

## Modelos ficcionales en la relación paciente médico

EB es una señora viuda y jubilada de 79 años de edad que concurre a la consulta acompañada por el menor de sus tres hijos, un empleado administrativo de 42 años. Vive sola con la compañía de un perro, pero cerca del domicilio de sus familiares, quienes la visitan casi diariamente. Tiene antecedentes de diabetes tipo II, hipertensión arterial moderada, y úlcera duodenal. Hace dos años se evidenció la presencia de trombocitopenia moderada, por lo que le realizaron distintos estudios que demostraron una mielodisplasia (citopenia refractaria) que se siguió con conducta expectante. Dos semanas antes de esta consulta, debido al hallazgo de neutropenia crítica, se indicó una nueva punción de médula ósea que evidenció la presencia de 65% de blastos de estirpe mieloide, con empeoramiento de la trombocitopenia y descenso de las cifras de hemoglobina, por lo que fue necesario realizarle una transfusión de glóbulos rojos. En el examen físico, se presentaba una paciente lúcida y orientada, frágil, pálida, adelgazada, con un ligero y fino temblor, petequias en miembros inferiores y en abdomen, tensión arterial 160/90, frecuencia cardíaca 96 por minuto, auscultación normal, con hepatoesplenomegalia. Su médica hematóloga le comunicó el diagnóstico de leucemia mieloide aguda y le indicó iniciar tratamiento con un agente hipometilante. La paciente y sus hijos solicitaron una consulta de segunda opinión.

El caso que se ilustra plantea las habituales dificultades ante el diagnóstico de una leucemia mieloide aguda secundaria a una mielodisplasia en una paciente mayor, con comorbilidades significativas. Ante el correcto manejo de su médica de cabecera, el especialista que actúa como “segunda opinión” debe intentar que se afiance la confianza entre el paciente y su médico, afirmando que la aproximación es correcta y que el tratamiento es el indicado. Al mismo tiempo, en estas consultas el especialista pretende tantear cuál ha sido el manejo de la comunicación sobre las posibilidades futuras, para acompañar o ampliar esta información. Esto lleva tiempo, pues suele ser un encuentro de primera vez, y en el consultorio se genera un clima de anhelante tensión que pone a prueba las habilidades para generar una comunicación efectiva y empática. En el contexto de una leucemia mieloide aguda de tan mal pronóstico, una vez que se ha completado la anamnesis y el examen físico, se comienzan a barajar mentalmente distintos modos de apertura a esta parte de la consulta. Sin embargo, la paciente, antes de que nada de ello pudiera ser puesto en juego manifestó muy directamente:

– La pregunta que quiero hacerle a usted, doctor, es cuánto tiempo me queda de vida. Pero quiero que me lo diga claramente y delante de mi hijo.

Esta interpelación no es una sorpresa. También los médicos contamos con un repertorio de respuestas elaboradas para estas preguntas, respuestas que se escenifican en esa performance que representa de algún modo el *acto* médico, con distintos estilos de actuación por parte del profesional interviniente. En general se suele explorar el contexto repreguntando a partir de una contestación honesta que evidencia el hecho *a priori* de no saber con certeza cuánto tiempo de vida le queda a ninguna persona. Pero algo hubo, en este caso, un destello que hizo preguntar a la paciente si alguna vez había presenciado o sabido que se pudiera dar una respuesta precisa sobre esta pregunta.

– Los médicos en las películas, en las series de televisión dicen las cosas con claridad. Yo quiero que me lo diga así.

Las interferencias actuales en la relación paciente médico son innumerables y han sido motivo de análisis diversos. Una cuestión frecuente es la consulta con las plataformas de internet, la habitual consulta con el “Dr. Google”. Pero más allá de ello, de forma sutil y no menos eficaz, en la sociedad me-

dicalizada actual, se percibe una influencia en el inconsciente colectivo que es producto de los modelos médicos de la ficción, los *medical drama* televisivos o cinematográficos, una suerte de anticipación del acto médico que luego el paciente tendrá en esa realidad distinta a la que se escenifica en la pantalla de programas como *Dr House*, *Grey's Anatomy*, *E.R.*, y otros que han modelado distintos arquetipos médicos de la actualidad. Estas viñetas responden mayoritariamente al modelo cultural anglosajón del primer mundo, aunque también ha habido reflejos locales que intentaron mostrar las diferencias con nuestro medio. La influencia directa de la televisión y el cine en estos temas constituye un rasgo peculiar. El público ha visto muchas entrevistas médicas en la ficción antes de tener la suya propia, y ese antecedente podría condicionar lo que se espera del servicio al que concurre.

En el mundo masivo y globalizado, la persona se encuentra condenada a una existencia silenciosa y anodina. La enfermedad, el padecimiento otorga al individuo, devenido ahora en paciente, la posibilidad de adquirir una singularidad que antes era inexistente. Se accede a la fortuna de hablar extensamente de sí mismo, de los padecimientos, del desequilibrio de la salud. El sufrimiento se aplaca algo ante la apertura de grandes expectativas centradas en poder ser escuchado. Pero esas esperanzas se arrancan de cuajo cuando el paciente colisiona con la realidad de un médico o médica que dispone de escasos minutos, que no genera ninguna corriente de empatía hacia el paciente, y, casi sin levantar la mirada, condena a la persona al nuevo anonimato de haberse convertido en una enfermedad más que un enfermo. Ha comenzado el malestar, pues se pone en evidencia el conflicto entre el deseo del paciente, que es ser mirado y escuchado como enfermo, y el deseo del médico que tiene como el objeto de su interés a la enfermedad, no al enfermo, ya que desde algunas perspectivas, es la enfermedad la que constituye al médico como tal<sup>1</sup>.

Acaso haya que retroceder a modelos ficcionales previos, tomados de la literatura del pasado, los que luego influirán en las pujantes artes audiovisuales del siglo XX, sobre todo en el modelamiento del "doctor" que realiza experimentos, donde dichos ensayos transportan la sombra de lo siniestro. A lo largo del siglo XIX, hay tres protagonistas de fuerza en este sentido que se pueden delinear con nitidez: Dr. Fausto, Dr. Frankenstein y Dr. Jekyll, quienes protagonizaron tres historias que han quedado como parte del canon de la literatura universal. Tres doctores (si bien no son estrictamente médicos los tres) en quienes la avidez por el descubrimiento, por el acceso al conocimiento prohibido, forma parte de un don poderoso, relacionado a un acto trascendente sobre la vida y la muerte, sobre las oscuridades recónditas y siniestras del alma humana<sup>2</sup>. Así, en la literatura surgieron numerosos personajes médicos, o personajes pacientes, que influyeron en el modelamiento ficcional de la relación paciente médico en un intercambio entre la realidad y la ficción donde comenzó a ser difícil determinar qué es lo primero, si la ficción o la realidad. La ficción literaria se introdujo en la formación de los médicos, y existen lecturas que se han recorrido extensamente en las escuelas de medicina, como *La muerte de Ivan Illich*, breve obra maestra de Tolstoy que aún hoy, a más de ciento veinte años de su publicación, constituye un clásico primer plano de la representación del paciente en su agonía y sufrimiento.

La ficción y la realidad de la consulta médica se intercambian en el imaginario del común de la gente. Pensada como una *performance*, la consulta tiene escenografía y vestuario característicos: el escritorio que se interpone entre médicos y pacientes, negatoscopio sobre la pared, tensiómetro, estetoscopio, lapiceras, formularios para recetas y vestuario adecuado: guardapolvo blanco, o ambo si se trata de un joven profesional. Esto se espera, se ve en las pantallas de cine o de TV, y es en ese marco donde los personajes hablan y se comportan como el público aguarda. A veces sorprende la transferencia positiva que ha generado el modelo de Dr. House, quien es un médico cínico, adicto a drogas, frío, impiadoso, con severas dificultades de relación. ¿Por qué el público quiere a este personaje? Sin duda por pertenecer a la legión de los antihéroes, figuras queridas de la actualidad. Pero hay algo en el manejo del texto, un guiño que permite a la audiencia transformar ese modelo indigno en uno entrañable, de un modo insólito. Quizás por el hecho de decir la verdad crudamente, y por tener la capacidad de diagnosticar,

de llegar a saber lo que el paciente padece. Es el médico depositario del conocimiento vedado a los comunes, y es preferible para la audiencia esa condición a poseer las dotes de humanidad y empatía esperables en un médico. Sobre todo por el hecho de que el protagonista afirma como *leitmotiv* una frase muy compleja, una suerte de remedo a la paradoja lógica del cretense Epiménides “todos (los cretenses) mienten”. Ese es el lema de Dr. House, pero esto es ficción y la ficción tiene *per se* algo de mentira<sup>3</sup>. Muy poco se ha escrito sobre la influencia de los medios ficcionales actuales sobre la relación paciente médico<sup>4</sup>.

Así, queda pendiente la pregunta de la enferma sobre cuánto tiempo de vida tiene. Pregunta que si bien no es tan frecuente como se cree en nuestro medio, suele aparecer y obliga a una respuesta que reconozca que hay algo en esta situación que interviene desde un lugar tan asombroso como la ficción. Frente a esta coyuntura, surge la tentación de sumergirse en la inacción, y sostenerse como Bartleby, en un “preferiría no hacerlo”. Sin embargo, se encuentra la paciente, anhelante de una respuesta. La cuestión en este caso real había desatado una emoción que no se esperaba, el hijo con lágrimas en los ojos intentó convencer a su madre de que no insistiera, armando un protocolo de mentira impiadosa que la paciente no estaba dispuesta a tolerar.

Frente a este punto lo cierto es que en la consulta el personaje médico se encuentra en soledad, sin un director que tutele su actuación, sin un guión prefijado y con el único bagaje de sus experiencias personales y su aprendizaje. También, con las historias de la ficción que han obrado sobre su persona, para contestar lo que la paciente aguarda. Y acaso con la única certeza de que *el arte es largo, la vida breve*<sup>5</sup>.

Gustavo Kusminsky  
gkusmins@cas.austral.edu.ar

1. Clavreul J. El objeto de la medicina define el deseo del médico. En: El orden médico. Buenos Aires: Ed Argot, 1983, pp 125-37.
2. Shattuck R. Conocimiento prohibido. Buenos Aires: Taurus Ediciones, 1998, pp 101-36.
3. La Filosofía de House. Todos Mienten. William Irwin, Henry Jacoby Editores. México D.F.: Selector, 2009, pp 9-10.
4. Fadenrecht K. The influence of medical dramas on patient expectations of physician communication. University of Montana. En: <http://scholarworks.umt.edu/etd/>; consultado el 10/3/2017.
5. Seneca. *De brevitae vitae* (I, 1). *Vita brevis, ars longa, occasio praeceps, experimentum periculosum, iudicium difficile*. Frase tomada de Hipócrates. En: [https://es.wikipedia.org/wiki/Ars\\_longa,\\_vita\\_brevis](https://es.wikipedia.org/wiki/Ars_longa,_vita_brevis); consultado el 10/3/2017.