

## LO “INQUIETANTE” EN LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE

Carlos Alvira

Citaremos dos estudios publicados en el ámbito médico que ponen en cifras la demanda que efectúa un paciente no orgánico a la medicina. Si nos remitimos a los datos publicados por el Servei Català de la Salut en un estudio realizado en 1996 en 21 Centros de Asistencia Primaria<sup>(1)</sup>, observamos en la tabla que se corresponde a la percepción del médico, que el tercer motivo de consulta, según el diagnóstico que consta en la historia clínica, es la depresión y la ansiedad, lo que significa el 7.3% de todas las consultas. En otro estudio publicado por el Dr. A. Bellès, radiólogo, en la revista Atención Primaria<sup>(2)</sup>, que toma como base su tesis doctoral, el 56% de las exploraciones radiológicas practicadas a hombres no eran consideradas patológicas por el radiólogo que las había informado, y en el caso de las mujeres la cifra de exploraciones normales llega hasta el 59%.

Es evidente, por tanto, el hecho de que un número elevado de pacientes que acuden a la consulta del médico no padecen una enfermedad orgánica, sino que su sufrimiento tiene que ver con la expresión de un malestar subjetivo. Pero desde la medicina se intenta no ver esta relación y, en vez de cuestionarse qué encierra el síntoma para cada paciente, se echa mano del saber médico en su vertiente biológica u organicista para acallararlo. Por su parte, el paciente se presta a esta actitud pues se le hace difícil aceptar y enfrentarse al síntoma en el que está implicado.

Es importante señalar que el discurso médico presenta la particularidad de dirigirse a la enfermedad como su objetopreciado, en ello basa su posición científica, ése es el interés de su investigación, pasando a segundo plano, o difuminando, al paciente como sujeto que la sufre. Jean Clavreul lo enuncia de esta manera: “Al constituir lo que hace su objeto (la enfermedad) como objeto de su discurso, la medicina borra la posición del

enunciador del discurso que es la del enfermo mismo en el enunciado de su sufrimiento”<sup>(3)</sup>. Esta circunstancia da una modalidad de relación en la que, ya de entrada, los deseos están orientados hacia lugares diferentes. Ciertamente las generalizaciones parten de un enunciado que es fácilmente criticable, pero vamos a suponer que nos estamos refiriendo a un porcentaje de la población, tanto de médicos como de pacientes, lo suficientemente significativo como para atribuirle una representatividad.

### El médico

El médico se encuentra con una demanda por parte del enfermo que está localizada como un dolor en el cuerpo, normalmente expresado en tono angustioso y arropado por niveles de urgencia más o menos imperiosos, en ese cuerpo que no se siente obligado a seguir las distribuciones neurológicas ni la geografía de los órganos. Es una clara demanda de interpretación del síntoma, por el lado del “qué me pasa”, más que por el lado del “por qué”. El médico busca entre sus herramientas interpretativas, que por su formación están basadas en la ciencia, y se desconcierta; el cuadro clínico no cuadra, le sobran o le faltan cosas, y de ahí, en vez de extraer un saber, cierra los ojos, no considera esos flecos tan llamativos que quizás lo cuestionan también a él como sujeto y dirige al paciente a una secuencia de exploraciones complementarias y con posterioridad a una medicación de la sintomatología.

Freud ya señalaba que el médico no está capacitado, por su formación, para entender las expresiones corporales del malestar subjetivo y que el comportamiento de estos pacientes no tiene su simpatía, ya que “infringen las leyes de su ciencia”<sup>(4)</sup> lo cual puede ser visto como una afrenta a su saber, algo que apunta a su falta y provoca un rechazo. Por lo que al desconocimiento de tal “enfermedad” y cómo manejarla, se suma una actitud distante con aquél que exagera y deliberadamente le engaña. Freud agrega que el médico “los castiga quitándoles su interés”<sup>(5)</sup>. Ciertamente se

pueden observar actitudes de desprecio o evasivas con estos pacientes, a los que denomina “pitis”, con un tono entre el desprecio y la burla, pues no los considera verdaderamente enfermos, se quejan por nada y le hacen perder su tiempo. Un tiempo que en las actuales circunstancias de saturación de las consultas y largas listas de espera, se considera muy valioso como para desperdiciarlo.

Podemos pensar que el médico desoye tal vez la demanda, en parte, por la complicidad que tiene con el malestar del paciente, con quien se puede identificar y por la dificultad para poder actuar desde este lugar. Jean Clavreul, en su libro: El orden médico, señala que “la elección de la profesión está en relación con preocupaciones, conflictos y fantasmas inconscientes que marcaron su infancia (...) que no cualquier estructura de la personalidad le permite a alguien llegar a ser médico”<sup>(6)</sup>. Lo que el paciente le trae como síntoma no le es ajeno de alguna manera y, ya sea por la vía de la identificación o por la relación con sus inquietudes personales, se siente convocado a un lugar inquietante, provocándole efectos poco tranquilizadores, por lo que a nadie sorprendería que se defendiese. La forma de protegerse es, pues, dejar a un lado todas las resonancias, que a nivel personal lo cuestionan, del síntoma que le trae el paciente, y sosegar con la práctica del saber médico que excluye estas consideraciones. Todo sujeto que atiende una demanda está implicado en ella, en la medida en que existe una responsabilidad de elección de respuesta.

La elección de respuesta médica que se observa hoy, es la prescripción en número elevado de psicofármacos como manera de hacer frente al malestar. Como afirma Rithée Cevalco: “La – elección ética – que supone la utilización masiva, y frecuentemente indiscriminada de psicofármacos, como recurso al tratamiento del malestar específico y actual de nuestra sociedad (...), malestar que se presenta bajo múltiples variedades de depresiones (...), se impone agresivamente en detrimento del deber del sujeto en encontrar las coordenadas subjetivas de su

malestar”<sup>(7)</sup>.

Las estadísticas son lo suficientemente explícitas, según datos facilitados por el Departamento de farmacia del ICS<sup>(8)</sup>, se pueden observar incrementos notables tanto en la prescripción como en el coste de los psicofármacos, año tras año. El consumo de los antidepresivos el año 1999 fue de 12.539.790.235 Ptas., lo cual supone un incremento en relación al año 1998 del 18% en lo referente al coste. Por lo que respecta al concepto DHD (que podemos traducir por dosis, dividido por 1.000 habitantes), se pasó de 29,4% a 33,9%, lo que significa un incremento del 15,1%. Sólo los analgésicos tuvieron un incremento mayor, del 18,8%. Pero los antidepresivos no son el único grupo dentro de los psicofármacos; los ansiolíticos e hipnóticos incrementaron el gasto en un 7% y supusieron un aumento en DHD del 6,4%. Por estrictas razones de mercado se puede entender que el coste de los antipsicóticos se haya incrementado el 29,2%, sin que se aprecie un aumento de las dosis que se han mantenido en el 5,7 DHD. Se observa con sorpresa el incremento del coste de farmacia del 29,1% de los antiepilépticos, que va acompañado de un incremento en las dosis del 15,1%. Quizás la explicación vendría por el lado de su utilización como tranquilizantes, no como antiepilépticos.

El consumo de farmacia en Catalunya, en el grupo de psicofármacos, supuso en el año 1999, 22.880.083.780 Ptas., lo cual es el 12,9% del gasto general de farmacia y supone un incremento en coste con respecto al 1998 del 17%.

Circunstancias actuales de la práctica médica.

El acto médico está sometido hoy a una serie de condicionantes que sirven de marco pero que no explican el porqué de su actitud de no ver más allá. Los condicionantes fundamentales serían:

1. La amplitud del saber médico es inabarcable, por lo que el profesional ha de concentrar su saber en terrenos cada vez más delimitados, omitiendo los otros.

2. La presión de las denuncias por mala práctica provoca un proteccionismo que tiene como consecuencia la conducta evasiva, que significa la postergación de su acto médico y la demanda de pruebas como forma de blindar su diagnóstico.

3. Decadencia de la figura del médico: la actuación por el lado del que tramita pruebas complementarias, medicinas, no por el lado del saber, la sospecha por parte del paciente de la valía del médico, la veneración por las pruebas complementarias, como forma de obtener la verdad; el tiempo de la consulta o la necesidad de visitar más pacientes por las listas de espera, que lo enmarcan en una situación desbordada.

4. Las nuevas maneras de nombrar al paciente: primero pasó a ser un “usuario”, ya no se trata del individuo que sufre sino del que utiliza un servicio médico; en la actualidad, se le denomina “cliente”, con lo cual la relación médico-enfermo se modifica radicalmente: el médico tiene un cliente a quien seducir y el paciente se presenta como el que tiene todos los derechos, la razón.

5. El laberinto administrativo como una parte muy importante de la inquietud del paciente: cómo conseguir que me realicen tal o cual prueba, qué papeleo necesito. Es seguro que se pueden añadir más condicionantes, pero creo que la lista hasta el momento es significativa.

La medicina está orientada para comprender al órgano o sistema, no para hacerse cargo de la totalidad del individuo con sus imprecisiones. Hoy en día es patente, desde todos los ámbitos, que por el empuje de la ciencia con sus adelantos, la medicina se sitúa bajo la misma órbita, a la manera de las ciencias naturales, separándose de su concepción humanista, excluyendo al sujeto de la decisión y delegando la responsabilidad en el saber “demostrado” de la ciencia. En la actualidad, está tomando fuerza en todo el mundo una corriente de actuación que se denomina “medicina basada en la evidencia” (Evidence-based-medicine).

Desde el Hospital Universitario de Getafe, en Madrid, Bravo y Campos<sup>(9)</sup> señalan en su página Web el razonamiento impulsor de este movimiento: la comprobación de la existencia de variaciones inaceptables en la práctica médica y que sólo una minoría de las intervenciones médicas de uso diario estaban apoyadas en estudios científicos fiables, llevó a un grupo de médicos a iniciar un nuevo movimiento dentro de la enseñanza y práctica de la medicina. Los pioneros son un grupo de médicos de la Universidad de MacMaster a los que se les han unido profesionales de todo el mundo; en nuestro entorno el Institut Universitari Fundació Parc Taulí de Sabadell, entre otros. La traducción al castellano no es del todo correcta, ya que el término evidence, según el diccionario Collins se corresponde a prueba, testimonio, datos, hechos. En palabras de sus precursores la Medicina basada en la evidencia “es la utilización concienzuda, juiciosa y explícita de las mejores pruebas disponibles en la toma de decisiones sobre el cuidado de los pacientes” <sup>(10)</sup>.

Podríamos pensar que se trata de una corriente que va en contra de la arbitrariedad del médico en la forma de realizar la anamnesis, la exploración y la terapéutica, y ciertamente uno de sus motivos es éste. Pero si se observa detenidamente, es un refuerzo por elevar la evidencia médica al rango de verdad, un intento para poder explicarlo todo con parámetros y dejar de lado toda subjetividad, tanto por parte del médico como del paciente. Con lo cual se excluye al médico como responsable de su acto, al introducir el protocolo, que es el que avala sus decisiones y le releva de su responsabilidad. Está claro que la tendencia es, pues, a homogeneizar la respuesta terapéutica que el médico ha de dar a la demanda particular de cada paciente.

Colette Soler nos pone sobre aviso en este punto: “(...) y sin embargo, si la terapia es válida para todos y se rige por un universal, la respuesta de los enfermos empieza a mostrar una particularidad que a él (al médico) lo desconcierta. No todos los enfermos responden de la misma manera al mismo tratamiento”

<sup>(11)</sup>.

Nos enfrentamos, pues, a una paradoja. Por un lado, los protocolos nos orientan para evitar las arbitrariedades y producir una práctica médica más eficaz pero, en vez de producir una disminución de las particularidades de los síntomas, nos encontramos como réplica el aumento de los enfermos no orgánicos y un abanico de respuestas particulares a los tratamientos médicos.

### La demanda y la ética

Lacan señala dos puntos fundamentales en la relación médico-paciente: la demanda y la ética. Para él, la demanda es el límite donde el médico debe actuar y a la que debe responder y la entiende como el deseo sobre el cual el paciente parece no saber, no como aquello que nos pide directamente. Su tesis es que la única manera de poder sostener la función del médico, es a partir de su respuesta a la demanda del paciente. Está claro que de lo que se trata es de poder escuchar primero, sin taponar, para poder responder a aquello que nos pide. Por lo que se refiere a la ética, podríamos decir que si la expresión del goce en el cuerpo es la enfermedad, la actitud ética del médico vendría determinada por una posición crítica, no complaciente con la enfermedad y, sobre todo, por no permitir que ésta se instale en el paciente. No consentir la identificación por parte del paciente a un significante médico, que es poco comprensible para él pero que está cargado de un simbolismo que lo limita y, posiblemente, de por vida. Dejar abierta la vía de lo particular que hay en la enfermedad posibilita el abordaje terapéutico y la disminución de este sentimiento mortífero.

### El paciente

Una de las cosas que más me han llamado la atención en mi práctica médica, como radiólogo, es la tendencia que tienen algunos pacientes a identificarse con un nombre extraído del léxico médico. Ante la pregunta del médico a su paciente - “¿Qué le pasa?”-, la respuesta es el nombre de una enfermedad o síndrome que para ellos es desconocido. Esta nominación parece

tener el efecto sobre el paciente de haber llegado a una meta y por lo tanto terminar un recorrido. Es como si, por fin, obtuviese la síntesis de lo que le pasa, esto le da un sentido dentro del sin sentido que tiene para él la palabra que lo nombra, lo identifica. Se ha de reconocer que dar nombre a la enfermedad, al padecimiento, produce un efecto tranquilizante, alivia al paciente, pone un límite que tiene efectos beneficiosos. El problema surge cuando el acto médico se limita a esto, a identificarlo a su enfermedad.

Es sabido que la demanda al médico no busca solamente la curación, sino que, más bien, coloca al médico ante la prueba de sacarlo de su condición de enfermo. Esto puede implicar que el paciente esté totalmente adherido a su enfermedad y en el fondo lo que está pidiendo es que se le confirme como enfermo y que lo traten como a tal, para poder beneficiarse de las ventajas de su posición. El salvoconducto es esa palabra, ese significante que tiene sentido en el ámbito del médico, que le garantiza unos privilegios pero que, al mismo tiempo, obtura cualquier pregunta sobre lo que le pasa, incluso lo que le pasa a nivel del cuerpo.

Este paciente instaurado debe reafirmarse en su posición con regularidad, producir síntomas y someterse a pruebas que autentifiquen su condición. A esto le ayuda el sentimiento de culpabilidad del médico: ya que no puede curarlo, quiere resarcirlo de su desgracia de la manera que le parece posible, que es ofreciéndole los recursos sanitarios que tenga a su alcance. Todos estos factores producen una instauración muy intensa de la enfermedad en el paciente.

Se presenta como un enigma porque el sujeto opta con mayor frecuencia por la enfermedad y el dolor en lugar de optar por su salud. Colette Soler<sup>(12)</sup> señala que el dolor físico puede volverse objeto valioso para los enfermos y que este objeto puede, por lo tanto, ser una forma de tener, aunque sea bajo esas circunstancias. Esto lo afirma pues nota que algunos pacientes manejan su dolor como un tener: “Tengo mucho dolor”, y dicen a veces, en un

contexto de rivalidad con otros enfermos, “Sufro más que nadie”.

Este tipo de comportamiento, la elección de la enfermedad como forma de vivir, está claramente reflejado en la película “Abre los ojos” de Alejandro Amenábar, en la que al protagonista se le ofrece la posibilidad, después de un terrible accidente, de imaginar no sólo que no lo ha padecido, sino que puede orientar su vida para conseguir lo que desee. Y el infortunado protagonista recae en su enfermedad, en su dolor, una y otra vez, reviviendo el accidente y su desfiguración, planeando sobre él los más atroces destinos.

Se puede concluir a la vista del panorama descrito que uno de los nudos sobre los que se podrían aplicar los primeros esfuerzos para intentar mitigar lo inquietante de esta relación entre el médico y el enfermo, sería la formación de los médicos en el campo de otra escucha, sobre la que Freud ya nos ha advertido que no es mucha, como la mejor forma de atender la demanda del paciente y poder responder a ella. Es necesario, por otro lado, el trabajo conjunto entre la medicina y el psicoanálisis, no como saberes excluidos sino desde posiciones de entendimiento que utilicen su práctica y su teoría para dar una respuesta terapéutica más acorde a la demanda que se produce hoy, actuando sobre lo que quiere decir el síntoma y qué representa para el sujeto. Trabajo planteado en contraposición a la vía de la evitación que es la de los psicofármacos que, paradójicamente en su función de amortiguar el síntoma, lo que consiguen es que lo evitado vuelva con más insistencia, por lo que se requieren otros fármacos y más potentes, demostrándose que en vez de acallar lo que se consigue es estimular el síntoma, sin comprender.

## NOTAS

1. Elisa Séculi, *Morbilitat atesa en l'Atenció Primària*. Servei Català de la Salut, Barcelona, 1996, pág. 24.
2. Bellés A, “Estudio de la demanda radiológica en Asistencia Primaria”, *Atención Primaria*, volumen 9 numero 3,

marzo de 1992, pág 151.

3. Clavreul, Jean. El orden médico, Argot, Barcelona, 1978, pág. 50.

4. Freud, Sigmund. “Cinco conferencias sobre psicoanálisis”, en O.C. Ed. Amorrortu, Buenos Aires, 1994 pág. 50.

5. Ibid., Pág. 9.

6. Clavreul Jean, El orden médico, op. Cit. Pág. 127.

7. Cevasco, Rithèe. “Psicoanálisis y ciencias sociales”, a L’interrogant, Fundació Nou Barris, Barcelona, 1998, pág. 55.

8. Publicaciones del Departamento de Farmacia, Institut Català de la Salut, 1999.

9. Bravo y Campos. Página Web

[www.infodostor.org/rafabravo/mbepasos.htm](http://www.infodostor.org/rafabravo/mbepasos.htm), medicina basada en pruebas.

10. Ibid.

11. Soler, Colette. “Descartes con Freud”, en Psicoanálisis y medicina, dolencias hacia el síntoma, Atuel, Buenos Aires, 1996, pág. 74.

12. Ibid. ,pág. 76.

## BIBLIOGRAFIA

• Freud, Sigmund. El malestar en la cultura, Ed. Amorrortu, Buenos Aires,1996.

• Lacan, Jacques. “Psicoanálisis y medicina”, en Intervenciones y textos 1, Manantial, Buenos Aires, 1957.

• Soler, Colette. “Descartes con Freud”, en Psicoanálisis y medicina, dolencias hacia el síntoma, Atuel, Buenos Aires, 1996.

• Clavreul, Jean. El orden médico, Argot, Barcelona, 1978.

• Vicens, Antoni. “Psicoanálisis, Medicina”, prólogo del libro de Jean Clavreul. El orden médico.

• Centro Cochrane Español. Medicina Basada en la evidencia. Institut Universitari Fundació Parc Taulí de Sabadell.

Carlos Alvira és Metge-Radiòleg. Cap de Servei del CAP 2 de Sant Feliu.

---

**Artículo publicado en la revista que edita la *Fundació Nou Barris per a la salut mental*, n°4, año 2000.**