

# Carta del Presidente



## Acerca de algunos riesgos de la práctica de la Medicina

*"Lo específico del hombre no es lo físico-químico sino lo espiritual."*

ALEXIS CARREL

Recientemente se publicó un artículo que demostró incrementos significativos en la presión arterial medida con monitoreo ambulatorio de 24 horas en un grupo de médicos mientras estaban de guardia pasiva, como expresión de las consecuencias somáticas que provoca el estrés profesional derivado del ejercicio de la Medicina (Am J Hypertens 1994; 7: 396-401). Sin embargo, en la abundante bibliografía publicada sobre el efecto del estrés emocional como factor de riesgo cardiovascular, es infrecuente hallar estudios o descripciones del impacto que tiene la profesión médica sobre la conducta de los profesionales de la salud y sobre la relación médico-paciente. A comienzos de siglo, A. J. Cronin inmortalizó magistralmente en su novela *La Ciudadela* las consecuencias que provocan los factores emocionales, profesionales y económicos derivados del ejercicio de su profesión, sobre la vida personal y familiar en un médico británico.

Ciertamente que el médico antes de ser médico es un ser humano, y por lo tanto está expuesto a las sobrecargas psicológicas propias de la vida en comunidad. Pero la práctica de la Medicina contiene situaciones intrínsecas que constituyen atributos únicos. Sólo el hecho de que el médico maneja nada menos que la vida y la muerte, la salud y la enfermedad, hace que su actividad y su responsabilidad sean bien diferentes a cualquier otra profesión o actividad. Las personalidades vulnerables pueden sufrir mucho y su impacto puede llegar a ser incompatible con el ejercicio de la profesión. Otros pueden adaptarse bien, pero algunos pagan como precio de la adaptación un deterioro de sus vidas personales o familiares.

Los atributos de la profesión médica que la diferencian de cualquier otra son variados y muy marcados. Para un médico realmente comprometido con su profesión, las jornadas laborales son de duración incierta, generalmente prolongadas. Pocas veces puede manejar su tiempo de una manera previsible, porque la demanda suele ser incondicional. El médico es médico en todo momento y su condición prevalece aún en su entorno social. Responde como tal en reuniones familiares, comunitarias o recreativas. Una consigna recae sobre sus hombros y desdibuja los lí-

mites: "los intereses de los pacientes están por encima de los personales".

Los cambios operados en los últimos tiempos en la organización administrativa y económica del sistema de salud provocan lamentables desviaciones en el ejercicio profesional. Debe distraer tiempo y esfuerzo para informarse de cuestiones para las cuales no está entrenado. "Nomenclador", "aranceles", "facturación", "módulos", "cápitales", son conceptos muy ajenos a los que él eligió como vocación. Pero debe conocerlos porque de ellos muchas veces depende su supervivencia. Inmerso en un mercado laboral altamente competitivo, con una desproporción manifiesta entre los recursos humanos y las ofertas de fuentes de trabajo, el médico vive la inseguridad laboral y el deterioro de las remuneraciones. Lo material supera irremediablemente a lo humano. La consecuencia es que debe atender a un gran número de pacientes en poco tiempo, dejando poco margen para la conversación y deteriorando gravemente la relación médico-paciente. Frecuentemente reemplaza un cuidadoso interrogatorio y examen físico por una lista de prácticas complementarias o por una rápida derivación para abreviar la duración de la consulta. Esto no sólo encarece los costos de la atención médica, sino que envilece aún más la relación con el paciente. Esta deshumanización en la que se reemplazan los hombres con las máquinas es, indudablemente, una de las razones de la proliferación de curanderos, sanadores, hechiceros y otros personajes de la Medicina heterodoxa.

Se pueden encontrar otros ingredientes que interfieren psicológicamente en el ejercicio profesional. El temor ante el auge de los juicios por mala práctica, adoptados como industria. La frustración ante la imposibilidad de curar y reacción ante la muerte, que a veces es considerada como una derrota de la Medicina aunque haya sido el destino final e inexorable de la vida. La vorágine que envuelve el continuo avance de la ciencia y que obliga a estar siempre detrás del conocimiento. La ansiedad por capacitarse se transforma en angustia ante lo inalcanzable que parece el progreso científico y la explosión de la información. En las mujeres médicas se agregan las demandas inherentes a la atención del hogar y el cuidado de los hijos, como competencia con su labor como médicas. Esto ocurre en una época en que la cantidad de mujeres dentro de la Medicina está aumentando rápidamente. En las facultades de nues-

tro país las mujeres ya superan largamente la mitad del total de estudiantes.

Hace décadas se ha comprobado que la tasa de suicidios es dos o tres veces más alta entre los médicos que en la población general. La proporción de matrimonios no satisfactorios y de divorcios es también considerable. También entre ellos es más frecuente el consumo de alcohol, de psicofármacos y de estupefacientes. Se registra un alto porcentaje de automedicación, probablemente por mayor accesibilidad. También es elevada la demanda de psicoterapia, como expresión de inestabilidad emocional (N Engl J Med 1982; 306: 458-463).

Un escenario en el que los factores del estrés se dan con gran intensidad es el de las áreas de cuidado intensivo. Allí la vida y la muerte compiten diariamente y a cada instante. Es un medio donde decisiones críticas deben ser tomadas rápidamente, sin tiempo para meditar. La prioridad se concentra claramente en el mantenimiento de la fisiología y del equilibrio físico-químico. En este marco, la relación médico-paciente es casi nula por el estado del paciente, por la urgencia de la tarea y por la prioridad que demanda el sostén fisiológico. Muchas decisiones vitales son tomadas a solas, en medio de la noche, en circunstancias extremas cuya responsabilidad no puede ser compartida con nadie. Estas situaciones generan a veces la incertidumbre por el juicio del colega que seguirá en la guardia siguiente o la opinión de sus superiores. Los casos terminales generan actitudes ambiguas y, en ocasiones, presentan el dilema ético que implica decidir acerca de continuar o no con medidas de soporte instrumental o farmacológico, o se adoptan conductas intermedias como no desconectar el respirador, pero tampoco controlarlo escrupulosamente.

Por su parte, el paciente se ve sumergido en un ambiente extraño, con rutinas y ritmos para él incomprensibles, sin poder percibir la sucesión del día y de la noche, sometido frecuentemente a prácticas diagnósticas o terapéuticas molestas, cuando no dolorosas. A esto se agrega el escaso entrenamiento que suelen tener los médicos acerca de la contención psicológica. Las emociones del paciente son descontadas, la posición inconciente adoptada es que "la psicología queda para después". Esta negación se suele trasladar al contacto con la familia. No debiera olvidarse que el médico no trata sólo a un enfermo sino a un conjunto enfermo constituido por el enfermo y su grupo familiar. La relación con el médico de cabecera que derivó en el grupo asistencial altamente entrenado el manejo de los problemas específicos debería ser fluida, amable y sin omnipotencia. Su

opinión o su sola presencia pueden aportar un complemento valioso al diagnóstico y al tratamiento del enfermo o del "grupo familiar enfermo", y no debería ser subestimada u obstaculizada.

Las condiciones psicológicas críticas que prevalecen en las áreas de cuidado intensivo pueden desembocar en el estado de agotamiento llamado *burnout* (Critical Care Clinics 1986; 2: 173). Este síndrome es provocado por la constante exposición al sufrimiento y la muerte en un ambiente de crisis permanente. Se caracteriza por un estado depresivo creciente, sensación de impotencia y cuestionamiento del esfuerzo. Conduce a un aislamiento progresivo, hostilidad, despersonalización del grupo de médicos, paramédicos y pacientes y genera ideas de abandono de la especialidad o de la profesión.

Otro ámbito crítico es el de la residencia hospitalaria. Durante su transcurso, el médico encara la oportunidad única en su vida profesional para capacitarse y dedicar todo su tiempo a entrenarse y adquirir experiencias, habilidades y destrezas que luego utilizará durante toda su vida. Pero su condición de médico residente lo enfrenta con algunas ambigüedades en los roles, como tener que aprender y resolver simultáneamente. Está claro que el mejor método de aprendizaje es la formación en servicio tomando decisiones con responsabilidades crecientes. Pero cuando este proceso no cuenta con una adecuada supervisión por parte de personal jerárquico con conciencia docente, genera en el residente una angustiada sensación de desprotección y soledad, al estar forzado a enfrentar responsabilidades más allá de su experiencia. Lamentablemente existen los sistemas de residencias en los que los jóvenes médicos son utilizados asistencialmente de manera casi exclusiva, desnaturalizando por completo el espíritu de las residencias hospitalarias. Las guardias frecuentes, la falta de descanso adecuado por la continuidad entre las guardias y los horarios de trabajo y los conflictos de grupo y de autoridad son otros factores de inquietud que conspiran contra la serenidad psicológica y espiritual.

Esta ha sido una breve reseña de algunos de los factores que inciden conciente o inconcientemente en la tarea cotidiana del médico, que repercuten en la relación médico-paciente, médico-familia y médico-médico, y que comúnmente no reciben la atención adecuada en los cursos de formación de pre o posgrado, ni en los debates habituales de los congresos médicos.

Dr. Jorge Lerner