

## ¿Deberíamos hablar de una filosofía del médico clínico?

Pienso que sí, y os pido sólo cinco minutos de lectura para explicároslo. Pensaréis que estoy hablando de una filosofía “*de estar por casa*”, nada serio, pero me referiré a unos valores y a una manera de razonar que el espíritu de una profesión nos transmite, y al que nosotros a la vez nos adaptamos y o enriquecemos o empobrecemos.

### Permanente contacto con el sufrimiento

Ser médico es estar en permanente contacto con el sufrimiento, y una de las cosas que aprendes rápido es que nuestra actividad, aunque muy valiosa, es una gota de agua en un océano. Hay tanto sufrimiento que no nos lo acabaremos. Así que poco a poco el médico clínico va desarrollando una clase de alergia —o al menos de escepticismo— a las utopías que describen mundos maravillosos. Poco a poco también aprendes que tus propios pacientes deberán convivir con el dolor físico y psíquico, y que los maravillosos medicamentos y otras técnicas ayudan, a veces mucho, pero generalmente no evitan que las personas deban afrontar y asumir este dolor. Poco a poco el médico aprende a decir: “*esto no lo curaré, pero procuraremos aliviarlo*”. ¡Caramba!, cuando dices esto con sinceridad has dado un gran paso adelante!

### Pragmatismo

Prosigamos... El médico clínico aprende con agrado o a la fuerza la esencia de la filosofía pragmática. Pongamos por caso que debe ha-

cerse una exploración de neuroimagen. ¿Esta prueba aportará algo al paciente? Supongamos que se propongan dos estrategias terapéuticas, ¿qué aporta una en relación con la otra? Todo esto, ¿no es pragmatismo en estado puro?. *William James* decía justamente que el pragmático no es quien *busca oportunidades*, sino aquel que *sabe averiguar la diferencia* entre dos caminos, dos maneras de interpretar la realidad, o de actuar sobre la realidad. El médico clínico debe convertirse en experto.

### Independencia de criterio

Un tercer aspecto del médico clínico es una independencia de criterio que a veces le hace parecer antipático. Recibe un informe del radiólogo y no se conforma: debe mirar el escáner, debe meter baza. Supongamos que descubre algo que no había visto el radiólogo, ¿podéis imaginar mayor felicidad? Seguramente lo comentará a sus compañeros como una pequeña proeza. Lo mismo ocurre cuando recibe a un paciente con muchos diagnósticos pero “*nota*” que algo no acaba de “*encajar*”. ¡Ah, sí! El médico clínico tiene unos dibujos en la cabeza de cómo debe ser la realidad, de cómo hablan y se expresan la gran mayoría de sus pacientes, y cuando algo no acaba de “*encajar*” se le despierta una inquietud a lo Sherlock Holmes que sólo la pereza o la carencia de tiempo pueden detener. En este aspecto podemos decir que es popperiano: «*no cree en el inductivismo*», sino que practicaba-

sicamente el procedimiento deductivo. Y estos dibujos o modelos de la realidad los irá perfeccionando. A esto lo llamaré “*experiencia clínica*”.

### Permanente reinención de la realidad

Decíamos que esta independencia de criterio le hace parecer antipático. Esta podría ser la cuarta característica, más filosófica que emocional. Digamos que tiene, ya sea hombre o mujer, cierta brusquedad en la emisión de sus opiniones. Sus maestros le han acostumbrado, (mal acostumbrado), a que en general tiene razón, y no se da cuenta de las consecuencias de lo que dice. En este sentido diría que el médico clínico es algo «*nietzschiano*», encara las cosas sin mano izquierda, sin florituras ni ganas de llegar a acuerdos, porque las cosas son o no son. Por eso estudia, (en parte), para tener razón en las sesiones clínicas, y, además, también para ayudar al paciente. Digamos que basa mucho su autoestima, (¿demasiado?), en un saber rotundo, y en ser “*alguien*” en la tribu de los médicos. Alguien ha oído alguna vez a un jefe clínico decir: “*¡estoy muy perplejo!*” Todo el mundo pensaría que no sabe lo suficiente. Alguien ha oído alguna vez a un adjunto decir: “*¡jeste paciente me ha enseñado mucho!*”... Pero os aseguro que más de uno lo ha pensado.

El médico de cabecera/familia demuestra en este punto cierta diferencia con el hospitalario. Pronto aprende que su especialidad es valorada con una risita, pronto se da

cuenta de que el paciente puede tener en mayor aprecio la opinión de la vecina que la suya, y sobre todo pronto se impone una realidad compleja e imprevisible que desmiente y empequeñece su valía. A pesar de acumular 20 o 30 años de práctica clínica, algunos diagnósticos se le escapan, y también algunos pacientes... Trágico! Claro que también le ocurre al médico hospitalario, pero no se da cuenta. Puede vivir en una torre de marfil. El médico de cabecera, por otra parte, está en contacto estrecho con la comunidad. Es objeto constante de conversaciones en las peluquerías, en el mercado.

Tal vez esta humildad forzosa del médico de cabecera lo lleva a emplear términos como por ejemplo "principio de pulmonía", o "algo de diabetes", o «tiene el pecho algo cargado». Me gustaría pensar, pero no nos engañemos, que estos términos no se originan tanto de un esfuerzo empático como de una *permanente reinvencción de la realidad*. El médico de cabecera con el paso del tiempo funciona más y más por intuición, (¿otra diferencia con el médico hospitalario?). Digamos que «hace teorías» de cómo funciona la realidad, pero son teorías poco razonadas. Ante la típica paciente fibromiálgica el médico de cabecera ya sospechaba que aquello «no podía ser artrosis», «que los antiinflamatorios no solucionarían nada», y que en cambio «algo de Diazepam quizás», pero le faltaba la valentía para contradecir «a los entendidos».

Tenía una teoría pero no tenía discurso.

Esto ha cambiado. Ahora tenemos a una nueva generación de médicos de familia que son algo más "caraduras", en el buen sentido de la palabra. Creo que con unos

cuántos años más veremos que estos médicos son capaces de vestir teorías, pero no será fácil. No es fácil para ningún médico clínico, porque el día a día no le deja ver el gran valor de las teorías que nacen en un rincón mortecino de su conciencia. El médico clínico siempre debe luchar por desarraigarse de su cotidianidad y «repensarse». Esto cuesta un enorme sobre esfuerzo, en medio de tanta guardia o tanta atención continuada ¡qué gran beneficio sería algún año sabático estratégicamente concedido! Pero esto no sería suficiente para salvar una abundancia de ideas y teorías magníficas que cada día pasan fugazmente por las mentes de los clínicos, y que a veces los iluminan, pero otras muchas quedan depreciadas. Y es que el clínico no se hace mucho caso a sí mismo por el miedo a que sus ideas sean ridiculizadas por sus colegas, y en este clima es difícil que ningún reumatólogo o internista hubiera definido, pongamos por caso, en los años 70 lo que era la fibromialgia.

### Automatización del esfuerzo mental y clínico

Finalmente la gestión que el médico clínico hace de su esfuerzo corporal. Sí, sí, también esto es filosofía, tal y como yo lo entiendo. El clínico aprende a automatizar el esfuerzo mental y físico. Aprende a trabajar con fiebre, (no quiere «cargar» al resto de compañeros). Aprende a no quejarse del propio cuerpo, (sería patético un médico hipocondríaco), a no visitar a otros médicos, (no quiere ser pesado y mucho menos mostrarse débil), a no tener tiempo para él mismo. Resultado: hay pocos hedonistas. He visto que algunos colegas en una

conmovedora reivindicación hedonista se han apuntado últimamente a la cata de vinos o a cursos de cocina a distancia, etc. Pero todo queda como un postizo. En el fondo cuando rascas algo sale una abundancia de estoicismo que sobrecoge. Recuerdo una memorable sesión de la Comisión Deontológica del Colegio de Médicos donde, incautamente, insinué que las guardias de 24 horas seguidas a la jornada laboral «normal» no podían ser éticas. ¡Qué dije! Quedé como un auténtico pezeñoso. Claro está que eran otras épocas, pero demuestra el talante del colectivo. ¡*Carpe diem!* es una expresión que no está en el diccionario. Se debe estar al pie del cañón. Esto sería muy loable pero también puede ser un punto débil en la conformación ideológica del médico clínico, pues de tanto esforzarse sin complacencias puede llegar a «quemarse». Por esto se han inventado los congresos, unos encuentros dónde se ensayan «formas nuevas y viejas de psicoterapia grupal». He puesto mi grano de arena haciendo algunas piezas teatrales dónde la gente puede reírse de sí misma. Teatro médico para médicos, para congresos de médicos. Risoterapia. El resultado ha sido magnífico porque no hay nada más sano que reírse de uno mismo. Y también demuestra que los médicos clínicos conservamos algo de salud mental. A pesar de - o ¿a costa de? - nuestra pobre mal pensada filosofía.

FRANCESC BORRELL CARRIÓ

MÉDICO DE FAMILIA. EAP GAVARRA. ICS  
 PROF. DEL DEPT. DE CIENCIAS CLÍNICAS  
 UNIVERSIDAD DE BARCELONA