

La clínica y el médico general

Horacio Jinich*

Resumen

La misión del clínico consiste – en palabras simples de Gonzalo Castañeda – en “conocer, hacer el bien y ganar el pan”. La importancia respectiva que prestan los clínicos a cada una de estas tres actividades es variable, pero aún aquellos que le dan importancia máxima a la tercera, no pueden lograr esa meta sin realizar las otras dos. El conocimiento se obtiene estudiando “toda la vida”. Un estudio debe efectuarse de manera crítica, “separando el trigo de la paja”. Hay que saber estudiar. Conocer al paciente exige meticulosa recolección de síntomas, signos y datos de laboratorio y gabinete, y reconocimiento de la asombrosa discrepancia que suele haber entre las observaciones hechas por diferentes personas y aún por la misma persona en diferentes tiempos. Asimismo, exige conciencia de la sensibilidad, especificidad y valor de predicción positivo y negativo de los síntomas, signos y datos para-clínicos. La clínica es un arte científico que pone a prueba la capacidad de razonar y de aplicar atinadas estrategias diagnósticas, entre las cuales destaca la hipotética-deductiva. Conocer la enfermedad que sufre el paciente no basta; es indispensable conocer a la persona que sufre la enfermedad. En clínica no hay enfermedades sino enfermos. Ante el paciente, el concepto biológico-lesional debe ser sustituido por el concepto bio-psico-social. El objetivo fundamental del clínico es “sanar”, curar, aliviar. Para ello, cuenta ahora, gracias a los avances espectaculares de la Medicina, con innumerables recursos dotados de formidable potencia diagnóstica y terapéutica pero, también, de peligroso potencial de causar daño. El viejo aforismo hipocrático: primum non nocere no debe olvidarse, como tampoco debe dejar de tomarse en cuenta la imprescindible necesidad de que el clínico haga una medicina basada en evidencias firmes, dejando en muy segundo plano el empirismo y la opinión de “autoridades”. Un aspecto fundamental del hacer del clínico consiste en el cultivo de una relación médico-paciente sólida y cálida.

Palabras clave: Médico general, clínica, enfermedad, relación médico-paciente.

Summary

The clinician's activity consists of in the simple words of Dr. Gonzalo Castañeda “knowledge, good deeds and bread winning”. The respective value that clinicians grant to each of these, is variable, but even those whose priority is the latter of the three are obliged to accomplish the other two. Knowledge requires continuous medical education. Effective education requires the ability to separate the “wheat from the chaff”. It is important to know how to study. Knowing the patient requires careful collection of symptoms, signs, and paraclinical data, as well as awareness of the sensitivity, specificity, and positive and negative predictive value of the data, but acknowledgment of the important discrepancies that occur among different observers as well as in the same observer at different times should not be disregarded.. Clinical medicine is a scientific art that challenges the reasoning and decision-making abilities of the practitioner, who must apply various diagnostic strategies, the hypothetic-deductive strategy usually being the most important of all. Knowing the disease that the patient bears is not enough: it is equally important to know the patient who bears the disease. In clinical medicine there are no diseases, only diseased people. The biological approach to the patient must be substituted by a bio-psycho-social one. The clinician's main objective– to heal, has become enormously facilitated by the dramatic progress of modern scientific medicine, which has provided the physician with powerful but dangerous tools. The old Hippocratic aphorism, primum non nocere, should never be forgotten. Equally essential for the clinician is application of evidence-based knowledge applied to diagnostic and therapeutic measures; there should be no room for past attitudes that were supported by empires and the advice of “authorities”. A solid and warm patient-physician relationship is a tremendously important aspect of the healer's behavior.

Key words: General physician, clinic, physicians, physician-patient relationship.

* Academia Nacional de Medicina, Miembro Titular. Universidad Nacional Autónoma de México, Profesor. Universidad de California, San Diego. 2004, Profesor.

Correspondencia y solicitud de sobretiros: Hospital ABC. Torre de consultorios 5to. Piso, consultorio 511. Sur 136. Col. Las Américas C.P.01120, México, D.F.

Introducción

La medicina antigua era una actividad muy simple: era lo que una persona: brujo, sacerdote, shaman, médico, hacía a la persona que acudía a él o ella en demanda de ayuda para curar o aliviar un malestar que sentía en su cuerpo. Ese hacer es lo que llamaré *clínica* en este trabajo. Eso es lo que hacían los sacerdotes y médicos sumerios, caldeos, egipcios y griegos. Eso es lo que hacían Hipócrates y los miembros de su escuela, en el siglo V antes de la era cristiana, y es lo que hacían Galeno, Paracelso, Sydenham, Morgagni, Boerhaave, Skoda, Laennec, Osler, Marañón, Miguel Jiménez, Raoul Fournier, Gonzalo Castañeda y miles y miles de médicos en todos los tiempos y en todos los lugares de la Tierra.¹

La actividad médica se ha vuelto progresivamente más compleja y se ha ramificado en numerosas acciones cada vez más alejadas de la acepción original de la palabra, la cual muy pronto después de haber sido acuñada, se ha de haber escapado de su significado etimológico primario: *kliné*: cama. Hay numerosas personas que se dedican a la Medicina pero no son clínicos. No me referiré a ellos y ellas en este trabajo. Ellos y ellas se dedican a muchas cosas que tienen que ver con la Medicina y que, directa o indirectamente, facilitan e incrementan fenomenalmente la actividad del clínico, pero la actividad de éste es la principal razón de ser de las actividades de todos los demás.

¿En qué consiste la clínica o, en otras palabras, en qué consiste el hacer del clínico? Gonzalo Castañeda dice que se dedica a *conocer*, a *hacer el bien* y a *ganar el pan*.² Tiene razón. La importancia respectiva que dan los clínicos a cada una de estas tres actividades es variable, pero aún aquéllos que le dan importancia máxima a la tercera, no pueden lograr esa meta si no realizan las otras dos.

Conocer

Para conocer, el clínico estudia. Estudia mucho y sin cesar. Estudia durante toda su vida de médico porque ya Hipócrates decía que la vida es corta y el arte es largo, y ahora sabemos que, pasados unos cuantos años, mucho de lo que el clínico sabe deja de ser verdadero.

El clínico aprende de los libros, de los cuales absorbe la sabiduría y experiencia que le han legado los médicos del pasado y del presente. En grado creciente, aprende de las revistas médicas y, para que esa lectura sea provechosa, tiene que saber cómo leerlas y, para ello, nada mejor que estudiar la serie de artículos sobre este importantísimo asunto, traducidos al español y publicados por la Revista de Investigación Clínica.³

De esa manera, se vuelve consciente de por qué es importante que se mantenga al corriente del progreso de la medicina, leyendo los artículos médicos, y de cómo empezar a leerlos en forma crítica, separando “el trigo de la paja”, de manera que su destreza clínica mejore—y no empeore—con la información sobre innovaciones diagnósticas, pronósticas y terapéuticas. De esa manera obtiene guías importantes para leer o descartar toda información sobre pruebas diagnósticas, para conocer el curso clínico y pronóstico de la enfermedad, para establecer etiología o causalidad y para distinguir entre tratamientos útiles e inútiles e incluso perjudiciales. Cada clínico estudia en los libros y revistas a su manera. En mi experiencia, la mejor manera de hacerlo es apuntando cada duda, cada problema, cada cuestión que surge en el curso del enfrentamiento cotidiano a la problemática del paciente, con objeto de buscar la información correspondiente a la mayor brevedad posible; de esta manera, la necesidad, el hambre, la urgencia por saber, ayudan a que el nuevo conocimiento se asiente profundamente en la memoria, enriqueciendo ese invaluable tesoro del médico: la experiencia.

El clínico aprende de sus maestros y de sus colegas, y aprende mucho de las personas que acuden en busca de su auxilio, personas a quienes llamamos pacientes, no por poseer siempre la virtud de la paciencia sino porque sufren, y sufrir en latín, se dice *patis*. Y el clínico aprende también de sus discípulos, y esa es una de las glorias de su profesión: recibir y dar, dar y recibir. De esta manera aprende, al conocer la estructura y las funciones del ser humano, tanto sano como enfermo, en todos sus niveles, desde el macroscópico hasta el microscópico y molecular. Y aprende a utilizar una gran variedad de recursos para ayudar, en la medida de lo posible, a que el ser humano que sufre, el paciente, recupera su salud, prolongue su vida, tenga mejor calidad de vida, funcione mejor en la familia y la comunidad. Para lograrlo, tiene que conocer al paciente y entenderlo.

Conocer al paciente requiere la capacidad de elaborar un diagnóstico, el cual principia por la recolección de sus síntomas y signos, que logra mediante la entrevista y las observaciones proporcionadas por los sentidos, y se complementa gracias al auxilio de los datos obtenidos por exámenes de laboratorio y gabinete, que solemos llamar “para-clínicos”. Ahora sabemos que la recolección de los síntomas y signos es mucho más difícil de lo que creíamos, que exige la máxima meticulosidad y precisión de parte del clínico, y que aún así, el grado de discrepancia que ocurre entre observadores, por expertos que sean, es asombroso y digno de ser tomado muy seriamente en cuenta. Sabemos también, que es imprescindible que el clínico conozca y maneje con soltura los conceptos de sensibilidad, especificidad y valor de predicción de los síntomas, signos y datos de laboratorio y gabinete.⁴⁻⁷

El razonamiento clínico

A esta etapa sigue la siguiente, que se ha denominado “el razonamiento clínico”. Son varios los métodos que puede utilizar para llegar al diagnóstico. En nuestro medio, este tema ha sido estudiado con profundidad por Lifshitz y sus colaboradores.⁸⁻¹⁰ Distingue Lifshitz una serie de estrategias diagnósticas: por analogía, exhaustiva, secuencial, hipotético-deductiva, bayesiana, por exclusión, por observación de la eficacia de una terapéutica, y decisional. Cada una de estas estrategias tiene sus virtudes y defectos, siendo la mejor la hipotético-deductiva, pero el clínico debe saber elegir la más apropiada según el problema diagnóstico a que se enfrente y según el grado de experiencia y madurez profesional que haya alcanzado. Por ejemplo, es por analogía que reconoce y diagnostica muy diversas enfermedades de la piel; sospecha que su paciente tiene angina de pecho cuando obtiene por interrogatorio el síntoma típico de esta enfermedad; diagnostica la presencia de un bocio con hipertiroidismo; etc. La estrategia exhaustiva o sistemática, que es la que se enseña a los estudiantes de medicina, a quienes se les recomienda recoger todos los datos clínicos del paciente, considerarlos todos y tener presente todas las posibilidades diagnósticas, ha sido criticada por ser extremadamente dispendiosa, pero no hay duda que es valiosa para el médico novel, que aprende de esa manera a ser disciplinado, metódico y meticuloso en el interrogatorio y exploración física del paciente, y tiene la ventaja, nada despreciable, de que contribuye a disminuir el riesgo de fracasar en el diagnóstico como resultado de un interrogatorio y exploración física incompletos o mal practicados. Hay circunstancias en las que el clínico se sirve de un algoritmo, para orientarse en el diagnóstico diferencial de su paciente. La estrategia hipotético-deductiva, como hemos dicho, es la forma de proceder predominante cuando el médico llega a alcanzar la categoría de clínico experto; es así porque se caracteriza por un proceder que se acerca al del investigador científico: al recoger un conjunto de datos obtenidos por anamnesis, el clínico formula automáticamente un reducido número de posibilidades diagnósticas las cuales, mediante atinadas preguntas adicionales, intencionada exploración de datos físicos, y ayuda de los procedimientos paraclínicos, suele conducir, con elegancia y tino, al diagnóstico. En ocasiones, el clínico se enfrenta a situaciones en las que se ve obligado a hacer el diagnóstico por exclusión, por ejemplo, cuando el enfermo ha expulsado sangre fresca por el ano, en días pasados, no se le encuentran lesiones anorrectales, ni alteraciones patológicas en el colon, excepción hecha de diverticulosis, y concluye que debe haber hemorragia por alguno de los divertículos. A veces, utiliza la estrategia “bayesiana” o estadística, la cual puede ser complicada matemáticamente

pero que también la aplicamos los clínicos de manera sencilla cuando, por ejemplo, diagnosticamos influenza o cólera en enfermos, al encontrarnos en plena epidemia causada por uno u otro de esos agentes. Otras veces el diagnóstico lo obtiene el clínico mediante la observación de la eficacia de una prueba terapéutica; así, ante la persona que se queja de dolor retroesternal, que puede ser de origen coronario o por esofagitis ácido-péptica, la respuesta terapéutica positiva a la administración de un medicamento antiácido potente inclina el diagnóstico a esta segunda opción. Finalmente, en ocasiones el problema no estriba en saber lo que tiene el enfermo sino en decidir sobre qué es lo que se tiene que hacer; el ejemplo más común es el del paciente que presenta un síndrome abdominal agudo y se practica la laparotomía exploradora si se considera la posibilidad de que tenga una trombosis mesentérica.

El conocimiento de la persona enferma

La buena clínica exige el *conocimiento de la persona enferma*. Esta exigencia se aplica a todo médico que se dedica a atender pacientes, pero es particularmente importante en el que se dedica a la medicina general. Al médico general corresponde esta obligación, la cual es, al mismo tiempo, uno de sus mayores privilegios, una de sus mayores fuentes de satisfacción personal, y una de sus más poderosas armas terapéuticas. Esto quiere decir que es necesario que conozca a la *persona enferma* y no sólo a la *enfermedad*, entendida ésta como alteración anatomopatológica, fisiopatológica o molecular. Otra manera de decir lo mismo es que debe conocer el *padeecer*, es decir, a la *persona enferma, considerada como entidad bio-psico-social*. En otras palabras, hay que conocer al ser humano que se encuentra detrás de los síntomas, signos y alteraciones de laboratorio y gabinete; el hombre o mujer que parece estar desapareciendo de la escena en estos tiempos modernos de predominio aplastante de la tecnología, así como del burocratismo y la mercantilización de la medicina.^{11,12} El clínico no olvida nunca que, aún en el enfermo que presenta una enfermedad orgánica evidente, participan elementos psicológicos que importa conocer y entender. Que *el paciente no es idéntico a la enfermedad*. Que no es un simple “caso”. El paciente es un individuo de carne y hueso, mente y alma. Es una persona portadora de una herencia genética, de una herencia cultural y de una biografía que son únicas, que nunca pueden ser idénticas a las de cualquier otra persona. Es un ser con sus propios problemas, aspiraciones, metas, sueños, fantasías, conflictos y temores y, cuando sufre, sus sufrimientos llevan la marca de todo eso. ¿Cómo reacciona esa persona cuando se siente enferma? ¿Qué piensa, qué imagina, qué teme,

qué hace? ¿A quién acude en demanda de ayuda y qué espera, qué pide, qué lenguaje utiliza para comunicar su sufrir, cuál es su discurso? Quizá experimente honda frustración al ver interrumpidos sus planes, desbaratados sus proyectos. Posiblemente sentirá miedo, sensación de peligro, angustia. ¿Pensará acaso que sufre como castigo de pecados reales o imaginarios, o porque le han echado “mal de ojo”, o se trata de una venganza o maldición inexplicable? Quizá su optimismo innato haya sufrido un rudo sacudimiento ante la evidencia de la fragilidad de la vida, del carácter transitorio de la existencia humana y la cruel matemática que la gobierna. Quizá sienta vergüenza y humillación ante la derrota de su narcisismo. Acaso aprovechará su enfermedad, real, imaginada o simulada, como excusa, pretexto, justificación de algún fracaso, o recurso para lograr atención, amor, compasión? ¿Será posible que sus síntomas sean una forma de lenguaje visceral, una sustitución del lenguaje oral, que el clínico tendrá que descifrar? ¿Una desesperada petición de ayuda?

Si todo esto acompaña a la enfermedad “real”, imprimiéndole un carácter distintivo, un colorido especial, una rúbrica, ¿qué decir del enorme por ciento de pacientes que acuden a la consulta del clínico, especialmente el médico general, en quienes no logra identificar una enfermedad “orgánica”, a pesar de todos los esfuerzos de la clínica y los procedimientos para-clínicos de diagnóstico? Se acepta que en esos pacientes, los síntomas suelen ser la consecuencia de situaciones estresantes, de conflictos emocionales de variada índole, y de sufrimientos psicológicos: depresión, ansiedad, etc.

El clínico intenta esclarecer la relación que puede haber entre todos esos factores, que llamamos *psico-sociales*, y los síntomas de su paciente. La tarea parece ser formidable y sobrepasar las posibilidades prácticas del médico general, sometido como está a enormes presiones de tiempo y a serias limitaciones en su educación psiquiátrica. Pero la tarea habitual sólo requiere del médico cualidades y disposiciones indispensables: sensibilidad, interés por conocer y entender al paciente en tanto persona, calidez y empatía. La importancia diagnóstica y terapéutica de esta tarea se discute más adelante.

El tratamiento

Todo lo anterior tiene un objetivo primario: el tratamiento, la serie de medidas que se emplearán para intentar restablecer lo más posible la salud del paciente. Pues bien, para aplicarlas eficazmente el clínico toma en cuenta que las decisiones terapéuticas tienen que ser atinadas y que, para lograrlo, tiene que actuar aplicando información digna de crédito, gracias a que está basada

en evidencias. Las evidencias son los resultados de estudios llevados a cabo sobre la utilidad, indicaciones y riesgos de los diferentes recursos terapéuticos, utilizando la metodología de la investigación científica. Gracias a los progresos de los métodos de comunicación, esta información ya está disponible para el clínico, por alejado que se encuentre de las ciudades importantes del país. La sabiduría para distinguir entre tratamientos útiles e inútiles o incluso perjudiciales no debe sustentarse sólo en la experiencia personal, ni en las opiniones expresadas en libros, revistas y consejos de colegas y maestros respetados. Todas ellas deben tomarse con cautela. Constantemente aparecen artículos en revistas médicas que indican resultados favorables obtenidos con nuevos medicamentos y otros procedimientos terapéuticos. Pero la experiencia nos ha enseñado que muchas veces dichas afirmaciones no se comprueban más adelante, y no son pocos los medicamentos y otros procedimientos terapéuticos que eventualmente se comprueba que son inútiles y hasta nocivos. De ahí la necesidad absoluta de que las conclusiones de las investigaciones estén respaldadas por evidencias sólidas, las cuales sólo pueden lograrse si se hace una randomización correcta de los pacientes que reciben y los que no reciben la prueba terapéutica que se está ensayando. La única excepción a esta regla es cuando un nuevo tratamiento cambia radicalmente el pronóstico fatal de una enfermedad (como ocurrió, por ejemplo, cuando se aplicó la insulina a la cetoacidosis diabética). Volvemos a recomendar la lectura cuidadosa de la serie de artículos publicados en la revista de Investigación Clínica.

La relación médico-paciente

El clínico está enterado de la presencia de un elemento fundamental, que nunca debe despreciarse, en su *praxis*: la relación médico-paciente. Complemento a veces de la terapéutica farmacológica, a menudo es, en sí, el arma terapéutica fundamental. De ella nacen la confianza, la fe, la esperanza, la empatía, sin las cuales la clínica pierde un elemento esencial: el *humanismo*.

¿La relación médico-paciente es importante en el diagnóstico? No parece ser así, si como diagnóstico entendemos exclusivamente el nombre que se da a la *enfermedad*, entendida como lesión anatómica o bioquímica, pero es indispensable si lo que se pretende es diagnosticar al enfermo, a su padecimiento, a su *padecer*. El diagnóstico del enfermo no es completo si no incluye los elementos adquiridos a través de la relación médico-paciente, porque solamente a través de ella lo conocemos y lo entendemos. William Osler (1849-1919), uno de los más eminentes médicos anglosajones, decía: “Es más importante conocer a la persona que tiene la

enfermedad, que conocer la enfermedad que tiene la persona". Raoul Fournier (1900-1984), gran médico y humanista mexicano, comentaba: "Cada vez sé menos acerca de las enfermedades, pero sé más acerca de los enfermos" y proclamaba la necesidad de recordar los aforismos de Hipócrates y crear una "medicina Neo-Hipocrática". Gregorio Marañón (1887-1960), eminente médico y polígrafo español, afirmaba que "la historia de cada enfermo debiera ser no sólo clínica, sino biográfica" y se lamentaba de que lo que los viejos clínicos afirmaban una y otra vez: "No hay enfermedades, sino enfermos" no tenía el valor de una realidad sino sólo de una profecía". ¡Cuánta verdad encierran todas estas frases! Porque si restringimos nuestra atención al conjunto de síntomas, signos y datos de laboratorio y gabinete de un paciente, y si ignoramos su cultura, sus esquemas mentales, sus dudas, sus temores, ansiedades e ideas, desconocemos al enfermo, no entendemos al enfermo, despreciamos lo que interesa al enfermo: su sufrimiento, y extraemos lo que nos interesa como afiliados al paradigma biológico-lesional de la medicina y reducimos el diagnóstico a un nombre, una etiqueta, una abstracción. En palabras de Leonardo Viniegra: "La medicina contemporánea propicia una distorsión sistemática de la mirada del médico con respecto a lo que es el hombre".¹³ Es solamente la genuina relación médico-paciente la que es capaz de generar la atmósfera de confianza, de fe, de comprensión, de respeto, que permite al paciente revelar sus más íntimos pensamientos y sentimientos, cuyo conocimiento puede aportar la clave del diagnóstico. Más aún, en ocasiones, hay que ir más allá: hasta ese aspecto de la relación médico-paciente que ha recibido los nombres de "empatía",^{14,15} "relación yo-tú"¹⁶ o "dimensión transpersonal".¹⁷ No es posible subestimar su valor diagnóstico y terapéutico. Es esa relación la que permite, no sólo entender al paciente, sino *sentir lo que está sintiendo*. Y es ésta una dimensión del diagnóstico que, evidentemente, llega más allá, pues es más profunda, que la pura comprensión. Aquella es emocional, ésta es intelectual. Cuando se llega al nivel de la empatía, el diagnóstico es, a la vez, más genuino y, paradójicamente, ya no es posible ponerle un nombre, una etiqueta. Se cumple entonces la frase profunda de Paul Valéry: "*Voir vraiment une chose c'est oublier son nom*"; "ver en verdad una cosa es olvidar su nombre".

Pero ¿es posible aceptar la empatía como una técnica científica legítima? Solamente si se combina con la actitud crítica que esta última exige. Solamente si el médico puede alternar, una y otra vez, entre un involucrarse subjetivamente y un desprenderse objetivamente, manteniéndose en una posición de ecuanimidad.

Que esto, que pudiésemos llamar "comprensión unida a empatía" es fundamental en la medicina psicológica, está fuera de toda duda pero, ¿importa en el resto de la

medicina? Quizás no siempre, pero sí muchas veces, si se considera el hecho de la importante participación del estrés psicológico en la labilidad y la defensa del organismo humano frente a los factores agresivos que amenazan su salud.

¿Importa la relación médico-paciente para el tratamiento? La respuesta parece tan obvia, tan fuera de toda duda, que quizás fuese superfluo tratar de demostrarla. ¿De qué otra manera explicar la ubicuidad y potencia del efecto placebo y el poder de la sugestión? ¿Acaso es necesario recordar que, para el que sufre, el médico es, todavía ahora, no solamente el experto sino el mago, el brujo, el sacerdote, el que con su prestigio, fama, carisma, con su sola presencia, su voz y sus manos, está investido del poder sagrado de aliviar y curar y, simbólicamente, de perdonar o condenar? En una sociedad cada vez más violenta y deshumanizada, ¿no es, a menudo, el único que escucha, que apoya, que no se burla ni condena, el único que intenta comprender, el hermano, el amigo, el padre? ¿Cuál es el mecanismo de su poder de aliviar? Habría que preguntar por qué tienen virtudes curativas el abrazo de la madre, la amistad, el amor, el interés, el trabajo, el apoyo social, la fe y el idealismo. ¿Por qué se exponen a enfermarse los que carecen de ello? ¿Por qué están predispuestos a la enfermedad y la muerte los que pierden un ser querido, un empleo, una posición social o económica, o cualquier otro objeto psíquico valioso? Los hechos son indudables, las explicaciones ¿permanecen en el terreno de las hipótesis? En el siglo XXI, el siglo del triunfo de la ciencia y la tecnología y la aparente derrota de todo lo que no pertenece a esos dominios, ¿desaparecerá del *armamentarium* terapéutico la relación médico-paciente por falta de un fundamento científico que la sustente?

La respuesta es un rotundo NO.¹⁸ El fundamento científico ya existe: consiste en los hallazgos de la investigación científica alcanzados en el curso de los últimos veinte años, que han permitido identificar en el organismo humano entre sesenta y setenta péptidos, moléculas dotadas de la propiedad novedosa de actuar como mensajeras encargadas de conectar entre sí, en una verdadera red, a las células del organismo, especialmente las neuronas, las células endocrinas y las de la inmunidad. Este dramático descubrimiento científico hace que desaparezca la noción tradicional de la existencia relativamente independiente de tres sistemas: un *sistema nervioso*, asiento de la memoria, el pensamiento y las emociones; un *sistema endocrino*, encargado de controlar e integrar varias funciones del cuerpo; y un *sistema inmune*, responsable de la defensa del cuerpo, de su integridad, de la reparación de las heridas y los tejidos. Los péptidos, al conectar las células inmunes, glandulares y cerebrales, forman una auténtica red psicosomática que abarca al organismo en su totalidad. Su papel es

crucial coordinando las actividades del sistema inmune y conectándolo e integrándolo con las funciones mentales, emocionales y biológicas. Ciertas hormonas, que se suponía que eran secretadas exclusivamente por las glándulas endocrinas, son péptidos que también se producen y almacenan en el cerebro. Las endorfinas, neurotransmisoras supuestamente producidas sólo en el cerebro, también se originan en las células inmunes. Conforme se siguen encontrando más y más receptores a péptidos en las células del organismo, más se está poniendo en claro que virtualmente todos los péptidos se producen tanto en el cerebro como en varias otras partes del cuerpo. ¡Ya no es posible establecer una distinción clara entre el cerebro y el resto del cuerpo! Es posible afirmar que los péptidos constituyen «la expresión bioquímica de las emociones». La mayoría de ellos, si no es que la totalidad, son capaces de alterar los estados anímicos y la conducta.¹⁹

En el discurso inaugural de un simposio sobre neuroinmunomodulación se dijo: «Gracias a los avances registrados en biología molecular durante los últimos 10 años, pronto estaremos en posición de explicar el mecanismo de acción terapéutica benéfica de la meditación y otras terapias conductuales y «alternativas». El estudio de la base neurobiológica del *efecto placebo* permitirá entender, finalmente, todos esos fenómenos que han sobrevivido durante milenios en las diversas culturas, y los médicos podremos desechar los prejuicios que han estigmatizado el humilde efecto placebo, de manera que, en vez de tratar de controlar y excluir este potente instrumento biológico, se utilizará abiertamente para curar y aliviar...El descubrimiento científico de la conexión inmunocerebral simboliza el enlace de las creencias de la cultura popular, con los progresos tecnológicos de varias disciplinas, desde la molecular hasta la disciplina de las interacciones de sistemas» «Es ésta la contribución de mayor relevancia de esta disciplina a la ciencia y la medicina modernas, pues rescata a la ciencia de su postura reduccionista estrecha, cuyas raíces datan de la filosofía cartesiana del siglo XVI, y la regresa a la visión hipocrática holística de cuerpo y alma estrechamente entretnejidos. Esta viejísima ciencia, nacida en tiempos prehistóricos, ha renacido ahora, gracias a la ciencia moderna y hará que los médicos y los hombres de ciencia dejen de dudar de sus pacientes cuando éstos insisten en que el estrés en verdad los enferma y la fe, en verdad los cura.».²⁰

¿Cómo logra el clínico establecer una sólida relación médico-paciente? La actividad clave consiste en *escuchar*. Los adelantos de la tecnología moderna han vuelto notablemente poderosa la *mirada* del médico; la imagenología y la endoscopía, entre otras cosas, la han hecho posible, pero a menudo parece ser que, al mismo tiempo que el sentido de la vista se ha reforzado, ¡ha

habido una disminución notable del sentido del oído! Para el clínico, escuchar es el centro, la médula del proceso diagnóstico y terapéutico, y no meramente el punto de partida de la acción clínica. Escuchar no es nada más el medio para alcanzar un fin: el conocimiento de la enfermedad; a menudo es el fin mismo. Para que así sea, tendrá que ser un escuchar activo, con la atención concentrada en lo que el paciente nos dice, con todas sus formas de expresión, verbal y no verbal, con su mismo silencio. Un escuchar en el que el clínico se ocupa, no sólo del órgano enfermo, sino de la *totalidad de la persona*. En franca oposición a la actitud médica autoritaria, arrogante, el clínico establece una entrevista en el que un *yo* definido, diferenciado, digno, dialoga con un *tú* que es respetado en su propia y distintiva identidad.

La atmósfera que envuelve a la entrevista clínica es cálida, libre de crítica y de burla, inspirada en un deseo genuino de *comprender*. Es verdad que, con frecuencia, se interpone la tiranía del tiempo, pero lo más importante de la entrevista es su calidad, más que su duración.

Ética médica

Un punto más, que el clínico no olvida jamás, es que el arte de la clínica tiene un componente más, un componente que la separa dramáticamente de todas las otras artes: me refiero al *componente ético*, un componente que nunca debe dejar de acompañarlo. Y para lograr esto, no es suficiente con que el clínico sea una persona honesta, noble y bien intencionada. Es su obligación estudiar los tratados de Ética médica o Bioética como una parte inseparable de su formación. Por fortuna, no escasean las obras de autores nacionales que tratan a fondo este aspecto fundamental de la profesión del médico.^{21,22}

El médico general

¿Quién es el médico general? El médico general es “el médico propiamente dicho”, es el príncipe de los médicos, es el que cuida la salud de la totalidad de la persona humana, el que está preparado para resolver el 85% de los padecimientos; es el que “ve el bosque y no sólo el árbol”, pecado que comete la mayoría de los médicos especialistas; es el que conoce a la familia entera y a menudo es considerado como parte de ella; es el que forma parte integrante del entorno social al que pertenecen sus pacientes y, por ende, los ve como entidades bio-psico-sociales; es el coordinador de las consultas con los especialistas y, muy a menudo, protege y defiende a los pacientes de los errores potenciales que los especialistas pueden infringir involuntariamente, por desconocer a la persona total, que es su paciente. El médico general es

todo lo que hemos descrito del clínico, y más. Esa es su meta y su razón de ser. Es la columna vertebral de la medicina clínica.

La medicina es una profesión muy noble: con razón se ha dicho que es la más humana de las ciencias, la más científica de las artes y la más artística de las humanidades. La clínica es la relación entre una confianza y una conciencia ¡Que sólo dediquen a ella su vida quienes estén dispuestos a sacrificar los falsos valores de la sociedad moderna y vean, en la medicina, una de las formas más sublimes de encontrarle un sentido, un por qué y un para qué, a su existencia efímera en este planeta! Entonces, y sólo entonces, se salvará de desaparecer ese instrumento maravilloso de nuestra profesión: la relación médico-paciente. Entonces, y sólo entonces, seremos hombres y médicos cabales. Son numerosas las gratificaciones que nos proporciona, pero ninguna tan grande como cuando el paciente nos dice, al final de la consulta: "Doctor, Dios lo puso en mi camino".

Referencias

1. **Entralgo L.** La evolución de la historia clínica. 2ª ed. Salvat; Barcelona, España: 1961.
2. **Castañeda G.** Ideario clínico en aforismos y frases breves. G. Castañeda, editor. México; 1946.
3. Como leer revistas médicas. *Rev Invest Clin (Mex)* 1988;40:65;67-71;73-83;85-90;91-98;99-106.
4. **Wulff HR.** Racional diagnosis and treatment. Oxford, Blackwell. 1976.
5. **Pérez Muñoz A, López BJ, Lifshitz GA.** El método científico y el razonamiento lógico en el diagnóstico clínico. *Rev Med IMSS* 1985;179-186.
6. **Fletcher RH, Fletcher SW, Wagner EH.** Epidemiología clínica. España: Ediciones Consulta; 1989.
7. **Sackett DL, Haynes RB, Tugwell P.** Clinical epidemiology. A basic science for clinical medicine. USA: Little, Brown, and Co; 1985.
8. **Lifshitz A.** El aprendizaje de la clínica. *Gac Méd Méx* 131:571-576.
9. **Lifshitz A.** Arte y ciencia de la clínica. *Rev Med IMSS* 1999;37:1-4.
10. **Lifshitz A.** La práctica de la medicina clínica en la era tecnológica. 2ª ed. México; Universidad Nacional Autónoma de México. 2000.
11. **Martínez Cortés F.** Enfermedad y padecer México. Medicina del hombre en su totalidad SA de CV; 1983.
12. **Jinich H.** El paciente y su médico. 2ª ed. México: El Manual Moderno. 2002.
13. **Viniegra LV.** El fetichismo de la tecnología. *Rev Invest Clin* 2000;52:569-579.
14. **Katz RL.** Empathy; its nature and uses. London. Collier-Macmillan Ltd. 1963.
15. **Spiro HM.** Empathy and the practice of medicine: beyond pills and the scalpel. New Haven, CT, USA: Yale University. Press; 1993.
16. **Buber M.** I and Thou. N.York. Scribner. 2a. ed. 1958.
17. **Suchman AL, Matthews DA.** What makes the patient-doctor relationship therapeutic? Exploring the connexial dimension of medical care. *Ann Int Med* 1988;108:125.
18. **Jinich H.** Relación médico-paciente. *Gac Méd Méx* 134:319;1998.
19. **Pert C, Ruff M, Weber R, Herkenham M.** Neuropeptides and their receptors: a psychosomatic network. *J Immunol* 1985;135:82.
20. **Sternberg EM.** Does stress make you sick and belief make you well? The science connecting body and mind. In: Neuroimmunomodulation. Perspectives at the new millennium. *Ann NY Acad Sci* 2000;917:1-3.
21. **Pérez Tamayo R.** Ética médica laica. México: Fondo de Cultura Económica. 2002.
22. **Kuthy Porter J, Villalobos Pérez JJ, Martínez González O, Tarasco Michel M.** Introducción a la Bioética. 2ª ed. Méndez Editores. México. 2003.