



Artículo de revisión

El médico como fármaco*

Dr. Horacio Jinich**

Estimados colegas:

Hace 62 años me gradué de Médico Cirujano en la Facultad de Medicina de la UNAM. Así pues, he sido testigo del gigantesco, inimaginable progreso experimentado por la Medicina como ciencia y como praxis. Progreso que no cesa y que prosigue a paso acelerado. De ahí la necesidad imprescindible de congresos médicos anuales como éste, para facilitar la desafiante tarea de ayudar al facultativo en su esfuerzo por mantenerse suficientemente informado. Y creo que ninguna especialidad médica puede compararse con la Medicina Interna en la magnitud de dicha tarea, puesto que es disciplina que abarca un universo entero. No cabe duda alguna que el médico internista es el médico por excelencia, que es “el médico propiamente dicho” quien la practica.

Recuerdo que, en aquellos lejanos tiempos en que era yo estudiante de medicina, uno de mis maestros, sin duda en plan de broma me dijo: “Muchacho, la clase de terapéutica médica es muy simple, pues medicamentos buenos sólo hay cinco: para la cabeza, aspirina; para el pulmón, benzoato; para el estómago, bicarbonato; para las partes nobles del hombre y la mujer, permanganato; para las extremidades, salicilato”.

Pues bien, quizás no se encuentre mejor muestra del soberbio progreso de la Medicina que la visita a la enorme sala de exhibiciones, situada a un lado de este salón de conferencias, en la que la industria farmacéutica expone sus productos. Es este progreso el que ha hecho posible

que los medicamentos, que en el pasado eran simples y afortunados resultados del empirismo y la serendipia, sean ahora productos de la biología molecular y no hay duda de que ahora, gracias a la terapéutica farmacológica, en compañía de la moderna cirugía y de la tecnología aplicada al diagnóstico, contamos los médicos con armas cada vez más poderosas en la lucha contra la enfermedad, el sufrimiento y la muerte.

Pues bien, quizás cometa yo una acción indebida al atreverme ahora a hacer publicidad de un fármaco no incluido en la exhibición de la industria farmacéutica, la cual generosamente debe haber pagado el costo de mi asistencia a este Congreso; un fármaco que no es nuevo, que, de hecho, es muy antiguo y, sin embargo, es de importancia suprema en el arte de curar. Amigos, compañeros aquí presentes, ¡ese fármaco son ustedes! ¡Ese fármaco somos nosotros! ¡Ese fármaco es el médico! Esa “droga” (pues sinónimos han sido los vocablos farmacia y droga) es el doctor.

Ahora quiero invitar a ustedes a que reflexionemos en el hecho de que la gran revolución científica que ha permitido el progreso de la Medicina, se ha concentrado de manera casi exclusiva en la *enfermedad* y no en el *padecer*. Esa discriminación es explicable: en contraste con el *padecer*, el estudio de la *enfermedad* se ha prestado a la aplicación de los procedimientos de la investigación científica.

Hay una diferencia importante entre el significado de las palabras *enfermedad* y *padecer*. En México, debemos al Dr. Fernando Martínez Cortés el mérito de haber sido el primero en señalarla y en insistir en su trascendencia.¹ Definimos la enfermedad como: la lesión anatómica o bioquímica; el conjunto de alteraciones de moléculas, células, tejidos, órganos, aparatos y sistemas que, en ascendente jerarquía constituyen el ser humano y que, en continuado ascenso, avanzan más allá. El padecer es el sufrimiento del enfermo, aquello que lo impulsa a buscar la ayuda de quien tiene los recursos y la vocación de prestarla.

* Conferencia magistral sustentada en el XXXI Congreso Nacional de Medicina Interna. Boca del Río, Veracruz. 28 de noviembre de 2008.

** Academia Nacional de Medicina. Profesor de Medicina, Universidad de California, San Diego.

Solicitado: noviembre, 2008. Aceptado: diciembre, 2008.

Este artículo debe citarse como: Jinich H. El médico como fármaco. Med Int Mex 2009;25(1):58-66.

La versión completa de este artículo también está disponible en: www.revistasmedicasmexicanas.com.mx

Hace muchos años, en una reunión médica, repetí un aforismo: “No hay enfermedades, sólo enfermos”. Mi amigo, Ruy Pérez Tamayo, me corrigió: “Hay enfermedades y hay enfermos”. Tenía razón, pero es obvio que el patólogo enfoca su atención a la enfermedad mientras que el clínico la enfoca al enfermo. La enfermedad, para el paciente (de *pati*: sufrir, padecer) es sufrimiento y es interpretada como castigo de dioses o Dios (¿acaso no se pregunta, a veces por qué yo, qué pecado he cometido?), como venganza de enemigos, como maldición inexplicable. Es intolerable intromisión en los planes de uno, es peligro, es rudo despertar a la realidad de la fragilidad de la vida. Es sacudida que perturba la homeostática represión de la consciencia de la certidumbre de la mortalidad. Es interrupción de los estudios, del trabajo, de los proyectos trazados con ciega arrogancia. Es desastre económico. Es señal de debilidad, de omnipotencia fracasada. Es súbita inferioridad ante los demás, afrenta al machismo. Es dolor, vergüenza, humillación. Sirve, también de pretexto, de excusa, explicación, justificación de fallas y torpezas. Es motivo para reclamar atención, afecto, lástima, compasión, amor. Es desquite. Es medio de purificación. Es lenguaje visceral, forma de expresión de emociones para las que la palabra es inadecuada, insuficiente. El diagnóstico es interpretado y sentido como sentencia y, así, el paciente oculta sus síntomas y, a veces, llega a odiar al responsable de la sentencia. El padecer es muy complejo, es subjetivo, y no puede ser diagnosticado mediante análisis de laboratorio, endoscopias, el microscopio o la resonancia magnética nuclear.

Así pues, el enfoque de mi plática se tiene que dirigir no a la “enfermedad” sino al “padecer”, a la “relación médico-paciente”, al diagnóstico y tratamiento del padecer. Oculto y descuidado hasta hace poco tiempo, su esencia y sus bases científicas empiezan a mostrar sus secretos a la ciencia y prometen iluminar una área fundamental del arte de la Medicina, como espero demostrar más adelante.

Es un hecho que no hay texto de Medicina que, en el prólogo deje de mencionar la importancia de la relación médico-paciente pero, por desgracia, casi siempre dicha mención aparece sólo ahí pero es difícil encontrarla en los capítulos subsecuentes.

Hay artículos en las revistas médicas en los que se menciona que el cultivo de la relación médico-paciente es útil para disminuir el riesgo de las demandas judiciales² y otros en los que se insiste en su poder para conservar al cliente.

Un distinguido médico mexicano del siglo pasado, Gonzalo Castañeda, publicó un libro titulado “El Arte de Hacer Clientela” en 1933.³ Contiene una extraordinaria colección de aforismos sobre la mejor manera de ejercer una medicina de calidad, humana y honesta, y el arte de crear y mantener una buena relación con el paciente a través de la clínica. La obra fue reimpresa y publicada bajo los auspicios de la Facultad de Medicina de la UNAM en 1997⁴ y es un orgullo de la medicina mexicana, por estar pleno de sabiduría, ética e ingenio, a pesar de que su título pudiese hacer pensar en que tuviese una intención mercantilista. En 1986, la Facultad de Medicina de la UNAM, cuyo director era el Dr. Fernando Cano Valle, inició una serie de publicaciones intitulada “Nuestros Maestros” con un libro escrito por dos autores que, con singular intención, fusionan el pasado y el presente en su visión de una medicina humanista. Fue así como tuve el honor de ser elegido como coautor con Don Gonzalo Castañeda (fallecido ya) en una obra en que seleccioné los mejores aforismos de su inmortal libro, con pensamientos propios, inspirados en la realidad de la Medicina más reciente, los cuales demostraron que, en su esencia ética y humanista, la medicina de ambas épocas (y, en realidad, la de todos los tiempos) sigue teniendo como fundamento los mismos y eternos principios.⁵

He aquí unos cuantos ejemplos de los aforismos de Castañeda.

“Para ser buen médico y tener clientela, en el orden científico, hay que poseer doctrina y hacer clínica; en lo personal, ser honrado y decente; en lo social, respetuoso y correcto; en lo profesional cumplido y discreto; en lo económico, considerado y equitativo; con la familia, sincero; con el enfermo, empeñoso; con todos, atento, afable y benévolo. En toda actuación, no llevar orgullo, sí dignidad.”

“Los médicos...deben cultivar esos recursos extra-médicos que atraen: pulcritud en la presentación; esmero en el tratamiento y comportamiento; parquedad en el hablar; discreción en el opinar; no extremar la idea de negocio; hacer la caridad con inteligencia; en fin, obrando pensando que el mundo del médico, que el centro de su vida, está en el enfermo”.

“El peor calificativo para un médico es el de cómico o charlatán. Consisten en asumir actitudes, dibujar sonrisas, rodearse de aparato, tomar pose. Hacerse interesante; charlatán es el que anuncia imposibles, busca las galerías,

embauca, ofrece lo que ignora. No rebajar así la dignidad, la altura, la nobleza de la profesión”.

“No alcanza la vida ni la inteligencia para saber, para saber de veras, cuanto a la medicina concierne. Médico que espera, que quiere, que necesita vivir de los enfermos, como un esclavo tendrá que dedicar a su profesión todo su tiempo, voluntad y pensamiento; cuanto haga fuera de ella será accesorio y secundario.”

“La incorrección o descuido del lenguaje, la pobreza de cultura general, lo trivial de la conversación obscurecen a un hombre de ciencia como es el médico. La calidad de las amistades, la fama de hombre privado, los vicios que desdoran, son carcomas que socavan el valer, por sólido que sea.”

“La acción del médico no se limita a recetar; va más allá, habla del espíritu, penetra en la vida privada y recóndita para escudriñar el yo; anima, consuela, infunde esperanza. Después de una buena receta psicoterapéutica el paciente sale confortado, atraído por el influjo del médico; así se siente ya aliviado antes de comenzar la curación”.

LA IMPORTANCIA DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE PARA EL DIAGNÓSTICO

Su importancia puede ser pequeña para el diagnóstico de la enfermedad, pero es muy grande en el diagnóstico del padecer, porque en éste se encuentran incluidos, como he dicho, los temores, las esperanzas, los conceptos y valores culturales, la familia, el trabajo, el ambiente social, etc. Porque permite conocer y entender a la persona enferma, al ser humano que a menudo se encuentra escondido detrás de los síntomas y detrás de los reportes de los laboratorios y gabinetes, y detrás de las endoscopias y los estudios radiológicos. Porque el paciente cifra toda su esperanza en que su médico, además de ser experto y hábil, manifieste interés hacia su mal, compasión y una genuina motivación para curarlo o, si ello no fuere posible, para aliviar su sufrimiento o, por lo menos, para ofrecerle comprensión, apoyo, esperanza y promesa de estar cerca de él o ella, hasta el final.

Un distinguido médico, Francis W. Peabody dijo, hace casi un siglo: “El diagnóstico de la enfermedad puede ser enteramente impersonal, pero el estudio del enfermo tiene que ser enteramente personal, *porque el secreto del cuidado del paciente consiste en sentir el impulso moral de atenderlo*”. (*The secret in the care of the patient is caring for the patient*).

No debemos olvidar que el médico suele enfrentarse, en la mayoría de las ocasiones, a casos de enfermedad y padecer, pero que no son raros los casos de enfermedad sin padecer (v.gr. hipertensión arterial, cáncer incipiente y otras numerosas enfermedades en etapa preclínica), así como los casos de padecer sin enfermedad (v.gr. síndromes de somatización, histeria, hipocondriasis, síndrome de dolor “funcional”, etc.).

LA IMPORTANCIA DE LAS RELACIONES HUMANAS Y LAS EMOCIONES EN LA SALUD Y LA ENFERMEDAD

La evidencia empírica de este hecho, conocido desde los tiempos más remotos y en los lugares más lejanos, ha sido tan universal, que constituye parte de la cultura y el folklore de todos los grupos humanos.

En nuestra cotidiana experiencia, el efecto curativo del abrazo de la madre, del amor en todas sus manifestaciones, de la amistad, del trabajo, del apoyo social, de los ideales, de la fe, y del ansia de vivir; el poder curativo de la risa y de la música; las consecuencias mórbidas de la pérdida de objetos psíquicos, de la pareja, del amigo, de la posición social del empleo, de la situación económica; los riesgos de la jubilación y el retiro ¿son acaso simples hechos anecdóticos, que no nos permiten generalizar como un hecho universal del hombre?

La evidencia empírica se encuentra sólidamente reforzada por abrumador número de evidencias científicas. Permítanme describir a continuación algunos ejemplos de estudios apoyados por su sujeción estricta a las reglas de la metodología de la ciencia.

El estudio de Cohen D et al⁶ señala que en respuesta a la administración de gotas nasales que contenían rinovirus 1 ó 2, los individuos con niveles más altos de ligas sociales resultaron menos susceptibles a sufrir resfriados, secretaron menos moco nasal, la función de su epitelio mucociliar fue más eficaz y desprendieron cantidades menores de virus.

Cohen D et al⁷ en otro artículo encontraron que las proporciones de infecciones respiratorias aumentaron en razón proporcional al grado de estrés psicológico.

Para Cristakis MS et al,⁸ la enfermedad del cónyuge afecta la salud y aumenta la mortalidad del otro miembro de la pareja.

Berkman LF⁹ dice que la privación de apoyo emocional contribuyó, en grado estadísticamente significativo, a la mortalidad en los siguientes 6 meses.

Freidman E et al¹⁰ apuntan que el efecto de poseer un animal doméstico resultó ser un componente importante del pronóstico pos-infarto de miocardio.

Spiegel D et al¹¹ mencionan que la psicoterapia de grupo, de un año de duración, dio como resultado una mayor supervivencia de pacientes enfermas de carcinoma mamario metastático.

Oxman TE et al¹² refieren que se encontraron dos factores de riesgo de mortalidad: la falta de participación en grupos religiosos comunitarios y la ausencia de la fortaleza y conformidad que la fe religiosa aporta.

LA IMPORTANCIA DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE EN EL TRATAMIENTO

La relación médico-paciente debe haber sido el componente de mayor importancia en el curso del larguísimo periodo de la historia del hombre durante el cual el arte de la medicina se encontraba privado casi totalmente de una base científica. Hasta el siglo XIX dC se contaba sólo con un puñado de fármacos y procedimientos de eficacia probada, y la práctica de la Medicina descansaba en ellos, en el poder curativo de la Naturaleza (*sic medicatrix natura*) y en el “efecto placebo” de toda clase de brebajes, pociones, píldoras y manipulaciones.

A pesar del progreso científico y tecnológico del cual nos vanagloriamos los médicos, la humanidad no se ha desprendido totalmente de aquellos métodos y productos que la ciencia mira con desprecio. En numerosos rincones de nuestro planeta, y en muchos espacios prominentes de las ciudades, sin excluir las del llamado “primer mundo”, persisten numerosas clases de practicantes de sistemas médicos “complementarios” o “alternativos” cuya popularidad es innegable, y la venta de productos medicinales carentes de bases científicas supera en número a los que gozan de la certificación de quienes practican la medicina científica. Las personas que acuden a consultar a dichos individuos no son, exclusivamente, aquellos que carecen de cultura, pues están incluidas todas las clases sociales.

¿Cómo explicar la popularidad de dichas prácticas alternativas? Su popularidad necesariamente indica un grado relativamente elevado de éxito. ¿Cómo se explica su éxito? ¿Acaso aportan algo valioso, inaccesible para quienes acuden con los médicos alópatas en busca de alivio? Y si la respuesta a esta pregunta es afirmativa, ¿será tal vez posible incorporar ese “algo” a la práctica de la

medicina científica, con objeto de incrementar su eficacia? ¿Existe compatibilidad entre ese “algo” y los paradigmas de nuestra medicina?^{13,14} Propongo que la explicación de este fenómeno estriba en una mayor habilidad de quienes realizan prácticas alternativas, de establecer una mejor relación médico-paciente.

EL EFECTO PLACEBO

Recibe el nombre de efecto placebo “la modificación en el padecimiento del individuo, atribuible al valor simbólico del tratamiento en lugar de a sus propiedades farmacológicas o fisiológicas específicas.”

Son muy numerosos los experimentos llevados a cabo con todo el rigor de la metodología de la ciencia, con objeto de investigar la validez del efecto placebo. Ante su inmensa magnitud, limitémoslos a una pequeña selección de ejemplos de estudios de reconocida validez metodológica.

Cobb et al¹⁵ mencionan que durante los años 50s se sospechó que la ligadura de la arteria mamaria interna, al favorecer indirectamente un mayor riego sanguíneo en las arterias coronarias, sería útil en el tratamiento de la angina de pecho. Los resultados iniciales fueron positivos y favorecieron la popularización de la técnica. Los autores hicieron que los cirujanos, inmediatamente después de practicar la incisión de la piel, recibieran una tarjeta, escogida al azar, con la instrucción de seguir adelante o de limitarse a dicha incisión cutánea. Ni los pacientes ni los médicos responsables de evaluar los resultados del procedimiento estuvieron enterados de la técnica practicada. Ambos grupos de pacientes experimentaron dramática mejoría, con cierta ligera ventaja de los que solamente sufrieron la incisión de la piel. Un año después, Dimond et al¹⁶ dieron a conocer resultados semejantes y este procedimiento quirúrgico no ha vuelto a ser usado.

Grenfell et al¹⁷ encontraron que el placebo por ellos utilizado causó descensos significativos de la presión arterial, y que dicho efecto fue aún mayor si el placebo era administrado por la vía parenteral.

Frankenheuser M et al¹⁸ hallaron efectos sedantes en personas a quienes se administraron estimulantes cuando se les decía que eran sedantes, y viceversa.

Ikeno et al¹⁹ mencionan que en Japón, una resina obtenida de un árbol (*Rhus verniciflua*) es muy utilizada para laquear maderas; sin embargo, suele causar alergia

cutánea. Los autores vendaron los ojos a un grupo de estudiantes alérgicos a dicha resina y la aplicaron a un brazo y la resina de un árbol diferente en el otro brazo, mintiéndoles acerca de cuál brazo había sido frotado con la resina alergénica. El resultado fue la aparición de rashes alérgicos, indistintamente.

Blackwell B et al²⁰ señalaron que una prueba prospectiva doblemente ciega, 56 estudiantes de medicina recibieron uno o dos comprimidos de placebo, los cuales en algunos eran de color rojo y otros los recibieron de color azul. A todos se les mintió que los de un color contenían medicación sedante y medicación sedante los otros. Se les indicó, a continuación, que indicasen el efecto mental sentido: alerta, calma, contento, irritable, somnoliento, inestable, relajado, entorpecido, comunicativo, tenso o cansado. Los que recibieron comprimidos de color azul reportaron más efecto sedante y menos agitación que los que recibieron comprimidos rojos. Además, los resultados fueron más acentuados en los que tomaron dos comprimidos que en los que recibieron solamente uno.

Branthwaite et al²¹ reclutaron a 835 participantes con problemas de cefalea tensional y los randomizaron a recibir aspirina en un frasco rotulado, aspirina en frasco sin rotular, placebo en frasco rotulado y placebo en frasco sin rotular. Se les indicó que ingirieran dos comprimidos a la primera señal de dolor de cabeza y anotaran la intensidad del dolor 30 y 60 minutos más tarde. El resultado más efectivo fue reportado por los que recibieron aspirina en frasco rotulado y, con efectividad decreciente, por los que recibieron aspirina no rotulada, placebo rotulado y placebo no rotulado.

Levine JD et al²² demostraron que la naloxona, fármaco que bloquea la acción de los opioides, bloquea los efectos de la analgesia producida por placebos. Estos hallazgos han sido confirmados por otros investigadores, lo cual prueba que el efecto analgésico del placebo opera a través de mecanismos que involucran a los receptores de los opioides.

Di Blasi Z²³ menciona estudios realizados para evaluar la importancia de la relación médico-paciente que han demostrado de manera consistente que los médicos que expresan calidez en el trato, sentimientos de amistad y expresiones tranquilizantes y optimistas obtienen resultados terapéuticos más efectivos que los que mantienen una actitud formal y fría.

Confío en que su análisis nos permita llegar a la conclusión de que: *El éxito terapéutico, en cada caso, depende de la combinación, en proporción variable, de tres elementos: el poder curativo de la Naturaleza, las propiedades farmacológicas o fisiológicas del tratamiento, y el efecto placebo.* Es evidente que en los tiempos actuales se ha incrementado en grado superlativo el poderío de los componentes científicos y tecnológicos de la terapéutica, pero ello no implica que el efecto placebo haya dejado de existir ni de que, en muchas ocasiones, continúe ocupando un lugar sobresaliente.

Ahora bien, ¿cómo se explica este fenómeno? ¿Cómo podemos entender esta aparentemente misteriosa intromisión del elemento anímico, mental, espiritual, en la evolución de la enfermedad y el padecer? ¿Qué es lo que tienen en común la relación médico-paciente y el efecto placebo, con aquellas experiencias arcaicas y modernas de la trascendencia de cosas tan variadas como el estrés, la esperanza, la fe, el amor a la vida, la música y tantas cosas más?

Existe en el hombre un sistema de comunicación de las emociones cuya trascendencia biológica, médica, psicológica y filosófica apenas empieza a ser reconocida y estudiada. Estamos acostumbrados a aceptar que la comunicación por medio del lenguaje, es decir, de la palabra, es el don más preciado del *Homo sapiens*, el que nos ha permitido levantarnos muy por encima de las demás especies animales y enarbolar el título de “reyes de la Creación”. Al lenguaje debemos el progreso constante de la humanidad, la civilización y la cultura. Pero el lenguaje humano tiene dos componentes: el semántico y el prosódico. Aquél transmite los conceptos, los juicios, el saber y entender. El componente prosódico consiste en la entonación; es el componente musical del lenguaje, es el que transmite el componente emocional de la comunicación humana; se fortalece en la oratoria y en la poesía y alcanza su máxima capacidad de transmitir emociones en la música. Las emociones son contagiosas y son esenciales para el logro de la solidaridad entre los componentes de la familia, de la tribu, de la sociedad, de la humanidad entera. Hay otros componentes importantes en el sistema de comunicación emocional; el lenguaje corporal, por ejemplo. El infante recién nacido es un lector habilísimo de la expresión del rostro de la madre. Una vastísima red de nervios motores inervan los músculos que imprimen en la cara la capacidad de expresar una variedad enorme

de estados anímicos. Hay muchos componentes más, como, por ejemplo, las manos, las lágrimas, la risa y las feromonas humanas que, a través del órgano vomero-nasal transmiten mensajes al hipotálamo de un individuo a otro (particularmente de un sexo al otro) y explican en cierta medida, la “química del amor”.

En fechas recientes se han descubierto las llamadas “neuronas-espejo”, que parecen ser responsables del fenómeno de la empatía: la propiedad de “sentir lo que el otro siente”. La acción de observar o imaginar a una persona sometida a un determinado estado de tensión emocional determina una representación de ese mismo estado en el observador y, gracias a la aplicación de la resonancia magnética funcional a los dos individuos, se logra observar cómo se activan ciertas áreas cerebrales similares en uno y otro. Si una persona siente disgusto o dolor o percibe dichos sentimientos en los demás se observa activación de la corteza insular anterior y fronto-insular, tanto en el sujeto que experimenta dolor como cuando se da cuenta del dolor del otro sujeto. Estos notables hallazgos nos están dando a conocer y entender las bases neurológicas de la empatía.^{24,25}

Quizás el avance más importante de todos ha consistido en el desarrollo de la neuroinmunología. En 2001 tuvo lugar un congreso sobre esta disciplina, bajo el título de Neuroinmunomodulación. Perspectivas en el nuevo milenio. La presidenta del congreso, Esther M Sternberg, Directora del Instituto Nacional de Salud Mental de los Institutos Nacionales de Salud dictó ahí una conferencia bajo el título de: ¿Acaso el estrés te enferma y la fe te alivia? La ciencia que conecta al cuerpo y la mente.²⁶ Entresaco algunas de las conclusiones finales de su discurso.

“La creencia de que el estrés te enferma y la fe te alivia ha sido parte de la cultura popular durante millares de años. Estas ideas son universales en todas las culturas. Fueron dominantes en la cultura occidental desde antes de los tiempos de Hipócrates, cuando los griegos construyeron templos dedicados a Asklepio, dios de la Medicina, y persisten en los tiempos modernos, como lo atestiguan los libros de Norman Cousins y Norman Vincent Peale, que sostienen la idea del poder curativo de la risa y el pensamiento positivo. Quizás sea debido a su popularidad que la mayoría de los científicos habían rechazado, hasta fechas muy recientes, el concepto de que las emociones pudiesen ejercer influencia en la enfermedad y que la enfermedad fuese capaz de influir en la salud mental. Esta

actitud negativa fue sostenible, en parte, hasta hace poco tiempo, se carecía del instrumental tecnológico necesario para probar la realidad de dichas conexiones. En la última década, sin embargo, hemos logrado, finalmente, adueñarnos de las tecnologías aplicadas a la Inmunología y la Neurociencia, necesarias para comprobar que estas conexiones entre emociones y enfermedad, entre el cerebro y el sistema inmune, entre la mente y el cuerpo, son indiscutible realidad.”

“Así, gracias a la biología molecular podemos probar que las moléculas inmunes, las interleucinas, envían y reciben mensajes al cerebro a través del torrente sanguíneo y de las vías nerviosas y que las moléculas moduladoras inmunes pueden desencadenar respuestas hormonales cerebrales al estrés liberando una cascada de moléculas cuya vía final es la descarga de hormonas corticosteroides antiinflamatorias a partir de las glándulas suprarrenales.”

“La mente, el sistema nervioso, el sistema endocrino y el sistema inmune se comunican entre sí mediante una complejísima red de nervios y multitud de moléculas. Debido a ello, ya no es posible marcar fronteras definidas entre los diferentes órganos y sistemas de modo que ya no es sostenible, por anticuada, la clásica clasificación anatómica y fisiológica de todos ellos”.

“El campo de la neuroinmunomodulación (la conexión cerebro-sistema inmune), la ciencia de las interrelaciones entre mente y cuerpo, materializa, más allá de toda duda, la fusión de las viejas creencias de la cultura popular con los progresos tecnológicos, por intermedio de muchas disciplinas, desde la molecular hasta la teoría de sistemas.”

“Es ésta la principal contribución de área de la ciencia y medicina modernas: ha liberado a la Ciencia de la visión reduccionista estrecha, cuyas raíces nacieran de la filosofía cartesiana del siglo XVI, y la reintegra a la visión holista de cuerpo y alma entrelazados, personificada por el pensamiento de Hipócrates.”

“Es así como esa vieja ciencia, nacida en los albores de la historia, ha renacido ahora, gracias a la moderna tecnología científica. Esta ciencia permite que, tanto los médicos como los investigadores científicos, den merecido crédito a los pacientes cuando claman que el estrés los enferma y la fe los alivia. Más aún: esta ciencia tiene la capacidad potencial de desarrollar nuevas terapias para múltiples enfermedades, desde las artritis hasta la enfermedad de Alzheimer y los accidentes cerebrovasculares,

y desde lesiones traumáticas de nervios hasta los defectos inmunes ligados al envejecimiento”.

Cabe comentar y añadir que la nueva ciencia de la neuroinmunomodulación nos está ayudando a comprender mejor y aplicar mejor, el poder terapéutico de la relación médico-paciente.

El factor común en la función terapéutica de los médicos del pasado, en los del presente, y en todos los individuos de todos los tiempos que responden a la petición de ayuda de sanadores de todas clases es de la misma índole que el que explica el poder terapéutico del amor de la madre, la amistad, el apoyo social, la compañía de un animal doméstico, la religión, etc. Quienes ejercen la función sanadora poseen, por ese sólo hecho, el don de dicho factor común, un don que, con frecuencia, se encuentra amplificado por el impacto de lo que la figura del sanador simboliza. Ese don ha recibido el nombre de “efecto placebo” y suele ser atribuido, equivocadamente, al objeto recetado o a la maniobra ejecutada. Ya lo hemos definido. Como es de esperar, el efecto placebo estorba a los investigadores científicos y los expertos en bioestadística porque interfiere con los resultados de las pruebas de valoración de nuevos agentes terapéuticos, por lo que se torna indispensable la aplicación de todas las medidas necesarias para eliminarlo: los estudios randomizados, prospectivos, doblemente ciegos.

La utilización del “efecto placebo” en la terapéutica también es contemplado con suspicacia por algunos expertos en bioética que consideran que su utilización consciente en la praxis médica y quirúrgica constituye una mentira y un engaño. A este respecto, pienso lo siguiente: la “verdad” es la meta de la ciencia y la filosofía; es el puente entre las conciencias humanas; en ella se apoyan la confianza, la creencia, la fe y la tranquilidad. Todos los tratos y contratos: comerciales, morales, familiares, sociales y políticos se construyen solamente sobre la verdad, y con ella, y sólo con ella, tienen validez, firmeza y esencia. La verdad es un valor universal, pero no es el único y, en ocasiones especiales, es inferior a otro valor: el de hacer el bien. En la práctica de la medicina, el conflicto entre verdad y bien surge a menudo: se presenta ante el dilema de la “mentira piadosa” y ante el hecho de que el “efecto placebo” es componente casi inevitable del encuentro entre el paciente y su médico. En ambos casos se justifica que sean aplicados cada vez que la meta suprema sea procurar el bien del paciente.

¿Y qué es lo que la relación médico-paciente puede hacer al médico? “El médico es un ser humano, y como tal, participa con todos los demás seres humanos en experimentar esos sentimientos de soledad y de aislamiento, que son el resultado natural del distinguir entre un “yo” y un “otro”. Como consecuencia de este doloroso sentimiento de separación surge de lo más hondo de su ser un impulso de traspasar las fronteras del yo y de conectarse de nuevo con los demás seres humanos y el mundo. Quizás sea esto lo que entendemos por el concepto “sentido”, el afán de encontrarle un sentido a la vida. En la constante lucha por ganarse la existencia, este afán puede pasar desapercibido, pero está ahí, oculto, escondido, reprimido, pero nunca muerto y siempre hambriento de alguna conexión. Pues bien, la práctica de la Medicina nos ofrece constantes oportunidades de conexión humana. Quizás esa sea la verdadera, subconsciente fuerza detrás de la elección de la profesión de médico. Experimentamos el impulso de conectarnos con el paciente, y cuando ese dramático momento se hace presente, tenemos una realización particularmente intensa del “sentir” del “otro”, experimentamos una mutua proximidad, acompañada a menudo de una sensación física como calosfrío, enrojecimiento facial o “carne de gallina”, y, unido a todo ello, un sentimiento de amor o camaradería profunda, de gratitud por el privilegio de haber sido acogido en la vida íntima del paciente y, a la vez, una sensación de humildad por el hecho de haber logrado formar parte de algo más grande que uno mismo”. (Modificado de: Suchman AL, Matthews DA.²⁷

LOS ENEMIGOS DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

Me limitaré a enumerarlos:

El concepto reduccionista de la educación médica: la insistencia en la enfermedad y el olvido del padecer. El paradigma biológico en lugar del paradigma bio-psico-social.

- La supervaloración de la tecnología médica y la devaluación de la clínica clásica.
- La excesiva especialización de los médicos.
- La burocratización de la Medicina.
- La comercialización de la Medicina.
- La “medicina defensiva”
- La deshumanización de la Sociedad moderna.

EL MÉDICO COMO FÁRMACO

“El médico es el ‘fármaco’ más frecuentemente utilizado en la práctica de la Medicina y, a pesar de ello, la farmacología de esta importante droga no existe, y ningún libro de texto contiene las recomendaciones acerca de la dosis de sí mismo que el clínico debe prescribir en cada caso, ni su forma y frecuencia, sus beneficios y sus riesgos”.

“Hay ausencia en la literatura médica de toda información sobre los riesgos potenciales de esta clase de fármaco, las reacciones alérgicas y otros efectos colaterales potenciales que puede ocasionar, y que debieran ser cuidadosamente vigilados. La ausencia de información en la práctica médica sobre esta tan excesivamente utilizada droga es paradójica y alarmante, particularmente si la comparamos con la abundancia de información que acompaña a todos los demás fármacos. La respuesta habitual a esta paradoja es que no toma mucho tiempo para que los médicos adquieran la necesaria habilidad para funcionar como fármacos, gracias a su experiencia y sentido común, pero la frivolidad de este argumento es obvia y aparente, sobre todo si se la compara con las descripciones detalladas que acompañan a todo nuevo producto farmacéutico que es ofrecido tras experimentos cuidadosamente ejecutados y controlados”.²⁸

Cuando se toca el tema de la iatrogenia, suele incluirse bajo este concepto el daño que el profesional de la Medicina puede causar a través de los efectos indeseables y tóxicos de los fármacos, de las manipulaciones quirúrgicas y de los métodos y procedimientos tecnológicos enfocados al diagnóstico. Olvidamos que el médico mismo, en su persona, en su relación con el paciente, es capaz de hacer daño.²⁹ Señalo, muy brevemente, algunos de los efectos iatrogénicos indeseables que pueden tener los médicos como fármacos:

Frialdad en el trato del paciente.

Autoritarismo (no confundir con paternalismo).

Decir al paciente la verdad desnuda.

Proyección al paciente de la psicopatología propia.

El análisis y discusión de todos y cada uno de estos puntos es digno de una presentación independiente. Aquí me limitaré solamente a comentar que, por desgracia, no escasean las manifestaciones de psicopatología entre los miembros de la profesión médica: somos humanos y

compartimos con los demás, los genes y las influencias positivas y negativas del medio en que nacemos y crecemos. Así pues, sufrimos (quizás en grado mayor que el promedio), entre otros: frustración de las necesidades de dependencia en la infancia; exposición a las enfermedades y la muerte en edades tempranas; depresión, a menudo negada o enmascarada; abuso de drogas ilícitas; problemas sexuales; represión de emociones; reacciones contrafóbicas contra la muerte y la enfermedad; fantasías de omnipotencia.

Consecuentemente, tratemos de nunca olvidar el juramento hipocrático, particularmente la advertencia: “ante todo, no hacer daño”, y tratemos de aplicar a nosotros mismos, otro consejo: “médico, busca curarte a ti mismo”.

REFERENCIAS

1. Martínez Cortés F. *Enfermedad y Padecer*. México: Medicina del Hombre en su Totalidad, 1983.
2. Levinson W, Roter DL, Mullooly JP, et al. Physician-patient communications. The relationship with practice claims among primary care physicians & surgeons. *JAMA* 1997;277:553-9.
3. Castañeda G. *El Arte de Hacer Clientela*. México: “El Hecho Mexicano”, 1933.
4. Castañeda Gonzalo. *El Arte de hacer Clientela*. México: Universidad Nacional Autónoma de México y JGH Editores, 1997.
5. Castañeda G, Jinich H. *El Médico, el Enfermo y la Medicina*. México: Universidad Nacional Autónoma de México, 1986.
6. Cohen D, Doyle W, Skoner D, et al. Social ties and susceptibility to the common cold. *JAMA* 1997;277:1940-4.
7. Cohen D, Tyrrell D, Smith AP. Psychological stress and susceptibility to the common cold. *N Engl J Med* 1991;325:606-12.
8. Cristakis MS, Allison P. Mortality after the hospitalization of a spouse. *N Engl J Med* 2006;354:719-30.
9. Berkman LF, Leo-Summers L, Horwitz RL. Emotional support and survival after myocardial infarction. *Ann Int Med* 1992;117:1003-9.
10. Freidman E, Thomas SA. Pet ownership, social support, and one year survival after acute myocardial infarction in a Cardiac Arrhythmia Suppression Trial. *Am J Cardiol* 1995;76:1213-7.
11. Spiegel D, Kraemer H, Bloom J et al. Effect of psychosocial Treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet* 1989;2:888-91.
12. Oxman T, Freeman DH, Manheimer E. Lack of social participation or religious strength and comfort as risk factors for death after surgery in the elderly. *Psychosomatic Medicine* 1995;57:5-15.
13. Jinich, Horacio. *El curanderismo*. En: Jinich, H. *El Paciente y su Médico*. 3ª ed. México: Alfil, 2006;p:155.
14. Viniegra LV. *Pensamiento teórico y el conocimiento médico*. UNAM. México, 1988-93.
15. Cobb LA. Internal mammary artery ligation for coronary insufficiency: An evaluation. *N Engl J Med* 1959;260:1115-8.

16. Dimond EG, Kittle CF, Crockett JE. Comparison of internal mammary artery ligation and sham operation for angina pectoris. *Am J Cardiol* 1960;5:483-6.
17. Grenfell RFA, Briggs H, Holland WC. A double-blind study of the treatment of hypertension. *JAMA* 1961;176:124-30.
18. Frankenheuser M, Penick, Fisher. Psychophysiological reactions to two different placebo treatments. *Scand J Psychol* 1963;4:245-50.
19. Ikenu Y, et al. A psychosomatic study of contagious dermatitis. *Kyushu J Med Sci* 1962;15:335-50.
20. Blackwell B, Bloomfield SS, Buncher CR. Demonstration to medical students of placebo responses and non-drug factors. *Lancet* 1972;1(7763):1279-82.
21. Branthwaite A, Cooper P. Analgesic effects of branding in treatment of headaches. *Br Med J* 1981;282:1576-8.
22. Levine JD, Gordon NC, Fields HL. The mechanism of placebo analgesia. *Lancet* 1978;2(8091):654-7.
23. Di Blasi Z. Influence of context effects on health outcomes: a systematic review. *Lancet* 357(9258):757-762.
24. Decety et al. The functional architecture of human empathy. *Behav Cogn Neurosci Rev* 2004;3:71-100.
25. Preston SD et al. Empathy: its ultimate and proximal bases. *Behav Brain Sci* 2002;25:1-72.
26. Sternberg, Esther M. Does stress make you sick and belief makes you well? The science connecting body and mind. *Neuroimmunomodulation. Perspectives in a new millennium. Ann New York Acad Sci* 2001;917:1-3.
27. Suchman AL, Matthews DA. What makes the patient-doctor relationship therapeutic? Exploring the conaxional dimension of medical care. *Ann Int Med* 1988;108:125-30.
28. Balint M. The doctor, his patient and the illness. New York. Pitman Medical. 1964.
29. Jinich, H. Daño iatrógeno en la relación médico-paciente. *Gac Med Mex* 1995;131:545-50.

Boletín del Colegio de Medicina Interna de México, A.C.

Continúan las mejoras de la página web del CMIM, ampliando y actualizando la información contenida para beneficio de todos los socios.

Te invitamos a que la visites y si consideras necesario incorporar alguna sección, hazlo saber directamente en nuestra dirección

www.cmim.org