

Editorial

La medicina de la era tecnológica: el punto de vista de un psicoanalista

GUILLERMO FERSCHTUT

Presidente de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires

Un viejo aforismo de Balabrega dice que "la enfermedad es todo lo que ocurre entre paciente y médico". A poco de reflexionar, los factores que entran en juego en la medicina actual dan cuenta tal vez de manera dramática de la vigencia e importancia de este aforismo.

El "todo" debe dar cuenta no solamente de las emociones que surgen durante la relación, sino también del contexto cultural donde tiene lugar dicho encuentro.

En la actualidad, la existencia de nuevos recursos tecnológicos aplicados a los diagnósticos: radiografía computada, delicados exámenes endoscópicos, ecografía, diferentes estudios realizados con sustancias radioactivas, los aportes de la bioingeniería a la técnica quirúrgica, los trasplantes de tejidos o de órganos, así como los descubrimientos en el campo de la hemodinamia, la farmacología, la quimioterapia y la antibioticoterapia, sumados a los nuevos conocimientos en genética, proporcionan en conjunto una fina precisión de la compleja estructura del ser humano, impensable en la historia de la medicina hasta hace muy poco tiempo.

En este sentido, los cambios son tan veloces que la luz que arroja el conjunto de estos nuevos descubrimientos y concepciones obliga a nuestra reflexión acerca de las penumbras que estos avances y descubrimientos plantean.

No hay duda de que el acto médico se ha complicado y complejizado, sobre todo si lo comparamos con la actitud de aquel médico de familia que tenía más tiempo para enterarse del ambiente que rodeaba al paciente, además de los síntomas, y al que seguramente algunos de nosotros aún recordamos. En la actualidad, el progreso tecnológico en sí mismo puede convertirse en obstáculo cuando desde otro punto de vista aparece agravado por la prisa. El panorama se extiende y deben tomarse en cuenta los factores culturales, económicos y hasta políticos, para su consideración. Asimismo la prolongación del promedio de vida también obliga a pensar en estados físicos y mentales de salud y enfermedad hasta hace poco desconocidos o excepcionales.

Los factores arriba mencionados no están

aislados de los sistemas que dan cuenta del conocimiento de la naturaleza humana. Además de los diferentes abordajes de la lógica de la percepción, está la de los sistemas de información autoorganizados y la del inconsciente, cuyas pulsiones y derivaciones condicionan la reacción y la conducta del ser humano más allá de la voluntad consciente.

Por lo tanto se hace necesario, por no decir imprescindible, un replanteo. Los avances cambiaron la idea de la medicina, y con ello también el concepto de salud y enfermedad y también la relación médico-paciente. El descubrimiento de Freud ha llevado lentamente a pasar desde la biología o la concepción mecanicista de las ciencias a la ecuación personal y a la psicología profunda del acto de enfermar o del proceso de sanar. Aun la concepción de la muerte y del morir han cambiado y por lo tanto también la concepción de la vida y del vivir.

El lenguaje mismo con el que se conciben teorías y procedimientos humanos e instrumentales para tratar estos problemas o estas estructuras problemáticas, como prefiero llamarlo, se ha modificado al punto que nos lleva a una nueva noción del cambio, es decir, existe un cambio acerca de cómo concebir el cambio mismo.

Me he preguntado como psicoanalista qué tipo de diálogo puedo tener con un clínico moderno y qué factores se pueden tomar en cuenta entre ambas disciplinas, el psicoanálisis y la medicina, con la vida y la muerte danzando alrededor. Obviamente se generan problemas no sólo lingüísticos sino también éticos.

Pienso en la necesidad de definiciones operacionales que seguramente llevarán un tiempo para que lleguen a un ajuste si deseamos salvar los hiatos que estas incertidumbres plantean. A veces aceptamos soluciones rápidas, demasiado simples y generalizadoras, que sirven más para salir del paso que para entrar realmente en la profundidad de cada uno de estos problemas.

La sociedad está acostumbándose al éxito de los trasplantes o del bypass, como un hecho tan conocido y aceptado en estos días como el de que se pueda hablar de neurosis, fobias o proble-

mas sexuales por televisión. Consultar al analista por algún problema ya no llama la atención, pero estos acontecimientos eran impensables hace cuarenta años. Existen ahora nuevas técnicas, nuevos lenguajes, nuevas actitudes.

La información masiva a través de los medios de difusión, unida a la burocratización de la medicina, conduce fácilmente como contrapartida a la idea de la deshumanización. La dificultad reside, a mi juicio, en el hecho de que la enorme cantidad de vértices con que se enfrenta un problema — todos ellos ciertos y certeros para cada especialidad— obliga a una simultaneidad perceptiva y operacional, y son imposibles de integrar a menos que se aclaren todas las opciones y se jerarquicen las alternativas.

No creo en la deshumanización. Esta es una sobresimplificación. El problema es más amplio y está dado por la incomprensión de lenguajes, los saltos de niveles, diferentes códigos, procedimientos y tiempos entre distintos operadores. Un analista no tiene derecho de etiquetar como deshumanizado un procedimiento quirúrgico o técnico o una relación que requiere una tarea instrumental; y viceversa, un cirujano tampoco puede tildar de poco práctica a una persona que revisa otros elementos. No llamemos deshumanización a lo que por complejo, intrincado, nuevo y desafiante es lo que precisamente toca a lo humano. Hablemos en todo caso de dis-humanización. Esta fragmentación frente a la imposibilidad de sostener el bombardeo de la simultaneidad perceptiva u opcional constituye a mi juicio el núcleo de convergencia y la dispersión de conductas que llamo dis-humanización. En el medio está el paciente, sus emociones, sus temores, su familia.

Recientemente la interconsulta constituyó un paso importante en la medicina. Reemplazaba lo que cuando éramos jóvenes se llamaba consulta médica con una segunda opinión. Aquí la segunda opinión tiene lugar con otro especialista.

Estamos ya lejos de esa práctica, cuyo lugar ocupa la interdisciplina. Grupos de médicos pertenecientes a distintas especialidades que se reúnen regularmente para compartir su experiencia, proporcionan la oportunidad de convertir el dis en inter y el inter en intra, integración de la experiencia con beneficio para todos.

Propongo disponer del tiempo para hablar entre nosotros de estos problemas. Si se descompone para analizar, diagnosticar y aun operar, no debe perderse de vista la idea de que en la medida de lo posible debemos componer, reintegrar y reunir aquello que fue separado y aislado. La anatomía y la fisiología visible y

concreta del cuerpo real son diferentes, en cuanto a límites y esencia, de la anatomía y fisiología de la mente, de la persona real.

Es posible mentalizar el cuerpo de una persona e imaginarlo por un tiempo aislado de su medio. Más aún: es posible también conseguir el latido de un corazón extracorpóreo, pero no es posible pensar en un individuo aislado de la infinita red de relaciones que su mundo interno teje permanentemente para seguir siendo él mismo y sobrevivir a los estímulos internos y externos sin perder su identidad.

La ciencia se trasmite a través de la instrucción y de la praxis tecnológica. En cambio la humanidad del médico se trasmite en todo momento. La tecnología es eficiente, innovadora y útil pero parcializa y segmenta la acción médica si no es integrada globalmente por un médico, capitán, administrador, cabeza que regula y reintegra la dispersión que des-humaniza muchas veces la práctica médica.

Más allá de todo cambio sigue vigente la esencia de la acción médica que se sustenta en dos columnas (Jaspers): por un lado en el conocimiento científico y la capacidad técnica, por el otro en la ética de la humanidad. El médico nunca olvida la dignidad del enfermo y su derecho a decidir, ni el valor insustituible de cada individuo.

Entre el médico y el paciente se interponen frecuentemente clínicas, mutuales y burocracia que modifican la esencia del acto médico, que precisa de tiempo para discernir, dialogar, explicar, concatenar y acordar con el paciente los destinos de la cura, lo esperable de los procedimientos y el sentido de las acciones. Apunto a la idea de medir muy atentamente las consecuencias sociológicas de la era técnica que influyen en la profesión a través de los métodos especializados que en ocasiones alteran la idea misma del ser médico. Debemos evitar que la tecnología, la industrialización y los aparatos industrialicen y conviertan en máquinas a los seres humanos y a sus relaciones explicando, consensuando, acordando, en la medida de lo posible, cada paso que damos en el proceso total del acto médico: diagnosticar, medicar, hablar, operar, como parte indispensable de lo que llamamos curar.

Entiendo que tampoco debemos olvidar el sentido de crisis que tienen las enfermedades en general y las cardiovasculares en particular. Para los griegos crisis significaba juicio, encrucijada, punto final, decisión, momento de definición, y para los chinos el concepto implicaba la idea de peligro más la de oportunidad.