

## El enfermo y su situación vital

Dr. Julio Borges Iturriza

Individuo de Número

El avance tecnológico alcanzado por la medicina en las últimas décadas ha hecho que los aspectos éticos de la actividad médica, contrariamente a lo que algunos pudieran esperar, han recibido una atención creciente ya que, precisamente, el uso y abuso de los recursos técnicos determinan cambios en la praxis médica que obligan a replantear las relaciones entre la ética y la medicina. Indudablemente, la medicina científica ha logrado avances incuestionables en el diagnóstico y la terapéutica de muchas enfermedades; sin embargo, se ha repetido hasta el cansancio que la tendencia tan arraigada de estudiar “enfermedades” y no “enfermos” es reprochable, entre otras razones porque el problema que aqueja al paciente no está resuelto simplemente al etiquetar la enfermedad, no teniendo en cuenta que lo que el paciente realmente desea, consciente o inconscientemente es estar seguro que su condición particular ha sido comprendida, única manera de lograr una relación médico-paciente exitosa. Claude Bernard, representante a ultranza de la medicina científica ya lo había vislumbrado en pleno siglo XIX al afirmar: “el médico se ve con frecuencia obligado a tener en cuenta en sus tratamientos eso que llaman influencia de lo moral sobre lo físico y por consiguiente una multitud de consideraciones de tipo familiar o de posición social que nada tienen que ver con la ciencia” (1). En este sentido y como una contribución a un mejor conocimiento de la persona enferma, además del diagnóstico de la

enfermedad, considerada como un hecho biológico y de los aspectos emocionales presentes siempre en el enfermo, creemos que ubicar la persona en su situación vital contribuirá significativamente a entenderla mejor.

La noción de situación vital está relacionada con el concepto de “mundo” de los filósofos existencialistas, y se refiere, esencialmente, al conjunto de seres y cosas con los cuales la persona establece una relación significativa; ambas, el yo (la persona) y su mundo (la circunstancia que le tocó vivir) inseparablemente, constituyen la vida de todo hombre. La circunstancia está formada por muchas cosas: seres, creencias, objetos, recuerdos, etc. que ayudan u obstaculizan a la persona en su desenvolvimiento. En este sentido puede decirse que el estado de bienestar o malestar, la manera de enfrentar la vida, sus motivaciones y sus frustraciones, dependen de muchas cosas, la mayoría de las veces, difíciles de precisar: En palabras de Ortega: “Somos la persona que vive una vida particular y concreta con las cosas y entre las cosas... el hombre no tiene más remedio que hacerse cargo de la situación, esto es, de sus circunstancias” (2).

“La naturaleza de la situación”, al decir de Nicol (3), “depende del modo como yo estoy en o ante determinados acontecimientos y personas”. El mundo o la situación vital no es una colección de entes: lo que la define son las relaciones que se establecen entre ellos; enumerarlos aporta muy poco ya que cada uno de ellos adquiere significado cuando se considera en su relación con los otros.

Se vive, pues, permanentemente en una situación vital la cual es cambiante y dinámica, ya que nuestra

\*Presentado en la sesión de la Academia Nacional de Medicina del día 27 de marzo de 2003.

circunstancia, en cualquier momento puede modificarse, bien sea que varíen los elementos que la integran o bien sea que cambien las relaciones existentes entre ellos; estos cambios darán lugar a un “reacomodo” de la situación en su conjunto, para bien o para mal, que determinará un proceso de adaptación a las nuevas condiciones. El ejercicio de la medicina tiene su base en la relación médico-paciente; cada uno de ellos, el médico y el paciente, son personas que en forma conjunta, enfrentan un problema como es el de restituir la salud que se ha deteriorado; no es exacto decir que de este encuentro se origine una situación vital: en realidad, cada uno de ellos vive su propia situación la cual, ineludiblemente se modificará, al ingresar el otro, provocando cambios en las relaciones establecidas entre los elementos que configuran cada situación.

Es posible distinguir entre las situaciones vitales que podríamos denominar fundamentales de otras que denominaremos situaciones límites; las primeras forman nuestra vida cotidiana, dentro de su cauce transcurre nuestra vida. Las otras, las situaciones límites, son aquellas generalmente cambiantes y transitorias, en las que un acontecer de especial relevancia determina “que la vida cambie”, que nuestro devenir vital tome un rumbo distinto: puede ser una manera diferente de interpretar la realidad o de la llegada inesperada de un nuevo componente situacional como sería la irrupción de una enfermedad, que al modificar la fisiología del sujeto, cambia en forma transitoria o permanente, la situación vital como un todo. La enfermedad cambia la persona; en palabras de Weisacker “la enfermedad es un modo de ser del hombre” (1).

Al aparecer la enfermedad todo se transforma: el mundo de un hemipléjico es totalmente distinto al que tenía cuando gozaba de buena salud y sus motivaciones son otras. “La enfermedad le cambió la vida”, es la expresión popular que resume esta tragedia y pone en evidencia el hito que la enfermedad produce en la biografía de la persona.

Dependiendo del diagnóstico y del pronóstico, la enfermedad, de cierta manera, produce una situación vital distinta y los cambios son tan contundentes que pueden compararse a los que, en el ámbito social, ocurren en tiempos de guerra. A este respecto, es ilustrativo la descripción que hace Julián Marías de la situación que se vivió en tiempos de la guerra civil española (4); basta sustituir la palabra guerra por enfermedad para comprender la dramática situación. “.....la guerra es un estado, algo en que se

está. Se vive dentro de la guerra, en su ámbito. Las cosas se ordenan en otra perspectiva; el tiempo cambia de ritmo, emplazamiento, significación; pierden importancia muchas cosas, las adquieren otras; ciertas dimensiones de la vida humana, hasta entonces olvidadas, se ponen en primer plano, por ejemplo el valor; se altera el “umbral” de la inquietud, la inseguridad, el temor; surgen relaciones inesperadas, crueles o fraternales; los individuos dan la medida de sí mismos al estar expuestos a tensiones, tentaciones, peligros, esfuerzos; se conocen en dimensiones antes ignoradas”.

Sin conocer su situación vital difícilmente se podrá llegar a conocer, realmente, a una persona, y desde el punto de vista terapéutico, cualquier ayuda sería posiblemente ineficaz y hasta contraproducente si se dirige a la persona desarraigada de su mundo. Tratar de comprender a los pacientes en todas sus dimensiones es la obligación central del médico: no es lo mismo analizar las personas aisladamente que tomar en cuenta el respectivo mundo en el cual están insertas. Debería realizarse, para ello, un esfuerzo que en cierta forma sería como tratar de ver su mundo a través de sus propios ojos, e intentar conocer sus valores, sus motivaciones, el sentido de su vida, su visión de futuro, en una palabra, su proyecto de vida.

Una de las características relevantes de las situaciones vitales es su dimensión temporal. El existir implica la percepción del transcurrir del tiempo; sin embargo, la conciencia del paso del presente al futuro no siempre es igual y se agudiza en ciertas situaciones límites, como es el caso del hombre enfermo, cuando la finitud de la existencia se hace patente ante la amenaza de la muerte, que se siente cercana y el futuro se vuelve impredecible. Cosa bien distinta ocurre en condiciones normales, cuando anticipamos que el orden natural de las cosas va a mantenerse y confiamos que todo seguirá lo mismo que hasta ahora, y que los cambios que puedan ocurrir en el futuro son previsibles y dependerán, en buena parte, de nuestras decisiones. Cuando se produce una perturbación que nos desconcierta se origina una situación límite, en la cual la sorpresa y desazón, el no saber que hacer, caracterizan nuestro comportamiento. La idea de que el futuro es imprevisible es el origen de la angustia existencial consustancial de todo ser humano. Cuando aparece la enfermedad, la incertidumbre, el miedo a la muerte y el desconcierto producido por la nueva situación, provocan, de cierta

manera, un cataclismo que transforma la situación vivida hasta ese momento.

Existe otro concepto, que ya hemos asomado, ligado íntimamente a la noción de situación vital y es el de “proyecto vital”. La vida es un continuo hacerse; la vida de cada hombre es esencialmente un proyecto por hacer. La realidad de esta vocación íntima ya lo vislumbraba Aristóteles cuando afirmaba: “los hombres somos arqueros que buscan el blanco de sus vidas”. La inserción del individuo en su situación, limita, condiciona y hasta cierto punto determina su desenvolvimiento como ser humano. Este proceso de desenvolvimiento está orientado por el proyecto de vida, el cual, a largo de los años se va desarrollando. Tratar de realizarlo es el quehacer central de cualquier hombre; lograrlo, aunque sea parcialmente, es un componente esencial de la felicidad humana. La enfermedad, cuando es crónica determina limitaciones que provocan alteraciones en el proyecto vital y que obligan a modificarlo llegando, en casos extremos, a producir tal grado de incapacidad que da lugar a lo que se ha denominado la muerte biográfica de la persona.

Es oportuno y confiamos que provechoso, considerar las diferencias, como ha sido planteado por Tauber (5), en cuanto a significado, entre las palabras inglesas “*illness*” y “*disease*”. La primera podría traducirse por “dolencia” en el sentido que el paciente la percibe como algo molesto que lo perturba transitoriamente pero que no afecta, significativamente, su mundo ni su proyecto vital. *Disease* corresponde a “enfermedad”, algo que lo compromete como persona, que modifica su situación vital, que menoscaba su independencia, que trastorna su proyecto vital. Personalizándolo, podríamos decir que la irrupción de la enfermedad en mi vida se manifiesta primariamente como una restricción de mi mundo, el cual se vuelve más pequeño, más limitado. Probablemente, la inseguridad que genera la enfermedad es uno de sus efectos negativos más relevantes: sentirse dependiente, sentir disminuida su capacidad de decisión es, quizás, la minusvalía más dolorosa del hombre enfermo; reflexionar sobre estos aspectos nos parece interesante para comprenderlos mejor.

Cuando se hacen afirmaciones tales como: “El mayor beneficio para el enfermo ya no lo decide el médico sino que debe ser decidido por el enfermo y su familiar subrogado, en base a sus valores” (6), se sigue fielmente el “principio de autonomía” preconizado en los textos de bioética, pero se

simplifica y desvaloriza, lamentablemente, el papel del médico, el cual se reduce a comunicar al interesado, objetivamente, la información que, desde el punto de vista de la medicina científica, se juzgue necesaria para que tome la mejor decisión, pero dejando al paciente en su soledad. Esta actitud, que representa una tendencia bastante generalizada, promueve, aun sin proponérselo directamente, una deshumanización de la medicina: se considera que no es conveniente que el médico se aproxime emocionalmente al enfermo y sus problemas, sin tener en cuenta que el paciente, la mayoría de las veces, se siente solo y confuso, sometido a fuerzas extrañas que no comprende ni puede dominar. El paciente se hace más dependiente y tiende a centrar su vida en la enfermedad; en estas condiciones la actuación del médico, sus palabras, su actitud, pueden tener la fuerza necesaria para variar, quizás temporalmente, la vida del paciente y del grupo familiar.

Aun en condiciones normales tomar decisiones en forma totalmente autónoma, no es habitual; sumergido en el mundo que le tocó vivir, el sujeto busca ayuda, sugerencias orientadoras, que le permitan tomar la mejor decisión. Las tradiciones familiares, las experiencias previas, las creencias religiosas son relevantes en este proceso. Damasio (7) ha insistido que el razonamiento en que se fundamenta la toma de decisiones nunca es frío y objetivo sino que, al contrario, el componente emocional, inevitablemente, se mezcla con los elementos cognitivos, guiando, en cierto modo, el proceso y comunicándole la fuerza necesaria para que pueda ser llevado a realidad.

El médico no puede conformarse, simplemente, con diagnosticar la enfermedad: intentar conocer el proyecto vital y la situación en que se ubica la persona enferma, lo ayudará a dar la orientación más adecuada que haga posible adaptarse a la nueva situación promoviendo nuevas motivaciones, intereses y objetivos que implicará, en cierta forma, seguir viviendo pero “una vida distinta”.

Los familiares del paciente son parte de la situación a la cual el médico ha entrado a formar parte y muchas veces son ellos los que tienen que tomar las decisiones más importantes; el médico en todo momento, como parte de su función asistencial, deberá expresar claramente su opinión, sincera y de buena fe, para que sea considerada en el momento de tomar la decisión.

Cuando se enfoca la autonomía desde el punto de vista teórico, extrapolando principalmente los conceptos de Locke referidos al sujeto como ente político, es justo reconocer que el exagerado paternalismo no es aconsejable y que, por otra parte, es plausible reconocer que el paciente tiene todo el derecho de participar en las decisiones concernientes a su salud, respetando su dignidad como persona. Pero cuando consideramos al sujeto en concreto, en su condición de enfermo, el ideal de autonomía cambia y se humaniza, al tomar en cuenta su minusvalía. La más primaria experiencia de estar enfermo es precisamente la inseguridad en sí mismo y en este punto es oportuno citar de nuevo a Weizsacker: “La enfermedad, o más bien, el estar enfermo es un estado de necesidad que se manifiesta como petición de ayuda” (1). La finalidad del médico al incorporarse al mundo del paciente, es responder a la ayuda que el paciente solicita.

La entrada del médico modifica el mundo del paciente. La vida del hombre es por naturaleza problemática y se ha comparado, muchas veces a la condición del naufrago que trata de sobrevivir. Al ocurrir la enfermedad las dificultades aumentan y la inseguridad, connatural al hombre, se acentúa y el enfermo, en su nueva situación, establece con el médico relaciones que alivian su soledad existencial y le permiten afrontar en mejores condiciones su problema de salud. La actitud de dependencia la perciben muchas personas como parte de su enfermedad y la sensación de seguridad que pueden alcanzar, especialmente a través del médico, les confiere un bienestar positivo para el proceso de recuperación. El enfermo, al perder parcialmente su libertad, se vuelve especialmente vulnerable y su autoestima decae.

Al considerar la importancia que una decisión puede tener, no sólo para el tratamiento de la enfermedad como hecho biológico, sino para la vida del paciente como persona, es cuando se aprecia mejor la necesidad de una responsabilidad compartida entre el enfermo, el médico y los familiares.

El objetivo a alcanzar es entender, lo mejor posible, la problemática que afronta la persona enferma en su mundo, en su situación vital, o en otras palabras, tratar de entender el significado de la enfermedad en su vida con miras a lograr una acción terapéutica más eficaz. La percepción del transcurrir del tiempo es central en la vida del hombre enfermo. La vivencia del ahora y del después adquiere especial

relevancia: el futuro arrastra y en cierta forma condiciona el presente. El psicoanálisis nos ha acostumbrado a escudriñar el pasado buscando ayuda para intentar resolver los problemas que nos agobian en el presente; sin embargo, cuando se trata de buscar soluciones en situaciones críticas como es la enfermedad, la temporalidad se invierte: es el futuro el que domina y el que da, realmente, sentido a la vida. Cuando se adopta una visión prospectiva, y se procura modificar y adaptar las motivaciones y los objetivos teniendo en cuenta la situación inédita, se logrará una acción terapéutica más eficaz que permita conformar un proyecto de vida más ajustado a la realidad y al mismo tiempo más gratificante para la persona. La llamada psicología existencial promovida entre otros por Rollo May (8) señala, como hecho importante a tener en cuenta, la discrepancia que existe entre las aspiraciones humanas y las limitaciones humanas que se evidencian al considerar lo que el ser humano es, lo que le gustaría ser y lo que, realmente, podría llegar a ser. Siguiendo estas ideas, esta escuela preconiza, como guía terapéutica, el desarrollo de la potencialidad de la persona, partiendo del conocimiento de la situación presente; en otras palabras, centrar todo el esfuerzo terapéutico en que la persona pueda lograr, hasta donde sea posible, la realización de un proyecto de vida satisfactorio.

No creemos que estos planteamientos sean realmente novedosos; hemos pretendido, si es posible así decirlo, teorizar, es decir, poner en palabras, lo que es una realidad para todo médico que haya ejercido responsablemente su labor terapéutica. Desearíamos, para terminar, presentar una propuesta del Alfred Tauber (5) que compartimos plenamente según la cual, se considera a la actividad médica, concretada en la relación médico-paciente, primariamente, como de naturaleza ética, de tal manera que el aspecto humanístico no sería un apéndice de la medicina “científica” sino que, por el contrario, constituye su fundamento. Este enfoque tampoco es nuevo; hace muchos años Aristóteles, en su *Moral a Nicómaco* (9) afirmaba que es posible llegar a ser un magnífico matemático o un excelente geómetra sin que le fuera necesario poseer la mínima cualidad moral, pero que “cualquier acción humana que tenga por objeto la perfectibilidad del hombre, como es el caso de la medicina, tiene un componente moral ineludible”.

## REFERENCIAS

1. Entralgo LP. El diagnóstico médico. Barcelona, (España): Salvat Editores SA; 1952.
2. Ortega y Gasset J. Obras Completas. Tomo II. Madrid: Editorial Revista de Occidente, 1961.
3. Nicol E. Psicología de las situaciones vitales. México: Fondo de Cultura Económica; 1941.
4. Marías J. Ser Español. Madrid: Editorial Planeta; 2000.
5. Tauber AI. Confessions on a Medicine Man. A Bradford Book. Londres: The MIT Press; 1999.
6. d'Empaire G, d'Empaire ME, Encinoso J. Limitación de medidas terapéuticas en los pacientes críticos. Gac Méd de Caracas 2002;110(1):92-109.
7. Damasio A. Decartes' Error. Nueva York: Putnam's Sons; 1994.
8. Maslow AH. What's in it for us? En: Rollo M, editor. Existential psychology. Nueva York: Random House; 1969.p.49-57.
9. Aristóteles. Moral a Nicómaco. Madrid: Espasa Calpe; 1972.

...continuación de la pág. 111.

Lamentablemente, más por ignorancia que por mala fe, se ha desatado una tempestad absurda en torno a la clonación terapéutica que ciertamente es distinta de la clonación reproductiva. Clonar para generar tejidos útiles, para hacer crecer nuevos vasos sanguíneos en un corazón afectado, para crear órganos que puedan reemplazar a los que están dañados, debe ser permisible y su desarrollo debe alentarse, no inhibirse. La ciencia es nuestra aliada no nuestra adversaria. Por supuesto, habrá que seguir afinando los aspectos éticos y legales que nos permitan tener un marco adecuado para la operación correcta de estos desarrollos.

Por otro lado, los nuevos fármacos provenientes del estudio cada vez más sistematizado de los 40 mil genes o de los millones de proteínas que de ellos se derivan, empiezan a mostrar ya sus beneficios extraordinarios. No hay duda, se trata de fármacos más seguros, más poderosos, más selectivos y también más costosos. Esto último es un problema serio.

Los altos costos de todos estos avances constituyen una barrera que amenaza con acentuar todavía más las diferencias entre los países ricos que ya tienen acceso a ellos, y los países pobres. México no puede quedarse al margen de esta revolución biomédica.

En el contexto de la globalización en la que estamos inmersos, debe encontrarse la manera de que los países más poderosos y los organismos

financieros internacionales, que son los que definen en buena medida la agenda económica mundial, establezcan también una agenda social, con compromisos explícitos para que la ciencia pueda contribuir a abatir las desigualdades que se han acentuado en los últimos años. Pero es igualmente importante que, a pesar de nuestras limitaciones económicas, no vacilemos en seguir impulsando el desarrollo de estos proyectos en nuestro país. Hay un compromiso de la Secretaría de Salud, del CONACyT, de la Universidad Nacional y de otras instituciones públicas y privadas para crear un Centro de Medicina Genómica. Frenar este proyecto aduciendo razones económicas sería un grave error, cuyo costo —mucho más elevado— habrán de pagar las próximas generaciones de mexicanos. La medicina nunca más podrá ignorar a la biología molecular o quedará sepultada para siempre en el atraso.

Al lado de estos desarrollos tan trascendentes, hay que mencionar, así sea brevemente, otro avance importantísimo: la consolidación científica de la medicina preventiva, que implica no sólo la vacunación, en la que México ha sido desde hace varios años uno de los países que tiene mayor y mejor cobertura de vacunación infantil en el mundo, materia en la que habrá que profundizar para ampliar los esquemas vigentes y beneficiar también a la po-

*Continúa en la pág. 126 ...*