

CONOCER Y AMAR: VOCACION MÉDICA

Dra. M^a de la Luz Casas

Master en Bioética. Escuela de Ciencias de la Salud. Universidad Panamericana. México

¿Por qué estudias medicina? es la pregunta que hago a los aspirantes de la carrera, jóvenes impetuosos que se entregan de lleno a las actividades libremente escogidas, pero, la vocación no es una actividad más, es el ejercicio de nuestra vida, el ámbito de gran parte de nuestra realización personal y social, por eso, creo que la pregunta no es vana y por ello me la hago a mí misma con bastante frecuencia.

Algunos jóvenes me contestan que la complejidad del cuerpo humano les apasiona, otros que desean saber los secretos de tan prodigiosa estructura, otros más, me relatan que desde niños quieren saber el porqué de las cosas, porqué de las enfermedades, porqué de las funciones, algunos reflexionan: quiero estudiar para ayudar a otros, quiero curar.

Conocer, saber, llegar a la verdad, todo ello se relaciona con el ser humano, con su potencia intelectual, con su voluntad de encontrar la realidad. El querer saber es parte de nosotros, el ser humano desde niño pregunta y muere preguntando ¿porqué?, pero, ¿ello es suficiente para ejercer las ciencias de la salud como vocación?, qué es mejor, conocer la realidad de las ciencias biológicas o psicológicas, o ejercer la voluntad de ayudar?, ¿conocer o amar?.

La vocación médica se relaciona con ambas, pero en una dimensión más profunda

con la segunda, se debe conocer, saber, pero, ¿para qué?, para servir, para amar.

Saber por conocer, puede ser bueno, saber para servir, puede ser mejor.

El médico ante el paciente no es solo un científico en busca de una realidad, porque su realidad se enmarca ya no solamente en las cosas, sino en la relación personal. Tan científico es un físico cuántico, como un mecánico, como un veterinario, en todos esos ejercicios se requiere del conocimiento, más su aplicación cambia de objeto, y por ello el médico sale de ese entorno para situarse en uno muy especial, porque tiene como objeto un sujeto.

De esta reflexión parte la importancia de considerar en el campo de la salud el estudio de la Antropología Filosófica, porque del concepto de persona parte la actuación del médico ante el sujeto.

No solo las Ciencias de la Salud estudian al hombre, el Derecho, la Sociología, entre otras, lo abordan, pero desde otro punto de vista, cada disciplina es distinta, específica en sus campos, pero con el mismo sustento, el sustrato, que es el hombre mismo¹.

El médico se relaciona con el hombre en el ámbito de la salud, una salud que pretende ser acorde a la naturaleza humana, por lo que ante un sujeto el médico no solo puede ver un cuerpo, una biología, y cómo funciona esta, como haría buen mecánico, el médico ve al hombre, en su forma de persona, en su profunda unidad bio-psico-social y trascendente, en su especial y única especie, está ante un ser autoreflexivo y autónomo, un ser con un sentido en su vida, capaz de crear la ciencia, el arte, la moral y la religión. Un ser especial, que merece respeto en virtud de ser persona.

La vocación médica y en general las de las ciencias humanas, incluidas todas las ramas de las ciencias de la salud, son vocación de servicio, vocación de amor.

Quizás desde la perspectiva de las ciencias experimentales esta última palabra la sintamos fuera de cuadro, la relacionemos con la subjetividad emotiva, como fuera de contexto, un poco cursi; ¿qué es el amor desde la perspectiva experimental? ¿dónde está físicamente, cuánto pesa, cuánto mide, qué forma tiene?. La verdad experimental no abarca el estudio del amor (si acaso del enamoramiento), pero la verdad como realidad se impone y como científicos no dejamos de ser humanos, por tanto, no estamos ajenos a las necesidades existenciales propias de nuestra esencia, y el amor, como señala Erik Fromm², Victor Frankl³, y muchos más psicólogos existenciales, no solo es una realidad, sino una necesidad básica de realización para cada ser humano.

Como seres humanos, necesitamos el amor en nuestra vida cotidiana, necesitamos la vivencia de trascendencia.

En la estricta formación del científico experimental a veces sucede que nos volvemos demasiado cuadrados, por la gran cantidad de conceptos se tiende a sintetizarlos, a sistematizarlos, a simplificarlos, de tal forma que los descorelacionamos, para después manejarlos en forma tan independiente, que aparecen fuera de contexto. Esto es lo que ha pasado con el concepto actual de la ciencia, porque muchos científicos desvinculan la ciencia de su por qué y en el caso del médico su por qué es el hombre.

Las especialidades médicas, llevan al científico a ver solo una parte del todo, aparatos, tejidos, células, partes de la célula,

ecuaciones químicas, representación numérica...y se olvidan que todo ello es parte de un ser humano, que tiene una función en el mundo, alguien que ama y es amado.

Amar es servir, procurar el bien integral del otro, ejercer en él la beneficencia.

Algunos científicos se acercan a la medicina en un afán de conocer, de apropiarse de una realidad externa y llevarla a su interior. La obtención del conocimiento cambia al sujeto, porque el objeto aprehendido, enriquece su acervo, modifica su realidad interna. Quien conoce más tiene más, porque ha acrecentado su acervo de objetos de conocimiento⁴.

Conocer es desmenuzar, conocer es una forma de adueñarse, de manipular, de poseer al objeto, y muchas veces de tener un poder sobre lo que conocemos.

El proceso de aprehensión, de apropiación de una realidad externa a la realidad interna del sujeto, al ser manejada por la subjetividad se deforma, por supuesto que cuanto más realistas seamos, menos nos alejaremos de la realidad, pero nunca lo podremos hacer en forma tan perfecta que la lleguemos a conocer en todas sus dimensiones siendo ello mucho más aplicable en cuanto a que este conocimiento se refiere al hombre, un ser que por naturaleza "se hace" a sí mismo en el mundo⁵.

Conocer en cierta forma es poseer, por eso se tiene que tener un por qué y para qué del conocimiento, sobre todo en las ciencias de aplicación al hombre.

La Bioética nos refleja esta problemática, no basta conocer para tener derecho de aplicar, de utilizar.

El considerar al hombre al servicio de la ciencia es una de las problemáticas de la tec-

nología actual, porque se ha olvidado que aunque el conocimiento es un bien en sí, no basta para ser aplicado en el humano, porque solo debe aplicarse aquél que promueva la humanización de esta particular especie⁶.

La aplicación de las ciencias biológicas al hombre no puede ser semejante al de las otras especies animadas, en virtud de que el valor de la vida humana es específico y especial, porque esta relacionado sustantivamente con el valor del sujeto-persona, en cuanto a que el valor del hombre vivo se funda precisamente en que esta vivo, en que disfruta de esa disposición que es la vida; de igual forma la fundamentación del valor del cuerpo humano consiste en que el cuerpo humano no participa sino que posee el mismo valor de la persona que solo se pierde por la muerte, pues en el caso de la persona el cuerpo es consustancial a la esencia humana, la expresión pues se relaciona con que la dignidad del cuerpo humano es del viviente en cuanto a que esta dotado de un cuerpo vivo de la especie humana.

Vivimos la era de la ciencia, y esta es un poder que con demasiada frecuencia ocasiona abuso, discriminación y corrupción, por estar relacionada en la práctica con el ámbito político y económico, cuando la ciencia se relaciona al poder, deshumaniza a quien la posee, porque el hombre se vuelve medio de utilización de ese poder.

Las biotecnologías actuales hablan de esta problemática porque vinculan el poder científico con el económico y el político en forma tal, que los países que la poseen, tienen prácticamente el poder.

Si el poder se liga a las naciones, no es menos cierto que también se relaciona con la persona como individuo.

Un ejemplo cercano me viene a la memoria: un cirujano entra en la sala de operaciones, médico de elevado prestigio técnico, especializado en microcirugía; sin siquiera conocer al enfermo realiza su intervención, pues para él no existe el paciente, sino su patología. Cada intervención quirúrgica constituye para él un reto de poder, una prueba personal. Si la cirugía es un triunfo, sale del quirófano igual que como entró, sin saber siquiera el nombre del sujeto intervenido, solo escucha las frases de alabanza, de sus colegas, se ha cumplido un objetivo, demostrar a todos y así mismo su dominio de la tecnología.

Lo común para él es el éxito con el cual se siente realizado, pero, cuando en ocasiones el fracaso lo acompaña, la desolación va tras él, depresión personal, que no por la suerte del paciente, la pena es por él mismo; porque ese fracaso le recuerda que no es todopoderoso. Observado el acto médico por fuera de la subjetividad del cirujano nos parece adecuado, un médico que opera exitosamente a un paciente; pero si analizamos la intención del médico existe una gran diferencia. ¿Por qué lo opera?, ¿por el bien del paciente, o por su propio bien?, ¿por que él es un medio de realización del bien, o por la sensación de poder que cada acto le da?. Intenciones y fines de los actos humanos, ¿quién podrá juzgarlos sino uno mismo?

Sucede que cuando la técnica fracasa, este cirujano se siente impotente, y ante pacientes discapacitados o terminales, en los cuales él ya no puede ejercer su poder, lo embarga la sensación de desesperanza, y cada vez que ve al paciente, solo lo ve como recordatorio de su impotencia, quisiera que no existiera, no volver a verlo; por eso ya no vuelve a darle consulta y lo deja en manos del resi-

dente o de la enfermera, si bien solo pone algunas notas en su expediente, no quiere verlo, porque él le recuerda que su saber tiene límites y el ya estaba acostumbrado al triunfo. El poder es un fuerte acicate del ego. En la consideración subjetiva del miedo al fracaso se gesta en gran parte la postura eutanásica, que enmascarada por diferentes tipos de mecanismos de defensa psicológica, como el de transferencia, tiende a considerar a los pacientes irrecuperables como solicitantes de una muerte a veces ni siquiera sugerida por ellos, pero considerada necesaria por aquellos que sí sufren, como es el médico frustrado, aunque sufra por él mismo.

La petición de eutanasia habría que repensarla en función de quién es el que sufre, se habla de eutanasia para el paciente decorticado, del niño malformado, del enfermo mental en función de evitarles sufrimiento; pero ¿ellos son los que sufren?, muchas veces solo se sufre, en el sentido psicológico, si alguien hace sufrir, pues sin esta discriminación no se sufre; aquí la diferencia entre discapacitados amados y no amados, muchas veces quien sufre es quien no desea amar a las personas con carencias; básicamente porque la falta de perfección les mueve psicológicamente a considerar las propias; quien no resiste ver sufrir, es porque no resistiría su sufrimiento, quien no resiste ver morir, es porque ello le lleva a la reflexión de que también él es mortal, en este sentido la eutanasia ahorra sufrimiento, pero no al paciente, sino a quien no puede manejar estas circunstancias.

Conocer para ayudar, verdaderamente presenta un cambio en la acción personal, porque si nos damos cuenta que tratamos con personas, el acto médico se vuelve un medio para beneficiar al paciente.

Conocer lo que la persona es, nos vuelve a la reflexión del deber ser, pues al saber de las potencias humanas, nos damos cuenta de las actualizaciones que se presentan en el paciente, y cuáles le faltan por ejercer, moviéndonos entonces a ayudarlo a recuperar lo que por naturaleza le pertenece. Si no sabemos quién es la persona humana perderemos la visión de cuál sería su perfección. Quizás desde el punto de vista de las ciencias experimentales nos ha faltado el concepto de conocer para qué. Conocer es adueñarse del objeto, amar⁷ en cambio, y solo puede amarse a las personas, es acercarse al sujeto, sin más deseo que entenderlo, contemplarlo y ayudarlo a su perfección, porque se quiere por sí mismo, sin afán de manipulación ni transformación, porque se entiende la realidad de su ser.

La aplicación práctica de este concepto podemos ejemplificarla en la atención del paciente: cuando observo a una persona y comprendo su deber ser, al verla en imperfección, me aboco a tratar de darle perfección, conforme la observo más imperfecta, más me mueve la posibilidad de realizar su ser. Esta reflexión es base de la vocación beneficencia porque al ver el dolor, sufrimiento, alteración de una función en un paciente, y al reflexionar, aunque sea de forma inconsciente, que ello no le pertenece por naturaleza, sino que presenta una carencia, que no debería ser, nos mueve a darle lo que por naturaleza le compete, la ausencia de dolor, sufrimiento o impedimento físico.

A mayor carencia, más necesidad de beneficencia, a mayor carencia, el médico se siente más motivado a prestarle ayuda; a quien no ve, recuperarle la vista; a quien no razona, acercarle al razonamiento; a quien

tiene lesión de un órgano, a recuperar la integridad de la función, a quien no tiene nada más que la vida, a conservar la vida, en la mejor forma posible, sin dolor ni sufrimiento.

Ante los pacientes gravemente minusválidos, enfermos incurables, enfermos mentales, irrecuperables, esta visión nos llevara a considerar cualquier mejora como un paso que le corresponde por derecho.

Si tenemos claro el concepto de persona, y somos médicos no solo biólogos, sino integrales, personalistas, el paciente terminal nos moverá a la reflexión de los valores humanos, la persona en sí, por su misma presencia, se vuelve un valor, porque modifica su entorno, aunque se encuentre inconsciente y aunque no existan posibilidades de recuperación⁸.

El pensamiento eutanásico minimiza el valor de la vida y lleva a la persona a fungir según su utilidad económica o social, olvidando que una parte fundamental del porqué de la vida humana es su propia existencia, participando en un proceso de desarrollo humano, propio o ayudando a humanizar a los demás.

Es por eso que el conocer tiene que tener un por qué y un para qué, en los ámbitos de las ciencias humanas, porque el conocer y poder manipular al objeto conocido, nos hace sentir dueños de ese objeto, porque lo podemos cambiar, transformar, o quizás aniquilar...

Apartarse de las filosofías extrínsecas a la vocación médica es prioritario en la enseñanza de las ciencias con aplicación al hombre.

Las corrientes liberales procedentes del derecho, propugnan por la autonomía irrestricta, el sociobiologismo que parte de las

ciencias sociales consideran al grupo humano como especie y no al individuo como persona, el pragmatismo como reflexión de las ciencias económicas, a la utilidad del hombre, todas ellas aportan un punto de reflexión en el ser humano, pero no todas son propias de la medicina la cual tiene su propio ámbito, la salud integral del ser humano, los otros campos científicos tienen su propio objetivo, la especie como ser social, la productividad, los derechos, todo ello valioso, pero no campo de la medicina, no hay que olvidar que el acto médico se enfoca en la salud, y por ello en los actos prioritariamente terapéuticos.

El médico es un ser humano, igual que su paciente, la relación médico paciente es relación humana, y todo humano necesita amor de beneficencia, porque somos subsidiarios, siendo por ello una relación necesaria y enriquecedora.

La relación entre libertades puede ser, relación de amor, entrega en todos los campos del ser humano⁹, participando de esa forma en la cocreación de un mundo mejor. Quizás debamos cambiar el nombre de amor por otro sinónimo que nos sea más familiar, propongo "compromiso con el bien del otro, "compromiso de beneficencia", porque compromiso no significa solamente desear el bien, sino ayudar con actos a que así sea, a pesar del esfuerzo y de la inconveniencia que ello nos cause.

Solo en el compromiso de beneficencia se entiende la postura ante la dignidad de la muerte y la aceptación de esperar hasta el último momento a que la vida desaparezca de ese ser.

Aquilino Polaino¹⁰, hablando de la relación médico-paciente reflexiona: "si no se

puede curar, se debe ayudar, si no consolar y si no acompañar"... acompañar es lo que todos deseamos porque parte de la necesidad de aceptación, como lo señala Erik Erikson¹¹ las personas no sufren por ellas mismas, se les hace sufrir, un niño discapacitado o minusválido no sufre por ello, solo si los demás le niegan la aceptación, pues pierde la esperanza en ser acogido incondicionalmente. Todo médico ha observado la diferencia de actitudes y de pronóstico, entre personas discapacitadas amadas y no amadas. El amor es libre, y por ello debemos mover la voluntad en otorgarlo.

Quizás sueña extraño pedir que amemos a nuestros pacientes, quizás sea mejor decir, comprometámonos con su bien, y solo así podremos alcanzar la verdadera realización, del otro y de uno mismo.

El compromiso cambia a la persona, y cuando es recíproco cambia a ambos.

La relación médico-paciente es también una relación enseñanza- aprendizaje entre participantes, no solo por el actuar propio de la medicina, que pretende en el paciente participación activa para cuidar, mantener y promover su salud, así como en fomentar hábitos saludables de vida tanto en la población sana como enferma, sino en un aspecto más humano, en un intercambio de actitudes ante la vida.

Mediante el aprendizaje, una persona recibe experiencia y conocimiento acumulado por otras personas, a fin de que los utilice en su circunstancia vital. En el sentido nato, el aprendizaje comprende todas las actividades humanas que permiten, la comunicación fundamental de experiencia y sabiduría. Se trata de un fenómeno complejo en el cual se distinguen diversos niveles: uno, de raíces genéti-

cas, en el cual la experiencia resulta del instinto humano y que tiene un carácter claramente innato; la necesidad de cercanía humana, el otro, de la experiencia transmitida mediante el simple ejemplo y la instrucción constante e inmediata; como se da en la relación propiciada. En otro estadio, dicha transmisión de la experiencia se torna un bien social: cultura y civilización, y es la sociedad como ente organizado quien asume la tarea de preservar y transmitir ese conocimiento.

La relación médico paciente, dentro de un proceso enseñanza-aprendizaje comprende una compleja integración de factores emocionales, intelectuales y culturales.

La relación médico-paciente constituye un proceso, porque no puede ser dada por un hecho aislado y estático, sino por una continua actividad paralela a la vida misma.

Para realizar sus premisas primero se identifica el problema, se adquiere la información para solucionarlo y la comprensión del medio que lo rodea, así como la evaluación del resultado. Existe una conducta inicial y una conducta final, esto supone la adquisición de nuevas capacidades y conocimientos por sus integrantes.

En la relación médico-paciente el problema es la incógnita del hombre, como centro de inquietud intelectual y espiritual. No se trata solamente de habilidades prácticas o técnicas, sino de habilidades que en un sentido más amplio incluyen valores, criterios y una filosofía de vida y de acción.

Se intuye en la relación la necesidad de trascendencia del hombre y de sus valores, y en una u otra forma, la relación médico-paciente se vuelve parte del adiestramiento para la vida, para la comprensión y valorización de la misma.

La estructura de valores sociales, culturales, familiares y personales interactúan para que se de esta relación y son integrados en una dinámica familiar en un grado considerable los valores del individuo expresados en sus afectos, inclinaciones, autonomía y potencialidades. De esa compleja interacción de factores sociales, familiares y personales, derivan las aspiraciones y motivaciones del individuo y su propósito inicial. Pero también de esa misma estructura social surgen las limitaciones.

El médico en una primera instancia es consciente de su vocación y responsabilidad de educar al paciente, pero no repara en forma suficiente en que esta relación es recíproca y el médico también recibe enseñanzas del mismo paciente, de sus familiares y de sus compañeros de trabajo. ¿Qué tipo de enseñanzas?, esencialmente enseñanzas de actitudes de vida.

Aprendemos del paciente a valorar la salud, la integridad y la vida misma al observar su empeño por conservar estos valores; aprendemos de los familiares los esfuerzos, sacrificios y relación amorosa que brindan a sus seres queridos, aprendemos cómo se ama y cuánto se puede llegar a amar.

El médico a través del contacto humano con el dolor y la muerte realiza la autoconciencia de su finitud, se identifica con la posibilidad de su propio sufrimiento y aún cómo podría actuar él mismo, ante las realidades que no pueden aprenderse en la teoría, sino en la actitud práctica de quien se encuentra en una situación límite.

Quien sufre nos enseña siempre que existen alternativas para vivir el sufrimiento, y que hay formas distintas de enfrentarlo.

El esfuerzo personal y familiar de conservar la vida y la esperanza de recuperación es

admirable y comprensible, pero, ante la seguridad del encuentro con la realidad de la muerte el paciente y sus seres queridos nos brindan aún otra enseñanza más profunda, la certeza de que el hombre es más que la muerte¹²

Si bien el enfrentamiento a la muerte tiene un profundo significado educativo para quien la hace vivencial, también lo es para quien comparte esta vivencia, su realidad nos invita a buscar un significado a la existencia humana. La muerte nos hace semejantes.

Ninguna profesión como la de las Ciencias de la Salud tiene tal virtud de acercamiento a la persona, porque se vive y se ve vivir en el sufrimiento, dolor, esperanza, muerte y amor, nadie puede permanecer insensible ante estas realidades.

Ante el paciente terminal e irrecuperable el médico aprende, si aprovecha la enseñanza, a ser más humano, a valorar lo que aún él tiene, salud, integridad, vida...a acompañar y compartir el sufrimiento, del paciente y sus familiares, en fin, aprende a amar, porque amar es dar lo que el otro necesita, en esos momentos donde el saber humano palpa su límite nos queda la actuación de mayor calidad, la de vínculo hermano.

Quien dice que el paciente irrecuperable o en vida vegetativa persistente no tiene valor, no ha aprendido a aprender verdades más importantes que las científicas, ha perdido la oportunidad de reflexión en un conocimiento del que todos los que participamos utilizaremos antes o después para dar un sentido a nuestra existencia corpórea.

La relación entre médico y paciente es relación personal, cada quien enseña en determinado momento lo que posee, a veces

se requiere de la ciencia, pero siempre se intercambian actitudes y se aprende a ser humano.

Al final del proceso se pretende que el paciente haya formado hábitos saludables de vida o modificadores de su conducta de riesgo, egrese con un sentimiento de logro, con una conducta modificada y un propósito de seguimiento. Se enfrentará a la realidad y nuevamente los factores sociales, familiares y personales actuarán como factores de promoción o limitación; de la actitud del paciente dependerá que él mismo alcance una adecuada adaptación que derivará en congruencia profesional, cumplimiento de las expectativas y satisfacción personal correspondiente. También puede ocurrir que exista una desadaptación y que a pesar de su preparación, la abandone y reinicie sus factores de riesgo, pero en condiciones de insatisfacción y rendimiento limitado.

El conocimiento es el objeto básico y materia indispensable de cualquier forma de relación humana, que debe ser congruente con la realidad a que se enfrenta.

Lo anteriormente expuesto puede explicar por qué las crisis de valores afectan tan frontalmente la concepción de conceptos del médico y el paciente.

Bibliografía

- 1 Cfr. Cabrera Valverde Jorge Mario. La persona humana: fundamento de la bioética. Revista Medicina y Ética. 1995/1.p. 98
- 2 Cfr. Fromm Erik. ¿Tener o ser?. Fondo de Cultura Económica. México. 1980.
- 3 Cfr. Frankl Victor E. Teoría y terapia de las neurosis. Ed. José Ferrer. Buenos Aires. 1964.
- 4 Cfr. Hessen J. Teoría del conocimiento. Editores Unidos. 1996.
- 5 Cfr. Gutierrez Saenz Raúl. Historia de las doctrinas filosóficas. Heidegger. Ed. Esfinge. México. 1991. P. 202.
- 6 Cfr. Carrasco de Paula Ignacio. Dignidad y vida humana: dos conceptos fundamentales de la ética médica. Revista Medicina y Ética. 1996/1.p.50
- 7 Cfr. Melendo Tomás. Antropología de la sexualidad y del amor. Instituto de Ciencias para la Familia. Universidad de Navarra. Pamplona. España. 1991.
- 8 Gevaert Joseph. El problema del hombre. Ed. Sigueme. Salamanca. España. 1993. P. 72.
- 9 Cfr. León Correa Francisco Javier. Dignidad humana, libertad y bioética. Revista Medicina y Ética. 1995/1. P.
- 10 Polaino Llorente Aquilino. Conferencia "Relación Médico.paciente". Universidad Panamericana. México. 1997.
- 11 González Luis Jorge. Terapia para una sexualidad creativa. Ed. Castillo.México. 4°. 1989.
- 12 Op. cit. Cfr. Gevaert Joseph. P. 310