

# DEL ARTE DE CURAR

*Por Juan Ramón de la Fuente*

**P**aradójicamente, los múltiples logros de la medicina científica han aumentado las expectativas mágicas de curación que tienen muchos pacientes. Las historias y los reportajes sobre los triunfos de la ciencia médica tienden a aumentar la fe del público en la sabiduría de los médicos. Los avances de la medicina contemporánea, incorporados cada vez más a la cultura general en versiones muchas veces simplistas, aumentan la confianza de los enfermos. Sin embargo, los médicos sabemos menos de lo que se cree. No obstante, muchos de nuestros pacientes mejoran y algunos hasta se curan. ¿Por qué ocurre esto?

## *I. La relación con el paciente*

Ante el dolor, la angustia o la muerte, el hombre se siente desamparado y pide ayuda a quien tiene el poder o la voluntad de ayudarlo; el brujo dentro del modelo mágico de las sociedades primitivas, el sacerdote dentro del modelo místico de las civilizaciones antiguas y durante el medioevo, y el médico dentro del modelo naturalista de la Grecia clásica y en la sociedad occidental, a partir del Renacimiento.

En la actualidad, los médicos, sobre todo los que nos adherimos al modelo de la llamada medicina académica, nos empeñamos en vestir nuestra práctica con ropaje científico. Qué bueno que así sea. No obstante, hay que reconocer que en nuestro ejercicio profesional siguen estando presentes la ambigüedad y la incertidumbre; y que el modelo académico de la medicina coexiste con otras formas no científicas de entender la enfermedad y definir la función social del médico y del enfermo. De tal suerte, la magia, la religión y el empirismo continúan influyendo en los conceptos y en las actitudes de los enfermos y de los médicos.

El curador primitivo, el hechicero o el curandero en sus diversas versiones, fueron y siguen siendo, con alguna frecuencia, terapias exitosas. El hecho de que en la actualidad, aun en los países social y culturalmente más avanzados, un número estimable de personas recurran a formas de medicina cultista y popular en las cuales los elementos mágico-místicos son predominantes, es algo que no puede ignorarse. Después de todo, esto podría ser una característica de la postmodernidad.

Independientemente de sus matices, en esta relación ha estado siempre presente la subjetividad. Subjetividad del enfermo y también del médico. Cuando un paciente mejora, el médico se acredita de inmediato como responsable de ello, a pesar de que la evaluación rigurosa de la eficacia y de la eficiencia de las medidas terapéuticas sea complicada y no esté al alcance de todos los médicos. Si acaso, lo estará de los investigadores clínicos.

Cuando una persona enferma y se experimenta impotente ante la fuerza de la enfermedad busca la ayuda del médico, al cual le atri-

buye los conocimientos y el poder para restaurarle su salud. A cambio de recibir ayuda, el paciente asume con frecuencia una actitud expectante y a veces aun, sumisa. Así, las circunstancias del encuentro, la personalidad, la educación y las actitudes de ambos participantes, determinan en buena medida el curso y destino de la evolución del paciente.

Cuando el médico le dice al paciente que su fiebre se debe a un virus los dos se sienten reconfortados, aun cuando no se hayan hecho las pruebas virológicas correspondientes. Lo que ocurre es que el problema queda ubicado dentro de un marco de referencia aceptable y entendible por ambos. Esto, en sí mismo, es terapéutico.

Las teorías sobre las enfermedades son intentos por ordenar lo que aparentemente resulta desordenado, por encontrar la unidad dentro de una aparente diversidad, y por simplificar lo aparentemente complejo. De ahí que haya una cierta similitud entre la medicina tradicional y la medicina científica, en tanto que ambas buscan encontrar explicaciones para estos fenómenos. En lo que difieren es que el dogma que caracteriza a la primera es incompatible con el pensamiento científico, el cual es fundamentalmente hipotético y deductivo. Además, el método científico se apega estrictamente a la realidad.

Lo que distingue al médico exitoso del que no lo es, es que éste subestima la fuerza de los sistemas personales y culturales de sus pacientes, y no se percata de cómo estas fuerzas interfieren con la asimilación de sus instrucciones y consejos. Si el médico desconoce el marco de referencia de su paciente, sostendrá con él un diálogo de sordos; si bloquea o rechaza la comunicación del paciente entonces, además, es probable que la información que obtenga sea incorrecta. Estos problemas de comunicación que tienen que ver mucho con la subjetividad no sólo anulan la posibilidad de establecer una relación terapéutica con el enfermo, sino que en gran medida son responsables de algunas de las contradicciones de la medicina académica y tienen repercusiones no sólo en la salud individual, sino también colectiva.

Hay estudios que muestran que en poblaciones comparables la frecuencia de ciertos procedimientos quirúrgicos relativamente sencillos, como pueden ser la histerectomía, la prostatectomía o aun la amigdalectomía, varía hasta en un 600 por ciento. Una forma de interpretar estos datos sería que la salud de una comunidad determinada, depende fundamentalmente del número de médicos que en ella ejerce, de sus especialidades o de los procedimientos terapéuticos de su preferencia. Esto es poco probable que sea cierto. Una interpretación más adecuada es la propuesta por Leon Eisenberg, profesor de Salud Pública y Medicina Social de la Universidad de Harvard, quien ha podido documentar que más allá del interés económico de los médicos, lo que está de por medio en estas decisiones es el tipo de relación que establecen con sus enfermos.

El médico posee una autoridad que proviene del respaldo de su sociedad y cuyas viejas raíces se hunden en la historia de la especie. El médico moderno, el heredero del shamán, posee el secreto y la magia: es decir, la ciencia y la técnica. Autoridad por parte del médico y acatamiento por parte del enfermo, son los polos de la relación que se establece entre ambos.

## II. Enfermedad y padecimiento

Hay una diferencia entre enfermedad, entendida como concepto médico, y padecimiento, restringido a la experiencia del enfermo. Con frecuencia, los médicos diagnosticamos y tratamos enfermedades, las cuales percibimos como entidades manifestadas por anomalías más o menos específicas, susceptibles de ser verificadas por métodos objetivos y reproducibles en el laboratorio. Pero el padecimiento es algo diferente. Para ilustrarlo, un buen ejemplo es el de las talasemias.

En 1925, Cooley y Lee informaron sobre cinco niños con anemia que presentaban crecimiento del hígado, pigmentación de la piel, engrosamiento de los huesos y glóbulos rojos con una forma diferente a la normal. En 1932, la anemia de Cooley se rebautizó como talasemia, cuando se observó que ésta era común en niños provenientes de familias de origen mediterráneo. En 1940, Wintrobe estableció las bases genéticas de este trastorno al distinguir entre la talasemia menor en los heterocigotos y la talasemia mayor en los homocigotos; y 15 años más tarde Kinkel descubrió que un componente normal de la hemoglobina, llamado hemoglobina A-2, se encontraba aumentado en pacientes con talasemia menor. Recientemente, gracias a la tecnología del DNA recombinante, se han reconocido más de 50 patrones de alteraciones genéticas en la molécula de la hemoglobina capaces de producir un cuadro clínico de talasemia.

La definición de esta enfermedad ha cambiado radicalmente. Hoy sabemos que la talasemia se refiere a un grupo heterogéneo de trastornos hereditarios en la síntesis de la hemoglobina. Más aún, algunos síndromes talasémicos no presentan ninguna manifestación clínica, al punto que el hematólogo puede diagnosticar la enfermedad en ausencia del padecimiento.

Este caso pone de manifiesto, por un lado, que los eventos biológicos que determinan la aparición de las enfermedades existen como fenómenos de la naturaleza independientemente de que sean o no reconocidos como tales; y, por otro, que la identificación de un fenotipo como patológico, es más un juicio social que una conclusión científica.

Hay enfermos que no padecen su enfermedad. El caso típico es el del sujeto asintomático que se somete voluntariamente a un chequeo y en el que ahí se le identifica y diagnostica como hipertenso. A partir de entonces, empieza a padecerla. Hay evidencia de que muchos de ellos, toda vez que conocen su condición, presentan malestares que antes no tenían. Más aún, algunos de estos pacientes al recibir el tratamiento antihipertensivo pueden experimentar, además, fatiga y depresión. Ocurre pues, que un sujeto puede estar enfermo sin saberlo y no tener síntomas; se convierte en paciente al saberse enfermo.

## III. Influencias inespecíficas

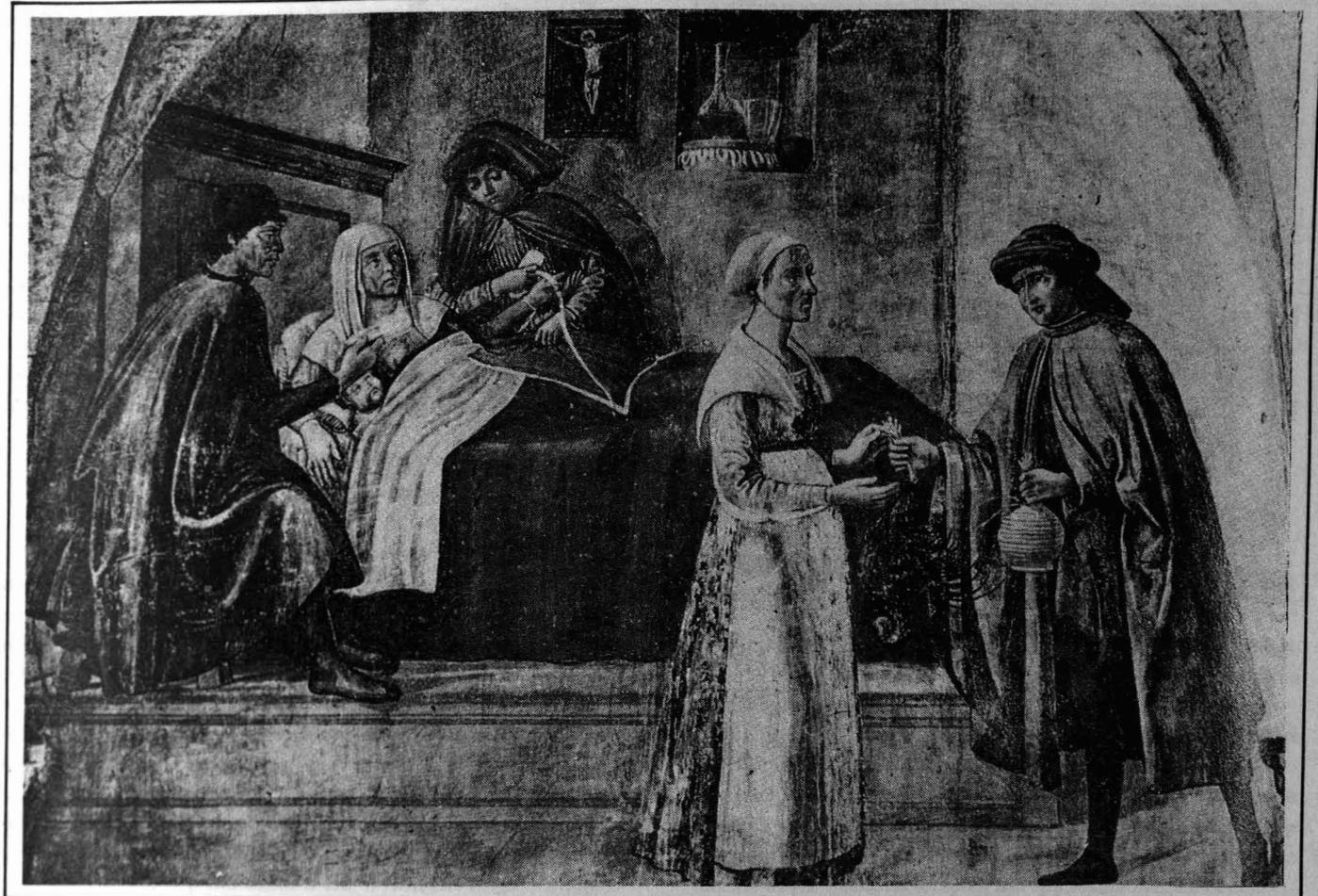
La actitud del médico puede aumentar o disminuir los efectos de una medida terapéutica. También la personalidad del paciente y su actitud hacia el médico y hacia su enfermedad, son capaces de influir en el efecto global de tales medidas. El paciente que nos describe sus síntomas, que nos plantea las consecuencias que éstos tienen

en su vida familiar y social, que nos pide y nos permite que lo examinemos, espera algo a cambio. Al igual que en el pasado, los pacientes que salían del consultorio con un tónico en la mano esperan ahora salir con una receta en el bolsillo. Los medicamentos representan el poder real del médico. Son la expresión simbólica de ese poder. Cinco mil años de expectativas, sugestión y magia están contenidas en alguna forma en la prescripción médica. Frecuentemente ni el médico ni el enfermo están conscientes de este elemento mágico. La expectativa compartida por ambos de que las píldoras contienen la clave de la salud, es confirmada por el hecho real de que la ciencia médica dispone hoy en efecto, de medicamentos poderosos. Pero no hay que olvidar que no fue sino hasta hace muy poco tiempo que el médico contó con medicamentos realmente eficaces. Lo que ha ocurrido y seguirá ocurriendo, es que hay pacientes que mejoran independientemente del tratamiento al que están sujetos.

En un estudio ingenioso, Paul Beeson, también de Harvard, comparó los tratamientos recomendados en la primera edición del texto de medicina de Cecil de 1927 con los de la 14a. edición del mismo texto publicado en 1977. En sus conclusiones señala que el 60 por ciento de los remedios propuestos en la primera edición se considerarían según los criterios terapéuticos actuales, como inefectivos, peligrosos, o aun letales, y que solamente el tres por ciento del total podrían seguirse considerando como efectivos y seguros en la actualidad. En realidad, los resultados del ejercicio de Beeson son muy alentadores. Ponen de manifiesto el progreso indiscutible de la medicina durante estos últimos 50 años. Pero entonces, ¿cómo es que se curaban o, por lo menos, mejoraban algunos pacientes?

En otro estudio, éste en relación a la ciencia en la China tradicional, Joseph Needham relata un pasaje sobre la organización burocrática en el periodo de Chou Li, en el cual existía una oficina encargada de la administración médica. Entre sus funciones estaba la de evaluar el desempeño de los médicos al final de cada año. El ejercicio al parecer no era tanto académico sino económico, ya que el salario del médico dependía del grupo en el que fuera calificado. En el primer grupo con los salarios más altos quedaban aquellos que habían curado al 100 por ciento de sus pacientes; en el segundo quedaban aquellos que habían tenido éxito en el 90 por ciento de los casos, y así sucesivamente hasta llegar al grupo más bajo con aquellos que no habían sido capaces de curar a más del 60 por ciento de los pacientes que habían visto durante el año. Lo más interesante, es que al comentar al respecto de este sistema en el siglo segundo de nuestra era, un distinguido colega chino de nombre Cheng Kang Cheng señalaba que la razón por la cual aquellos que fallaban en cuatro de cada diez pacientes que atendían eran puestos en el último grupo con el salario más bajo, se debía a su casi absoluta ineficiencia, ya que la mitad de los pacientes se hubieran recuperado de todas formas, independientemente de que hubieran o no acudido al médico. La observación de Cheng sugiere que los médicos chinos de la época tenían conciencia de la naturaleza autolimitada de muchos de los problemas de salud que confrontaban.

Otro elemento que influye en forma determinante en la evolución del paciente es su adherencia al régimen prescrito. En uno de los ensayos clínicos controlados mejor diseñados y conducidos en los últimos años, se estudió el efecto de un medicamento, el clofibrato, sobre la cardiopatía coronaria. De los 1 000 pacientes que recibieron el medicamento, aquellos que lo tomaron consistentemente durante cinco años mostraron una tasa de mortalidad del 15 por ciento, en contraste con la tasa de mortalidad del 24.6 por ciento que se observó en quienes no lo tomaron en forma ordenada y continua durante el mismo periodo. Esto parecería indicar en principio, que el clofibrato era bastante efectivo para disminuir la mortalidad por esa cardiopatía; sin embargo, el diseño doble ciego incluyó a un grupo



adicional de pacientes comparables que recibieron durante el mismo tiempo una sustancia inerte. Un sistema de sorteo riguroso garantizó que todos los pacientes que participaron en el estudio tuvieran exactamente las mismas probabilidades de estar en cualquiera de los dos grupos. De los 2 700 pacientes que conformaron el grupo control, es decir, que no tomó clofibrato, aquellos que tomaron su píldora en forma constante y ordenada mostraron una tasa de mortalidad del 15.1 por ciento, en contraste con la mortalidad observada en aquellos que no la tomaron en la forma indicada que fue del 28.3 por ciento.

En realidad lo que este estudio mostró fue que el clofibrato no fue el factor determinante en la evolución favorable de los pacientes. Todos los que se adherieron rigurosamente a las indicaciones del médico tuvieron una tasa de mortalidad más baja y muy similar.

Independientemente de las consecuencias biológicas y psicosociales de este tipo de fenómenos y de las múltiples variables que en ellos influyen, dada su universalidad y su capacidad de sobrevivencia, no queda más remedio que seguirlos considerando como algo fundamental y característico de la práctica médica. La sofisticación experimental alcanzada en la investigación clínica permite reconocer estos fenómenos como una fuente capaz de oscurecer el efecto del procedimiento o la maniobra terapéutica, pero el fenómeno subsiste.

Si se revisa el contenido de los libros que sobre Controversias en Medicina Interna editara Franz Ingelfinger hace algunos años, se puede constatar de que a pesar de los progresos alcanzados por la ciencia médica moderna sigue habiendo grandes desacuerdos entre los especialistas, sobre todo, en relación a la terapéutica. El problema actual no es tanto de tratamientos inefectivos, sino de la variedad de tratamientos supuestamente efectivos que se recomiendan

para resolver el mismo problema. Es común que el tratamiento indicado con mucha seguridad por un especialista de prestigio sea cuestionado por otro especialista igualmente prestigiado. El reto consiste pues, en averiguar por qué es exitoso un tratamiento.

#### *IV. El efecto placebo*

Hay que considerar que algunos pacientes responden al médico independientemente de lo que el médico les dé. A la respuesta favorable del encuentro del paciente con el médico se le conoce como efecto placebo. Placebo, que significa "yo complaceré".

El diccionario médico de Dorland define al placebo como una sustancia o preparación inactiva dada para satisfacer la necesidad simbólica del paciente de recibir un tratamiento farmacológico y que es utilizada en los estudios clínicos controlados para determinar la eficacia de sustancias medicinales. También se le define como un procedimiento sin valor terapéutico intrínseco.

La anterior es, sin duda, una definición restringida e injusta, pues este efecto, llámesele efecto placebo o no, es el único componente de la terapéutica consistentemente presente en la historia de la medicina y una de las principales herramientas del médico probadas a través de los siglos. Además, es cuestionable que los placebos se den únicamente para satisfacer las necesidades simbólicas de los pacientes de recibir un tratamiento farmacológico. De hecho, la definición desacredita los aspectos psicosociales del encuentro terapéutico, el cual es capaz de suscitar una respuesta en el paciente tan real como la de muchas sustancias farmacológicamente activas. Prueba de ello son los propios estudios controlados en pacientes con enfermedades tan variadas como la úlcera péptica, la angina de pecho y ciertas formas de reumatismo, en los que se han encontrado res-



puestas terapéuticas en los grupos que recibieron placebos que oscilan entre un 30 y un 70 por ciento.

En la práctica, el término de placebo tiene diversos significados. Para el farmacólogo experimental, el placebo es en efecto una sustancia inerte farmacológicamente; en tanto que en la clínica, el término placebo se usa más bien para referirse a aquellas sustancias que aun cuando no tienen un efecto específico conocido producen cambios favorables en algunos pacientes.

Conviene puntualizar que casi todos los fármacos tienen un componente de placebo. La industria farmacéutica está bien conciente de este fenómeno y de ahí los colores, los tamaños e incluso los nombres comerciales de muchos medicamentos. Las cápsulas de dos colores, por ejemplo, parecen ser particularmente atractivas. También es común que los médicos en su práctica prescriban el mismo medicamento con otro nombre, con píldoras de otro color o tamaño y obtengan así una mejor respuesta a pesar de ser exactamente el mismo compuesto que prescribieron originalmente, con el cual no encontraron una respuesta adecuada. En este sentido vale la pena recordar los efectos de muchas de las fórmulas magistrales que los médicos de la época precientífica de la medicina prescribían con cuidado y con afecto. Estas fórmulas, a pesar de su mal sabor y de su mal olor, o quizá por eso mismo, eran efectivas, por lo menos hasta cierto grado. De hecho, en algunas personas sigue prevaleciendo la idea de que las medicinas, para que funcionen, deben saber mal.

Otro ejemplo interesante lo constituyen las inyecciones, sobre todo si son dolorosas. Habitualmente se perciben como más eficaces y muy superiores a las píldoras. Aquí sí pudiera darse el caso de que para algunos pacientes, el solicitar algo deseado y temido al mismo tiempo satisfaga ciertas necesidades emocionales. El médico sagaz, perceptivo de éstas, puede inclinarse por prescribir inyecciones y lograr de hecho una mejor respuesta terapéutica aun cuando no sean superiores a las píldoras.

Si reconocemos que la medicina científica es muy reciente y que los ensayos clínicos controlados lo son aún más (el primero de ellos fue en relación al tratamiento de la tuberculosis con estreptomycin y apareció publicado en 1948), no es exagerado decir que la historia de la terapéutica médica ha sido la historia del efecto placebo.

Precisamente, los ensayos clínicos controlados han tratado de neutralizar este efecto. Sin embargo, no basta con que el diseño experimental sea riguroso. La hipótesis en todo caso sería que un medicamento actúa favorablemente sin la participación del médico. Aun

en estas condiciones ocurre que fármacos probadamente potentes y a veces muy específicos producen "inexplicablemente" efectos que varían entre paciente y paciente. Se debe reconocer pues, en un sentido estricto, que no ha sido posible neutralizar totalmente al efecto placebo en la investigación clínica.

Si aceptamos entonces que casi todos los medicamentos tienen un efecto placebo además de su efecto farmacológico, sería una contradicción aceptar que los placebos sean solamente sustancias inertes. Más bien se trata de sustancias que actúan a su manera y que son capaces de producir ciertos efectos de tipo farmacológico, aunque éstos no sean explicables en términos moleculares ni demostrables en el laboratorio. Hay que recordar que los placebos no siempre hacen que los pacientes se sientan mejor, también son capaces de producir síntomas tales como náusea, vómito, sequedad de boca, mareos, etcétera.

#### V. ¿Un proceso triangular?

Todo parece indicar que el que algunos enfermos mejoren o se curen es resultado de un proceso de influencias recíprocas. La relación médico-paciente influye en la respuesta de este último a los medicamentos prescritos, y el acto de prescribir medicamentos y los efectos que éstos producen, influyen a su vez en la relación. De esta suerte, se conforma un triángulo entre médico, paciente y medicamento (o maniobra terapéutica), y se establecen relaciones entre el paciente y su medicamento, el médico y el medicamento, y el paciente y su médico. Es esta interacción triangular la que determina el efecto final; y es en este contexto, en el que puede entenderse cómo el médico es capaz de producir reacciones positivas o negativas en su paciente, independientemente del tratamiento que indique.

Ciertamente, sabemos mucho más en relación a la primera de las interacciones; es decir, a la que ocurre entre el paciente y su medicamento. Los estudios farmacodinámicos y farmacocinéticos nos permiten saber con bastante precisión lo que el organismo le hace al fármaco y lo que el fármaco le hace al organismo. También sabemos algo en relación a la segunda interacción, la que se da entre el médico y el medicamento que prescribe. Parte de ésta se ve influida por el trabajo promocional de la industria farmacéutica, pero sería injusto dejar de reconocer que hay muchos médicos que realmente conocen bien sus medicamentos y los prescriben con buen juicio. Pero de la que seguimos sabiendo menos en términos científicos es sobre la última de las interacciones y que he matizado buena parte de este ensayo: la relación del médico con su paciente. Es claro que existen limitaciones metodológicas para estudiarla con más rigor. En este sentido, el reto intelectual radica en desarrollar nuevos modelos teóricos que permitan explorar el fenómeno más a fondo; pero va a ser difícil lograrlo siguiendo esquemas convencionales. Los médicos vemos solamente lo que estamos preparados para ver, y una vez que aparece un nuevo paradigma, éste se convierte en la forma convencional de ver el problema. Por añadidura, nuestra preparación epistemológica es en términos generales limitada, y rara vez hemos estado sujetos a estímulos imaginativos.

Albert Einstein decía que para el investigador las construcciones imaginarias son tan necesarias y naturales que debe tratarlas no solamente como el producto de sus fantasías, sino como posibilidades reales. Quizá si en forma paralela a la expansión de la ciencia biomédica y de la biotecnología logramos incorporar al pensamiento médico y a la investigación clínica otros métodos provenientes no sólo de las ciencias sociales o de las ciencias de la conducta, sino también de las ciencias de la información y de la cibernética, podamos avanzar, a través de una nueva síntesis, en el conocimiento de estos fenómenos. ♦