

SUPLEMENTO

LA COMPRENSIÓN INTEGRAL DE LA PERSONA DESDE LA MEDICINA

Mons. Ignacio Carrasco de Paula

2da. Conferencia Internacional "Con todos y para el bien de todos". Palacio de las Convenciones, La Habana, Cuba. 2016.

Presidente de la Academia Pontificia por la Vida.

Doctor en Medicina. Especialista en Psiquiatría.

Lic. en Teología. Lic. en Filosofía.

Experto en Bioética de la Santa Sede.

Introducción.

A finales de los años cincuenta el nuevo catedrático de Patología General de la Facultad de Barcelona (Prof. Fernández Cruz) comenzaba el curso con una declaración sorprendente: "la patología es una parte de la metafísica, en cuanto que la metafísica estudia el ser y la patología el ser enfermo". Hoy, una frase de este talante en un aula clínica sería acogida, en el mejor de los casos, con una benévola sonrisa. Pero en los años cincuenta no.

En esa época la Medicina - todavía indecisa a mitad camino entre reconocerse como arte o como ciencia - podía presumir de pocas certezas. Una de esas certezas era que la enfermedad no podía ser reducida a la mera presencia de un proceso patológico, fuera éste de naturaleza somática, psicológica, existencial, etc. Así lo sostenía en Europa sobre todo la entonces influyente escuela de medicina psicosomática representada entre otros por Biswanger y Von Gebattel. Para Biswanger la enfermedad era una de las muchas formas de comportamiento de los seres humanos, un modo de su ser-en-el-mundo, una disposición subjetiva

peculiar ante la realidad circunstante y las relaciones interpersonales. Von Gebattel, por su parte, sostenía que el tratamiento debía de estar orientado antropológicamente, es decir debía confrontarse con la realidad existencial objetiva y con la dimensión interpersonal de la vida del paciente.

Con el paso del tiempo, creo que ese "ser enfermo" o "modo de ser enfermo" del Prof. F. Cruz predispuso a muchos a concebir la enfermedad como "el modo personal, es decir, único y en cierto modo irreductible, de reaccionar de una persona enferma ante la irrupción inesperada de una patología con todo su cortejo de síntomas y de inquietantes incertidumbres". En efecto: el proceso patológico es una realidad objetiva compartida por todos los enfermos afectados por ella, no así el modo como cada uno reacciona: hay quien se deprime y quien combate, hay quien acepta la realidad y quien se resiste, hay quien confía en los profesionales que le asisten y quien busca soluciones por su cuenta. Todo esto se refleja en el axioma "no hay enfermedades sino enfermos".

Un año después, en la misma Facultad barcelonesa el profesor de medicina interna (el admirado Dr. Soriano) de alguna manera anticipaba la actual medicina de la evidencia, con

advertencias como la de que sólo había cuatro medicamentos en los que podíamos confiar de verdad (aspirina, morfina, quinina y penicilina). Durante los tres cursos de clínica interna, no nos impartió una sola clase teórica (lo hacían sus ayudantes), pero en su aula nos hizo conocer centenares de pacientes. El primero fue una mujer que se llamaba Lola. La trajeron en una camilla, en evidente estado de confusión. Después de una breve introducción, el Prof. Soriano invitó a uno de los compañeros sentados en la primera fila del anfiteatro a ayudarlo a iniciar la anamnesis. Pronto comprendimos que el abatimiento de Lola no era sueño sino una condición de total inconsciencia que la hacía inaccesible: no respondía ni siquiera a los estímulos provocados con un punzón. Es decir, aquello era un coma en toda regla. Hubo pues que dejar la anamnesis para otro momento. Mientras se llevaban a la enferma el profesor nos explicó que Lola había trabajado durante años en una taberna y que padecía cirrosis hepática en estado avanzado.

Siguieron otros enfermos, hasta que concluimos aquella primera mañana especialmente impresionados de que pudiéramos aprender directamente con enfermos, y sobre todo a conocer y escuchar como se debe a las personas enfermas.

Este preámbulo no pretende contraponer - sería una estupidez - la medicina de antaño, pobre en medios pero rica en humanidad, con la versión actual de la profesión galénica que dispone de un armamentario biotecnológico espectacular. La medicina de este tercer milenio no vive de teoremas sino de "hechos" precisos, manifiestos, que están más allá de las dudas razonables. Pretende apoyarse solo en "evidencias", aunque no es tan torpe como para descartar la contribución del método "heurístico", es decir "dar por verdadero lo que funciona aunque no se sepa por qué funciona". También la atención sanitaria de hoy es infinitamente mejor de la que ofrecían los médicos cuando se sentían más afines a los filósofos.

Sin embargo, para los pacientes no han sido todo beneficio. Hay un problema de sostenibilidad (¿es razonable usar tecnologías tan costosas? (Callahan), de aumento de la población, sobre todo anciana (¿cómo costear el acceso a ellas de toda la población?, ¿cómo poner fin a las listas de espera?), hay peligro de tecnificación y de excesiva medicalización unidas al creciente fenómeno de la deshumanización de las instituciones sanitarias, etc. Todo esto conlleva el riesgo de atender al enfermo de modo técnicamente correcto, pero no como desea y se merece. El grueso volumen de reclamaciones del Policlínico universitario Gemelli, de Roma, anejo a la Facultad de Medicina donde he enseñado los últimos años, da para un buen examen de conciencia.

En cualquier caso, creo que es de justicia reconocer que las Facultades de medicina están de ordinario a la cabeza - entre las otras instituciones académicas - como escuelas permanentes de humanidad.

Sentido y significado de la comprensión integral de la persona.

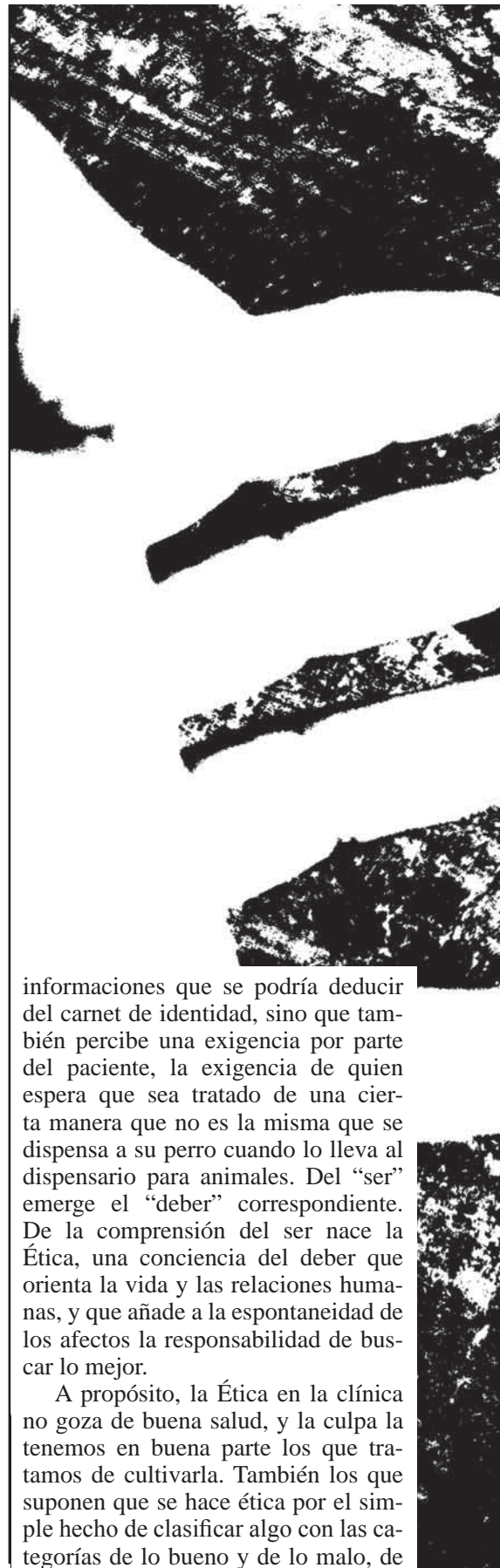
La profesión médica no se apoya sólo sobre una metodología científica sino también sobre una propia "comprensión de la persona del paciente".

Esa comprensión, además, no es fragmentaria o sectorial, sino rigurosamente holística, inclusiva de esa totalidad individual y unificada que es cada individuo humano. Por eso decimos "comprensión integral". Sin *animus bellandi* - sin buscar polémicas - añadiría que esa percepción sería difícilmente alcanzable si partiéramos desde otras perspectivas académicas, incluidas las más modernas y tecnológicamente avanzada.

Toca ahora por tanto afrontar el desafío de señalar los rasgos más característicos que componen esa "comprensión integral". La experiencia de "tener que comprender a un enfermo" (p. e. parientes, amigos, y aun nosotros mismos) es una experiencia comunísima, pero sólo el médico está capacitado para detectar y combatir eficazmente las molestias y dilemas que derivan de la enfermedad. El caso más importante son los crónicos, los que han llegado ya a un estadio avanzado, con un pronóstico desfavorable. Son los enfermos que menos gustan, los que se desearía evitar, los que casi con un suspiro de alivio ahora se remiten a los colegas de medicina paliativa.

1. La realidad primerísima, originaria, que desvela el paciente que acude a la consulta o que acaba de ser ingresado en un hospital, lo que podríamos llamar su tarjeta de visita, contiene el siguiente mensaje: "doctor, aquí se presenta **un ser humano**, no soy un contenedor de órganos, de tejidos y de funciones, no soy un corazón o un hígado dañado, ni tampoco sólo un organismo consumido por los años. Le traigo todo eso, en verdad le traigo todo lo que soy y tengo, mi realidad total, entera, sin excluir nada. También quisiera hacer preguntas y espero obtener respuestas. En suma, soy, como usted mismo, **una persona**".

Pongan ustedes atención porque quien capta este mensaje no sólo capta



informaciones que se podría deducir del carnet de identidad, sino que también percibe una exigencia por parte del paciente, la exigencia de quien espera que sea tratado de una cierta manera que no es la misma que se dispensa a su perro cuando lo lleva al dispensario para animales. Del "ser" emerge el "deber" correspondiente. De la comprensión del ser nace la Ética, una conciencia del deber que orienta la vida y las relaciones humanas, y que añade a la espontaneidad de los afectos la responsabilidad de buscar lo mejor.

A propósito, la Ética en la clínica no goza de buena salud, y la culpa la tenemos en buena parte los que tratamos de cultivarla. También los que suponen que se hace ética por el simple hecho de clasificar algo con las categorías de lo bueno y de lo malo, de



lo virtuoso o de lo pecaminoso. Con esas categorías, sobre todo si no se entienden bien, la lógica del clínico no puede sentirse cómoda, no puede estarlo, porque lo suyo es curar, es aliviar, es acompañar. Estoy obviamente tocando la tecla de la ironía que, como saben ustedes, a menudo recurre a la paradoja para llamar la atención sobre algo con el aparente encubrimiento de su verdadera naturaleza. Pues bien, el papel de tornasol de lo ético en la clínica es lo razonable, es discernir entre lo que es principal y lo que es secundario, es separar lo que son las necesidades primeras de las que vienen después, las que son segundas aunque puedan resultar las más urgentes.

En ese mundo ético, el mundo de los valores, de las cosas preciosas, de los nombres y adjetivos con substancia, decir persona:

a) es indicar lo más precioso que existe en “natura” (Santo Tomás),

b) es señalar a alguien que nunca debe ser tratado sólo como medio sino siempre como fin (Kant),

c) es reconocer a uno que es *dominus sui*, el único e insustituible dueño y señor de sí mismo.

Por eso me apena – hago un inciso – cuando se pone bajo sospecha y se evita aun mencionar la autonomía del paciente, el hecho que somos *norma-nomos* – para nosotros mismos. ¿Hay un resumen mejor del deber ético que éste?: “compórtate como quien eres, como corresponde a un ser humano”, no – recordando a Hobbes – como si fuéramos lobos. La autonomía es el mayor don natural que hemos recibido. De todas reconozco que hay no pocos abusos y malentendidos a propósito de la autonomía, lo que sucede también con la dignidad.

2. A esa primera revelación sigue otra, inseparable, sincrónica: esa **persona sufre**, está viviendo una experiencia de dolor que es totalmente suya, y sólo suya (hay sólo un estómago que me pueda impedir dormir, y ése es el mío). Además es probable que quien sufre haya ya intentado calmar su tormento sin éxito alguno. De ese fracaso, el ser dueño de sí mismo no le ha protegido. Por tanto está ya empeñado en la complicada tarea de tomar

conciencia de que sus poderes están limitados por su propia radical fragilidad. Toca lo inseguro y precario de su existencia, de que autodominio y libertad no incluyen ni poder ni completa autosuficiencia, no conllevan el arte de resolver por sí solo todos sus problemas, no lo colocan por encima de las vicisitudes y límites humanos.

En la persona atormentada por el sufrimiento de alguna manera comienza a entrar en crisis el entero proyecto de su vida, especialmente para quien está acostumbrado al triunfo y dispone de todo a su antojo. La sociedad nacida de la modernidad de hecho nos educa para vivir sin contar con los demás. El ideal supremo no es simplemente el éxito, sino conseguirlo con *fair play*, con los propios medios, sin oxígeno y sin sherpas para los himayalistas extremos (Messner y Habeler). La máxima admiración se reserva para quien entró como botones en una empresa y, sin ayuda de nadie, sin recomendaciones, y, por supuesto, sin trampas, alcanza el vértice de una grande multinacional. Pues a todo esto la enfermedad dice “te engañaste, querido”, tú también tienes “le gambe corte”.

3. Al descubrimiento de la fragilidad, sigue otro más amargo todavía. Hoy, lamentablemente hay siempre más personas que viven solas, y que deben habituarse a ello. La enfermedad de algún modo deja a uno solo consigo mismo. Pero la enfermedad no crea la dependencia de otros, sino que sólo manifiesta una necesidad de nuestra naturaleza. Tocar con la mano hasta qué punto somos dependientes de los demás es a veces una medicina difícil de digerir. Como reacción se pueden activar los mecanismos defensivos del “ego” (Ana Freud): no crear problemas a los demás, no ser de peso para nadie, etc. Los informes publicados por NEJM sobre la introducción del suicidio asistido en Oregón ponían de manifiesto que el conflicto de depender de otros era la causa principal de la solicitud de ayuda para anticipar la muerte. El médico, aunque no siempre piense en ello, es el primero que comprende que necesitamos y siempre necesitaremos ayudar y ser ayudados por otros.

4. Finalmente llegamos ahora a la cuarta y última percepción. El riesgo de **la crisis de la dignidad.** Este aspecto ha sido muy bien estudiado, con instrumentación rigurosamente empírica, por Chochinov, un psiquiatra canadiense dedicado a pacientes oncológicos en estado avanzado de evolución. La dignidad es un término reservado para referirnos al valor incomparable de la persona humana. La dignidad no tiene precio en ninguna moneda. La dignidad no se cotiza en bolsa. No se puede sustituir con nada.

Pero la dignidad, como las monedas, incluye dos caras: el **anverso**, la realidad objetiva, lo que es en sí misma la preciosidad de la persona; el **reverso**, la percepción subjetiva, la vivencia poseída de la propia o de la ajena dignidad. La dignidad como tal reside en el ser, y solo en el ser real, nunca en la apariencia. Su percepción, en cambio, se configura sobre todo con la experiencia de uno mismo, con la conciencia de sí, por eso las personas que viven en una situación de fuerte menoscabo o de dependencia pueden conocer una crisis de dignidad favorecida involuntariamente por su entorno. “Querido, no te preocupes de eso, ya me encargo yo”. Una frase cariñosa y al mismo tiempo un modo sutil de humillar. El paciente puede interpretar ese “amor” como que “ha llegado el momento de aceptar que no valgo para nada”.

A propósito de eso, y de los que dicen que un ser humano puede convertirse en un desecho, o al menos en un vegetal (una lechuga, Singer), en el Gemelli, en el sector de enfermos de ELA, tuvimos un catedrático de Derecho, que con la parálisis ya bastante generalizada consiguió arreglar su matrimonio, organizar las oposiciones que permitieron a sus dos asistentes ganar sendas cátedras y convertirse en presidente de la Asociación italiana de enfermos de ELA.

Chochinov ha escrito sabiamente: “la dignidad está en las pupilas de los que acompañan al paciente”, es decir en los comportamientos y actitudes de los que cuidan del enfermo y que, irremediablemente, pueden desvelar la idea que los demás se han hecho de

la condición de inferioridad del enfermo. Chochinov no solo ha analizado el problema de la persona seriamente enferma, sino que ha sido el propulsor de una “terapia de la dignidad”.

Hasta aquí la comprensión integral, ahora pasamos al último punto, que no es otro que la actitud o disposición interior correspondiente a esa comprensión.

De la comprensión a la compasión.

Comienzo con la historia de un test. Escuela de enfermería de un gran hospital del norte de Italia, entre los Alpes y la cuenca del río Po. Test de inicio del curso: valorar el caso de un adolescente que ha sobrevivido a un grave accidente de motocicleta, que le ha dejado tetrapléjico. En torno a 60 alumnos, entre los 20 - 25 años. Más del 90% responde: no vale la pena hacer nada, aparte de la sedación. Un año después, se repite un test con un caso esencialmente idéntico. Mismos alumnos. Casi el 90% responde: hay que atenderle y ayudarlo a que sea feliz. ¿Causa del cambio? ¿Las lecciones? ¿Otros testimonios? Nada de eso, la “culpa” es del “tirocinio” de primavera. Con él han conocido enfermos tetrapléjicos o similares, se han enfrentado no con “casos” sino con seres humanos en carne y hueso, con sus familias, y han adquirido (sin darse cuenta) una “comprensión integral” de la que ha nacido un sentimiento poco experimentado antes, la **compasión**.

En la reflexión médica, desde los tiempos de Hipócrates, se ha llamado compasión a un sentimiento o actitud de sufrida participación en el dolor o en el deterioro del paciente. Naturalmente eso no es exclusivo de la medicina. Lo propio en la clínica es que ese sentimiento colorea la relación médico – paciente de una tonalidad compasiva.

La compasión ha sido objeto de amplios estudios durante al pasado siglo. Se la ha comparado con otras vivencias o actitudes. Por ejemplo, la empatía, la simpatía, la sintonía, la solidaridad, etc. La más interesante es la empatía o “capacidad de colocarse en el lugar de otra persona, con escasa e incluso ninguna implicación emocio-

nal”. Pero no es lo mismo que la compasión, pues ésta supone una cierta identificación con la persona que sufre y precisamente porque sufre. La compasión constituye como una segunda naturaleza en el médico. El paradigma de esa actitud es la parábola del buen samaritano (Lucas 10, 30-37).

No me voy a detener en detalles, es suficiente formular sólo alguna sugerencia. La clave está en los verbos: el samaritano **ve** un judío seriamente herido, se **acerca**, se **conmueve**, **aplica** los primeros auxilios, lo **transporta** a una posada, lo **cura** personalmente, y aun **paga** al posadero para siga atendiendo al enfermo. Y sólo entonces continúa su camino. La historia se encuentra en el evangelio de Lucas, que era médico. Y al final hace este resumen: el samaritano “**tuvo misericordia**”.

La misericordia, “como gesto de consideración y de solicitud humana sigue a la compasión, que es su elemento propulsor. Tanto como sentimiento presente que como predisposición, la misericordia apunta no sólo a percibir el sufrimiento y la necesidad del otro, sino también a dejarse interrogar, a dejarse comprometer por el otro, a hacerse solidario con él, a consentir que su situación nos afecte como si nos perturbara personalmente” (Stoeckle). Yo añadiría que la misericordia no es sólo sentimiento sino también virtud lo que da estabilidad y persistencia a la compasión.

En este sentido la misericordia encuentra en la clínica – donde las relaciones tienden a ser breves, pasajeras - un espacio menos conocido que la compasión. Hay muchos hospitales que se anuncian como moradas de la misericordia, pero raras veces se dice de un médico que es misericordioso mientras no hay problema en calificarle de compasivo. El motivo es que la misericordia incluye un aspecto de perdón, y el médico no tiene nada que perdonar. Además la misericordia no se da entre iguales, como la compasión, pues quien necesita ser perdonado tiende a arrodillarse a los pies del que perdona.

En realidad la misericordia tiene un fuerte origen religioso. Es un atributo propio de Dios. En la religión is-

lámica de los 99 bellísimos nombres divinos el segundo es Ar-Rahman, el más Misericordioso. Sólo le precede Al-Ahad, el Único. Los cristianos y los hebreos acudimos al Dios de la misericordia infinita, misericordia que incluye la fidelidad de Dios a sus promesas.

Quizá por ese motivo, desde una perspectiva puramente racional, la misericordia no ha sido siempre justamente apreciada. Basta recordar que para los estoicos era una actitud viciosa, por el solo hecho de que con ella el hombre se deja dominar por el sentimentalismo. El comportamiento misericordioso frecuentemente ha sido objeto de sospechas, pues en verdad ha sido a veces instrumentalizado para enmascarar la hipocresía. La misericordia sería demasiado buena para ser verdadera. Con el iluminismo no han mejorado las cosas: en su modo de entender los derechos humanos la misericordia sobra, es suficiente la justicia, la virtud de los fuertes. Nietzsche es bien conocido como el máximo crítico de la misericordia; para él es sinónimo de debilidad, el refugio de quien no es capaz de afrontar la miseria humana como ésta se merece, con el desprecio.

Concluyo con unas palabras de Papa Francisco en defensa de esta virtud, pronunciadas el pasado mes de diciembre, con ocasión del jubileo de la misericordia:

“La misericordia es la primera y más importante de las medicinas que necesitamos todos con urgencia (...) Ella fluye de Dios de continuo y sobreabundante, pero también debemos ser capaces de comunicarla entre nosotros, para que cada uno pueda vivir plenamente su humanidad” (19.12).

Y también:

“Así fortaleceremos nuestra certeza de que la misericordia puede realmente contribuir a la construcción de un mundo más humano. Especialmente en nuestra época, en la que el perdón es un invitado raro en los ámbitos de la vida humana, la llamada a la misericordia es más urgente, y esto en todas partes: en la sociedad, las instituciones, en el trabajo, e incluso en la familia”(9.12).

Muchas gracias por su atención. **B**