la más alta de todo un centro asistencial, de no descansar ante el agobio del paciente grave al que se debe procurar asistir integralmente como persona,<sup>(8)</sup> de estar sobrecargado de tareas, de trabajar en medio de un permanente movimiento de personal y el ruido continuo de monitores cardíacos, respiradores, etc.

La ansiedad de los familiares, sus preguntas, sus reacciones, contribuyen con una cuota no despreciable al burnout.

El burnout, que puede ser prevenido o curado gracias a la organización de la unidad de cuidados intensivos, en la que se integren asistencia, docencia e investigación, psicoterapia, adecuado número de personal, tratamiento individualizado del médico o enfermero en peligro o ya víctima del desgaste, suele expresarse por síntomas físicos (agotamiento, predisposición a afecciones psicosomáticas), emocionales (depresión, intolerancia a los pacientes, sus familiares, los colegas, frialdad con apariencia de cinismo) y conductores (ausentismo, sobreesfuerzo, incapacidad de decisión, pesimismo, consumo de fármacos) que pueden repercutir en la integración social (escapismo, divorcio) del médico.<sup>(9)</sup>

## 5. LA ENFERMEDAD EN EL MEDICO

Pasaremos a continuación a considerar cómo vive el médico el estar enfermo.

Sabemos que, aparte de los síntomas propios de cada patología, el ser humano presenta una serie de sentimientos que con matices originales para cada biografía forman parte del coexistir con la enfermedad.

Lafin Entralgo señala que por el hecho de vivir una especie morbosa, se perciben en nuestra interioridad las siguientes vivencias:

- *Invalidez, molestia, amenaza* a los proyectos de futuro y aun a la misma vida, *succión por el cuerpo*: “[el cuerpo] me llama hacia sí mismo con voz insólita y doliente”;
- *soledad*: el hombre se arrebujaba en su irremisible original inmanencia por el hecho de sentir su cuerpo y hacerse clara la imposibilidad de una absoluta empatía del otro con respecto a su dolor, su angustia, su pena;
- *anomalía* respecto de los sanos, y
- *recurso*, gracias al cual la enfermedad es usada consciente o inconscientemente para descansar, separarse de las responsabilidades, para realizarse en una nueva dirección, o simplemente llevar a cabo, adelantar o volver a interesarse en algo que se tenía postergado.<sup>(10)</sup>

Invalidez, molestia, amenaza, succión por el cuerpo, soledad y anomalía están presentes en etapas ya muy precoces del sentirse enfermo, y adquieren su máxima tensión en el estadio agudo de la enfermedad. Lo mismo puede decirse, sin generalizar, respecto del recurso. La prolongación de la enfermedad, la transformación en entidad morbosa crónica, no borra a los seis primeros sentimientos, aunque muchas veces los sumerge, mientras la dimensión del recurso se acrecienta.

Gunn-Sechehaye señala que la enfermedad somática aguda supone una amenaza de muerte, enfermedad grave, “herida al narcisismo”, ulteriores padecimientos, separación del entorno.<sup>(11)</sup>

La angustia que produce la enfermedad somática puede ser paliada por los mecanismos psicodinámicos de regresión, dependencia y pasividad.

La negación, la minimización de la enfermedad o la polarización vigilante de los obsesivos, que siguen paso a paso lo que sienten y lo que se les hace, también suelen ser comunes en la enfermedad orgánica.<sup>(12)</sup>

Trasladando estos sentimientos de enfermedad y las reacciones psicológicas ante el padecimiento orgánico a la persona del médico, es inevitable que la información de éste, su experiencia profesional, la mayor o menor duda respecto de los recursos terapéuticos de la medicina y de la ciencia y arte de los médicos en general y en particular, se traduzcan en especiales matices que vive el médico, no sólo por ser persona con una especial estructura psicoorgánica y espiritual, sino por el hecho de ser médico.

La objetividad que tiene para sus enfermos la pierde para sí. Las reacciones ante la enfermedad propia suelen ser de distinto tenor según el médico o las circunstancias de la vida del mismo médico.

Si el síntoma no es habitual en la población, o se prolonga, prejuiza que su enfermedad es grave.

Ante síntomas dudosos de enfermedad severa minimiza su valor o introduce una franca negación ante el diagnóstico que le hacen sus colegas.

Es fácil presa del pensamiento mágico, espera e induce la mentira y la respuesta piadosa.

O la contrapartida: sospecha de los médicos que lo asisten, se entromete en sus técnicas diagnósticas y terapéuticas.

No debemos generalizar, pero bien sabe todo médico que ha asistido a un colega, si no lo ha vivido al enfermarse él mismo, y desde la época de estudiante de medicina, la sobrecarga de angustia o depresión que conlleva la enfermedad en un médico.

Sin embargo, como puede observarse en el cáncer incurable, después de negaciones, angustias, depresión, una etapa de resignación, interrumpida por lógicas protestas, suele preceder el arribo inexorable de la muerte.

Una estructura vital se derrumba; erudición, posición social, familia, se diluyen en el tiempo —el tiempo eterno que no pasa, siendo nosotros los que pasamos.

El camino al Dios visible de la vida eterna, para unos según su fe; el regreso a la nada para otros, pueden ser la resignación frente a la vida que se va.

## 6. SER MEDICO DE MEDICOS

Los síntomas, signos y sentimientos de enfermedad, no diferirán en general entre el médico y quienes no lo son: sin embargo su interpretación, su valoración, sus reacciones psicológicas, enraizadas en anteriores alternativas profesionales, harán del médico, cuando su padecimiento pase de ser una enfermedad habitualmente de poca trascendencia, un paciente especial.

El médico enfermo grave o crónico añadirá a su enfermedad la raíz existencial de ser médico.

Y de su especial biografía surgirán ventajas y desventajas, que debe conocer el médico que asistirá a su colega para que la relación médico-médico enfermo sea casi tan equilibrada como la que cualquier buen médico debe tener con sus pacientes.

Entre las ventajas podemos mencionar: acudir precozmente a la consulta; colaborar adecuadamente en la tarea curadora de su médico; someterse a los criterios de éste; saber encontrar un para qué a su enfermedad, aunque no sea más que vivir la experiencia científica y humana de saber cómo es la enfermedad que hasta ahora conocía en los otros.

Respecto a esto último todos sabemos cómo une a las personas el tener los mismos gustos o padecer las mismas enfermedades.

¿Y de qué manera aumenta la comprensión del médico por el enfermo que padece la misma dolencia que él?

Sin embargo, el médico está más predispuesto —ya que en sus planes de vida estuvo siempre presente la enfermedad del otro y la salud de sí mismo— al miedo avasallante por "su" enfermedad grave y "su" muerte, o a la invalidez que lo retire a la ribera de su cauce profesional.

Si a esto se le agrega el torbellino de una vida agitada dedicada a los otros, que no debe parar —sin reconocer que el destino sarcástico la para cuando quiere—, o la creencia de raíz inconsciente de que largas horas de libros y tareas volcadas hacia los otros le crean una a manera de inmunidad, salta a la vista cuán complejo es psicológicamente para un médico estar enfermo.

Miedo y vida sin pausa, se defienden entonces, fraguando desventajas con la negación, la minimización, la búsqueda reiterada de opiniones, el incumplimiento de tratamientos, la postergación de estudios diagnósticos, la participación en discusiones acerca de su propia terapéutica, el control paranoide de lo que los médicos le dicen y recetan.

Si es difícil ser médico, mucho más difícil es ser médico de médicos.

Este médico debe conservar la objetividad perdida por su paciente. Nunca minimizará, aunque no lo transmita, la importancia de la signosintomatología, los hallazgos diagnósticos auxiliares, y las indicaciones terapéuticas.

Es cierto que sus sentimientos de amistad, como ocurre con los que se generan dentro de su propia familia, quisieran que su colega no tuviera un cáncer, una insuficiencia renal, un lupus eritematoso sistémico, una insuficiencia coronaria, por citar algunas enfermedades severas.

Pero su existencialidad como médico, y ahora como médico de un médico, no lo hará dudar de que su paciente, si bien ha de recibir un trato especial —no porque los médicos constituyan una "élite" de enfermos, sino porque su información profesional es fuente gigantesca de angustia y depresión—, debe ser asistido con el mismo cuidado que cualquier ser humano no médico.

"Asumir paternalmente la responsabilidad de un tratamiento" (Ingelfinger)<sup>19</sup> no significa autoritarismo, sino autoridad de hombre y de médico, en la que la soberbia, los prejuicios, la verdad agresiva, la despectividad, y —porque muchas veces el médico no paga honorarios— la despreocupación, no entran en la existencia de quien siente por sobre todas las cosas vocación de médico.

## BIBLIOGRAFIA

1. Calatroni, C., y De Soldati, A.: "Aspectos psicosociales de la relación médico-paciente en las unidades de cuidados intensivos", citado por Fahrer, R. D., y Magaz, A.: "Temas de psicología médica". CTM. Buenos Aires, 1986, págs. 157-67.
2. Casais De Corne: "Medicina y comunidad", en "Panorama histórico de la medicina argentina", Todo es Historia, Buenos Aires 1977, págs. 95-117.
3. Castro, K. G.; Hardy, A. M., y Curran, J. W.: "The acquired immunodeficiency syndrome. Epidemiology and risk factors for transmission". Med. Clin. N. Amer., 1986, 70:635-49.
4. De la Cruz, Juan: "Vida y obras", 10ª edición, BAC, Madrid, 1978, 383-4.
5. Ferrater Mora, J.: "Cuatro visiones de la historia universal". Alianza, Madrid, 1982, pág. 64.
6. Ferrater Mora, J.: "Diccionario de filosofía", t. 3, art. Kierkegaard Søren, 4ª edición, Alianza, Madrid, 1982, pág. 1860.
7. Gordin, R., y Zucker, H. D.: "Physician's reactions to patients" New Engl. J. Med., 1983, 308:1059-63.
8. Gunn-Sechehaye, A.: "Aspectos psicológicos de la enfermedad orgánica aguda", en "Folia psychopraetica". Ed. Lab. Roche, agosto 1980.
9. Jalil-Mussa, J.: "Introducción a la clínica actual y a sus métodos de exploración diagnóstica". E. Universitaria, Santiago de Chile, 1986, pág. 130.
10. Kierkegaard, S. (Vigilius Hainiensi), "El concepto de la angustia", 16ª edición, Espasa-Calpe / Col. Austral, Madrid 1963.
11. Lain-Entralgo, P.: "Historia universal de la medicina", vol. 6. Salvat, Barcelona, 1974, pág. 342.
12. Lain-Entralgo, P.: "El diagnóstico médico", Salvat, Barcelona 1982, pág. 285.
13. Lain-Entralgo, P.: "Antropología médica", Salvat, Barcelona, 1984, págs. 272-275.

14. Löbel, J.: "Historia sucinta de la medicina universal". Trad. de J. P. Garate. Espasa-Calpe, Buenos Aires, 1950, pág. 126.
15. Loudet, O.: "Vida y espíritu del médico". Kraft, Buenos Aires, 1962, pág. 72.
16. Miroli, A. B.: "La medicina en el tiempo". El Ateneo, Buenos Aires, 1978, pág. 232.
17. Orlowski, J. P., y Dale Gullledge A.: "Critical care stress and burnout". Critical Care Clin., 1986, 2:173-81.
18. Ortega y Gasset, J.: "Estudios sobre el amor", 5ª edición, Espasa-Calpe / Col. Austral, Madrid, 1982.
19. Pasqualini, R. Q.: "Médico de los médicos". Medicina, 1986, 46:755-8.
20. Rousseau, J. J., citado por Hamburger, J.: "El hombre y los hombres". Emecé, Buenos Aires, 1973, pág. 184.
21. Schneider, P. B.: "La psicología del enfermo crónico", en "Folia psychopactica", Lab. Roche, 3 de octubre de 1980.
22. Slaughter, F. G.; Semmelweis, I. Ph.: "Collier's Encyclopedia", vol. 20. Crowell, Collier and Mac Millan, Inc., Nueva York, 1966, págs. 587-588.
23. Unamuno, M. de: "Del sentimiento trágico de la vida". Planeta-De Agostini, Madrid, 1985.