
Capítulo 4

La quimera de la certidumbre: expectativas malsanas

Cuando se resquebrajan nuestras creencias y aparentes certezas, en vez de entender que son como barrotes de una cárcel de prejuicios que se desintegra, salimos a buscar otros barrotes y otras cárceles ya que tenemos mucho miedo a volar, tememos a la libertad, a la posibilidad de entregarnos al milagro de la vida.

Recordemos que en nuestra mitología judeo cristiana, como lo plantea Jung, el primer acto de libertad del ser humano, que fue decidir comer del fruto del bien y del mal, se castigó con el dolor eterno y con la pérdida del Edén (libertad es poder escoger y tomar opciones, aunque uno se equivoque). Pero andamos siempre en la búsqueda de nuevos edenés y escapismos.

El acto médico está lleno de deseos malignos, encasillamientos impuestos, de verdades a medias, y médicos, ciencia y pacientes se confabulan para manipularse mutuamente y todos terminan en un autoorgasmo mental que sólo los lleva a estar cada vez más enfermos.

La manipulación dirige la orquesta

—En las relaciones humanas se agencian papeles y poderes que necesariamente se reproducen en la relación médico enfermo. El médico tiene el poder del conocimiento, así él reconozca, como usted lo plantea, el

poder de autocuración y el conocimiento del paciente. ¿Cómo se puede encarar esta tensión o contradicción?

—Es importante aclarar que no se trata de planteamientos en contra del poder, sino del mal uso de él y de la concepción con que se utiliza, en este caso, la del médico por una parte, y el reconocimiento del poder del ser del enfermo por la otra.

En la relación convencional médico-paciente, al enfermo no se le reconoce ningún poder de autocuración ni ninguna teleología, y simplemente debe depositar su confianza en el hipotético conocimiento del otro. Es una relación de subyugación y de entrega total, algo así como: ponga usted su cuerpo que el aparato médico se lo administra.

—¿Por qué dice usted que es hipotético el conocimiento del médico?

—Porque se basa en la suposición, tanto del paciente como del médico mismo, del saber de éste.

El conocimiento médico biológico actual no resiste un verdadero análisis crítico ni científico. La verdad es que la génesis de las enfermedades, incluso de las infecciosas, no se conoce y digo que no se conoce en el más amplio y profundo sentido de la palabra; eso quedó claro cuando hablamos de la teleología. Así que usar el término hipotético me parece además de razonable una forma de poner las cosas en su justo valor.

—Además de poner las cosas en su justo valor, sería un inicio de relaciones en las que en principio hay una hipótesis, una creencia, ¿se comienza, entonces, a cuestionar la validez del conocimiento médico?

—Esa es la idea, pues el paciente y el médico piensan que están caminando por senderos de certezas, pero en realidad son sólo creencias. Las llamadas medicinas alternativas también entran dentro del campo de la hipótesis. Los discursos sobre el ser humano, sobre su salud, su devenir, su teleología, son hipotéticos, son suposiciones; cuando se plantean con determinimiento los por qué, las respuestas son desconocidas, hacen parte del misterio que es la vida misma. El problema surge cuando ese discurso hipotético se toma como realidad y, peor aún, cuando se toma como única realidad, confundiendo ésta con las descripciones que de ella, dentro de mis limitaciones hago, que es lo que ha pasado en el último siglo.

Se hace necesario revisar el discurso en sus bases, en toda su integralidad, pues cuando nos damos cuenta que ese discurso poco tiene que ver con la realidad y que tampoco logra explicarla, surge la necesidad de nuevos paradigmas.

—Cuando el paciente va donde el médico tiene unas expectativas que en ningún momento son hipotéticas, por ejemplo, de curarse o que lo curen; seguramente el galeno tendrá también las suyas. Si el encuentro se basa en hipótesis ¿el resultado final de esas relaciones también será hipotético?

—Aquí se inicia uno de los análisis más interesantes, aunque tal vez más controversial.

Con frecuencia nuestras relaciones humanas están marcadas por el binomio manipuladores-manipulados, y por esa razón no nos percatamos que tenemos expectativas malsanas de dependencia, de falta de responsabilidad, de culpabilidad, de juicios y otras, ni que nos llenan y llenamos esas expectativas con discursos y dogmas que muchas veces nosotros mismos nos inventamos. Además la relación médico enfermo también está enmarcada dentro de la simbología y el ritual de las relaciones humanas, por eso, en ella también se presenta lo que hemos llamado expectativas malsanas o mentiras mutuas.

Es normal querer mejorarse, querer amar y ser amado, querer tener un nicho familiar o social, pero si esos deseos normales se llenan con dependencias, sujeciones o desencuentros se vuelven aparatos de poder y de captura, como los denomina Deleuze. Son aparatos que atrapan, que angustian, que no dejan correr la vida, que enferman, y a los que hay que buscarles líneas de fuga.

Cerremos los ojos e imaginémonos al enfermo en una sala de espera de una clínica, un hospital o un consultorio, y al médico en su escritorio de trabajo. Las expectativas del paciente son más o menos que le encuentre lo que tiene, es decir, que sea capaz de examinarlo bien y hacerle un diagnóstico, que sepa y le diga la causa de sus problemas, y que basado en eso, lo someta a un tratamiento que lo cure o mejore. Al fin y al cabo se buscan esperanzas. Todo se podría resumir en que lo cure o lo mejore; es una

expectativa absolutamente sana y válida; lo que no es sano y válido es el camino como se ha planteado.

Revisemos: la expectativa esperanzadora de mejorarse o curarse es buena, pero cultural y científicamente se basa en un proceso de sometimiento, de dependencia, de ser absolutamente pasivo y paciente, de yacer en una camilla; algo así como volverse esclavo con tal de sobrevivir. El fin es aceptable, pero el medio es una expectativa malsana estimulada por el sistema médico que efectivamente la llenará, creando dependencia y sometimiento.

Muchas veces en la vida tenemos expectativas malsanas; desde temprano el niño quiere respuestas a todos sus porqués y poco a poco la educación, que en vez de enseñar cómo pensar enseña qué pensar, contestará sus preguntas con respuestas preestablecidas, le enseñará a disecar la vida, a dividirla por partes, a ver la realidad fuera de sí mismo, a culpabilizar, a juzgar, a tener que sufrir, a tener que expiar sus culpas, a confundir error o falla con pecado (el error se corrige, pero el pecado se purga y se paga); lo aconducta para que toda pregunta vaya con una respuesta, así ésta sea un equívoco y lo lleve a más errores. En fin, una cosa es cierta y es que la escuela no es fuente de alegría; propende por la obediencia ciega y premia al más conformista. Eso es lo que crea: seres sumisos, domesticados, reproductores de esquemas y conformistas.

Tenemos que aceptar que hay preguntas sin respuestas y que las respuestas no pueden convertirse en recetario o en tabla rasa uniformante.

Llega el momento en que por no saber pensar, o hacerlo sólo en un sentido, se requiere de un bastón para andar por la vida, recetas para todo y una respuesta preestablecida para cada pregunta. Esto hace que por buscar modelos, técnicas, respuestas, y para evitarnos el doloroso ejercicio de pensar optemos por cambiar de bastón y tomemos como cayado otras filosofías u otros conocimientos y hagamos de ellos otras doctrinas y certidumbres que así se convierten, o las convertimos, en otros carceleros de marca mayor.

Si cada pregunta tenemos o tienen que llenárnosla con más recetarios y bastones cada vez seremos más pacientes, más enfermos y más depen-

dientes; siempre en busca de la quimérica certidumbre, generando expectativas malsanas que se llenarán de modos malsanos, cerrando el círculo vicioso de una existencia, que al tener respuestas elaboradas (aunque sean inventadas y mentirosas) para las preguntas, pierde el asombro y la capacidad de maravillarse, se vuelve intolerante y no reconoce otras posibilidades y menos si le hacen tambalear su hipotética certidumbre.

Yo comprendo que es muy difícil aceptar la incertidumbre, pero hasta ahora lo que hemos tenido es una seudocertidumbre, la certidumbre del que delega en otros sus responsabilidades y derechos; al final muchos descargan ese pesado fardo de la responsabilidad en una estrella. Recuerde lo que decía Pascal: «Lo contrario de una verdad profunda no es un error, sino una verdad contraria.»

Pero volviendo a la relación del médico con el paciente, planteamos la capacidad y el poder de autocuración del enfermo con un nuevo orden, siguiendo una teleología que lo llevará a la mejoría o curación.

La ortodoxia plantea la misma mejoría o curación, pero en un proceso de absoluta dependencia. En la ortodoxia el poder del conocimiento del médico se utiliza para que el otro dependa. En la visión alternativa planteada, ese poder se utiliza para reconocer el del otro e impulsarlo como ser humano para que trascienda, para que aprenda de sus experiencias. Así que el problema y la tensión no están tanto en el resultado que se busca, sanarse o mejorarse, sino en el proceso. Como usted dijo, no se trata de quitar el hambre dando un pescado sino de enseñar a pescar.

—En resumen, el fin que es llenar la expectativa, no debe justificar los medios, sino más bien los medios justifican el fin. Pero ¿cuáles son las expectativas del galeno y qué injerencia tienen en la relación médico-enfermo?

—El galeno está sentado en su oficina con su hipotético saber; de muy buena fe tiene sus expectativas que coinciden en mucho con las del enfermo y son más o menos: primero, lograr hacer un diagnóstico adecuado, o al menos tener una hipótesis diagnóstica aceptable, lo cual involucra, por ejemplo, conocer las posibles causas del mal, o por lo menos las que él pueda conocer, hasta donde se lo permitan sus estudios y los avances cien-

tíficos; ya aquí tenemos una gran limitación. Segundo, prescribir un tratamiento adecuado. Y tercero, que el enfermo se mejore o se cure.

Yo diría que los tres puntos enunciados son cardinales, aunque esta secuencia no es tan lineal, pues está atravesada por otros factores, como por ejemplo, los procesos económicos; los laboratorios; los exámenes; el médico, que es víctima de las visitas de los representantes de casas productoras de medicamentos y aparatos que vuelven al médico un buen vendedor de drogas o un buen utilizador de equipos; intereses institucionales; clínicas, hospitales y consultorios que para mantener sus equipos piden exámenes innecesarios y algún personal de salud que colabora con esta mala práctica. Hay que tener en cuenta también, el estado emocional del médico, no es igual un profesional alegre que un profesional angustiado; el estilo de las relaciones interpersonales del médico, su educación, su relación de clase con el paciente y muchas otras.

—Las expectativas malsanas del médico a pesar de estar cargadas de buena voluntad llenan las expectativas malsanas del enfermo (dependencia, sometimiento, etc.) ¿Qué pasa con este círculo vicioso (no virtuoso) de expectativas malsanas que no proporciona el mejor ambiente para curarse?

—La relación clásica entre médico y paciente (hegemónica, vertical, impositiva, violenta, no libertaria, asocial, ahistórica, impersonal y preestablecida) configura un aparato de poder: ambos, médico y enfermo, tienen expectativas loables —curar o mejorar el uno y ser curado o mejorado el otro— pero el proceso es equívoco, y es en este punto donde se centra parte de mi análisis.

Cuando el enfermo busca que le asignen un diagnóstico está pidiendo ser encasillado y clasificado, que ya de por sí es una expectativa no loable; y el médico, por su parte, le pone el diagnóstico, lo encasilla, lo clasifica, es decir, le llena esa expectativa malsana con un procedimiento que me atrevo a llamar inhumano, pues para lograr eso, el conocimiento y el poder médico reducen al ser humano al carácter de órgano u órganos enfermos. Se sigue el camino de desconocer el cuerpo y el ser como un todo, se divide, se desmembra y se comienza a hablar de órgano u órganos enfermos

como partes aisladas, como piñones del reloj del que ya hemos hablado (especialidad).

Si el paciente, por ejemplo, se queja de varias dolencias, como inflamación de estómago, dolores e hinchazones en sus articulaciones y dolor de cabeza, el médico para diagnosticarlo y clasificarlo como enfermo de gastritis, artritis y migrañas o jaquecas, debe verlo como formado por partes de una máquina y aislar esas partes entre sí; dará tres diagnósticos, o sea, que descompondrá el todo del ser en partes y según esas partes lo clasificará como gástrico, artrítico o migrañoso. Comienza la persona, cuerpo y mente, a ser desconocida en su totalidad, a ser expropiada por la ciencia que cada vez la dividirá más, no se limitará a estudiar sólo el órgano malo, sino que entrará hasta lo más íntimo de las células de ese órgano para hacer una descripción anatómica microscópica o molecular de los daños encontrados; a esa descripción la llamará diagnóstico, y basado en él hablará de pronóstico y tratamiento y se erigirá en juez y parte; es decir, la descripción del hecho se convierte en la realidad y la verdad: así, poco a poco nos hemos apartado de la realidad para crear una realidad virtual, una perfecta cueva de Platón.

El modelo médico expropia así el cuerpo del enfermo, lo disecciona, lo divide en partes que al final no relaciona con el todo, lo cual es completamente anticientífico.

Científicos como Murray Gell-Mann, Premio Nobel y nada alternativo, en su libro «El quark y el jaguar» plantea: «Todo lo que nos rodea son, al fin de cuentas, hechos relacionados entre sí. Naturalmente pueden considerarse como entidades separadas y estudiarse de esta forma. No obstante, ¡qué diferente resulta cuando los contemplamos como parte de un todo! Muchos elementos dejan de ser sólo detalles para memorizar, ya que su relación permite elaborar una descripción comprimida, una forma de teoría, un esquema que los comprende y resume y en cuyo marco comienzan a tener un sentido. El mundo se hace más comprensible.»¹⁴

14 Murray Gell-Mann. *El quark y el jaguar. Metatemas. Libros para la ciencia*. Barcelona, Tusquets, 1995.

—Es serio el problema así planteado...

—Grave, porque la relación humana de esos dos seres que son médico y enfermo se signa por la desgracia de tener y llenar expectativas de una manera malsana para ponerlos en el papel de bailarines en una fiesta de disfraces y caretas; la relación se inicia con falsedades o con verdades incompletas y de allí en adelante seguirá deslizándose por caminos poco claros y muy tortuosos.

Pero, además de estas fallas y desde su inicio, la relación no es de yo y tú, sino que comienza a hacerse a través de un tercero, un aquél o un ello.

—¿Es una especie de despersonalización del paciente y del médico?

—Hay que analizar el lenguaje: el enfermo o la enferma dice «me duele el estómago» o «me sacaron el útero», lo cual no expresa pertenencia; no dice «me duele mi estómago» o «me extrajeron mi útero». A su vez, el médico dice: «la voy a mejorar o la vamos a mejorar del corazón o los riñones», o «hay que sacarle la próstata o el útero», en vez de utilizar los términos su corazón, o su próstata o le voy a tratar su riñón, etc. Con este análisis se ve el surgimiento de ese tercero, ese «ello», y se ve que se pierde el yo, el tú, el mío, el suyo, como debe ser una relación absolutamente normal y buena.

En este diálogo esquizofrénico es como si los órganos y tejidos no tuvieran pertenencia; ya todos han perdido. Por una parte el cuerpo del enfermo ya no le pertenece a él, pero tampoco se lo ha trasladado al médico, ya que el médico mismo habla de órganos como de un tercero, que configurarían un paciente virtual o un para paciente, el útero, la próstata, el corazón o los cálculos del riñón, etc.

Al final, es el modelo sanitario científico el que se ha adueñado, tanto de los órganos del paciente, como del conocimiento del médico. El sistema entonces se adueña de todo, es como un monstruo, una institución alimentándose con sus propios frutos.

En el momento del diagnóstico y del tratamiento, médico y enfermo ya han creado un tercer ser, un parapaciente, un «ello» que sustituye al mí y al su; así, se relacionan a través de una radiografía, una ecografía, una resonancia, un examen de orina o de grasas en la sangre, que los separan

aún más. De allí en adelante ya ni siquiera es el médico el que le llena mal-sanamente las expectativas al otro sino los laboratorios clínicos y las drogas de marca. El cuerpo totalmente expropiado cae en manos de una comercialización voraz y tenaz.

—¿Qué relación tiene ese tercero, o «ello», con las expectativas o el proceso malsano?

—Que la esperanza del enfermo, que era la última expectativa, ya no la llena con su capacidad de autocuración y el ejercicio de sus potencialidades, sino con pastillas que toma a determinadas horas, el brebaje de la noche o la inyección mensual. La felicidad de sentirse uno capaz de desarrollar sus potencialidades no acompaña este acto médico ni volverá a acompañar la vida del enfermo; y yo pienso que la felicidad y la autoestima son lo primero que uno necesita para curarse o para vivir sanamente. Por eso digo que a más médicos que actúen así, más enfermos habrá.

Estamos entonces ante un modelo médico que en vez de generar salud genera dependencia y enfermedad, y confabula contra la autonomía, por eso cualquier cantidad de dinero que se le destine a ese modelo será insuficiente. Por eso el problema de la salud no es sólo técnico y económico, sino también de cambio de paradigmas.

—¿Se diría que no sólo falta la felicidad, sino también la sinceridad?

—Exacto. Arabella Menville y Colin Johnson dicen en «Peligro mortal». «Efecto de la prescripción de fármacos»: «Ésta es la servidumbre de quienes pertenecen a esta profesión, la fuerza de la mística profesional significa que los médicos no pueden permitirse mostrar una total sinceridad a los pacientes ni a sí mismos. La imagen del sanador universal exige que dispongan de una solución para cada problema. Sin duda tal cosa es imposible. En la práctica puede significar una píldora para cada enfermedad, alguna forma de intervención médica cuando la naturaleza lo permita o un aumento de la incertidumbre mediante la interpretación psicoanalítica de algunos síntomas. ¿Debería admitir un médico que no es capaz de ayudar a la mayor parte de los pacientes que se hallan bajo su manto protector? Tal experimento podría resultar tan frustrante para el médico que acaso lo

condujera al alcoholismo o al suicidio. En Gran Bretaña el suicidio es más corriente entre los doctores que entre cualquier otro grupo de profesionales, y el índice de alcoholismo es excedido sólo por el grupo de borrachos tradicionales, los periodistas.»¹⁵

Yo añadiría, como usted dice, que es un diálogo con muy poca honestidad aunque con la mejor de las intenciones; pero de buenas intenciones está pavimentado el camino a los infiernos.

—¿Cuál sería la mejor manera de relacionarse los médicos con los enfermos? El enfermo no tiene por qué conocer todos los entretelones de esa relación, entonces si no puede confiar en sus médicos ¿en quién lo podrá hacer?

—El enfermo lleva sus expectativas, unas malsanas y otras no, como en toda relación humana; y el médico, que sí debe conocer los entretelones o debería conocerlos, no debe llenarlas; sólo con no llenarlas ya le está impulsando su propio camino de autocuración, lo está volviendo libre. Pero para lograrlo, los médicos y en general el personal de salud, tenemos que comenzar a pensar, para lo cual no estamos preparados, y como nadie lo está el problema se soluciona con un empate.

Además, el médico debe aceptar que el enfermo tiene muchas otras expectativas, no únicamente las fisiológicas, biológicas o psíquicas que él cree, sino una gran cantidad de posibilidades que no conoce el médico, es decir, muchas veces el concepto o la idea de mejorarse del paciente (autoeco organización) no coincide con los modelos del médico. Con sólo aceptar que el cuerpo humano ha sido expropiado por la ciencia médica (además del comercio con el consumismo, la educación, las religiones, las instituciones, etc.) entenderemos que el sentido de salud del expropiado no equivale al deseo uniformador del expropiador.

Los cambios se pueden realizar, las circunstancias se pueden mejorar y ser más felices los encuentros si somos capaces de aprender a pensar por nosotros mismos, si nos proponemos cambiar para unos encuentros mejo-

¹⁵ Arabella Menville y Colin Johnson. *Peligro mortal. Efecto de la prescripción de fármacos*. Barcelona, Planeta, 1982.

res, si somos más libres, más tolerantes, menos lineales, menos hegemónicos, menos soberbios, si somos capaces de desprendernos de las caretas y disfraces, si somos capaces de inaugurar la *desobediencia vital*, en fin, si SOMOS.

—Pero de alguna manera necesitamos un discurso para explicar lo que nos pasa, un discurso de cualquier orden, incluso éste que usted está exponiendo.

—Sí, el discurso, la teoría, la explicación, pueden existir, al fin y al cabo, es una manera de comunicarnos. El problema se presenta cuando el discurso que trata de explicar una parte de la realidad lo volvemos la realidad, cuando no nos deja verla y comenzamos a interpretarla de una manera malsana, inconveniente y absurda; y, peor aún, cuando descalificamos, desde nuestra posición, cualquier otro discurso (lo denominamos o clasificamos como esotérico, irracional, mágico, o cualquier otro apelativo despreciativo), es que, con gran frecuencia, denominamos para descalificar o para esconder la ignorancia.

En los hospitales, las clínicas y los consultorios, en cada enfermo que se mejora o cura podríamos ver un milagro. Para mí la realidad es indudablemente milagrosa, pero el discurso lineal, mecanicista y soberbio con el cual llenamos malsanamente las expectativas, no nos deja ver, saborear y vivir ese milagro; aunque no se debe olvidar que las cosas tienen que ser siempre con conocimiento y con sentimiento.

En algo tan natural como el parto, podemos ver los desastres que causa la excesiva importancia que se le da al discurso y la distorsión que produce en los hechos. El sistema médico operativizó y aparatizó —llenó de aparatos— un acto tan sencillo y familiar como debe ser el nacimiento; lo volvió médicos, enfermeras, clínicas, olores, alcohol, mertiolate, camillas de partos, luces, desgarros, episiotomía, cicatrices, nalgada, cesáreas a discreción, gritos, cuidados intensivos, monitores, etc. Llevó a tal estado las cosas que las mujeres europeas blancas del siglo XVII fueron obligadas, por moda impuesta por la realeza, a parir, o sea, a pujar acostadas; eso de pujar horizontales por fuerza de la ciencia y por ser signo de distinción de clase, se volvió de uso normal, violando el sentido común de pujar en cuclillas,

como aún lo hacen las indias. Las contracciones se entregaron al goteo de drogas para regularizarlas, la ciencia con su discurso se apropió totalmente del parto, el milagro del nacimiento, sobre el que literatos y poetas se extendieron, se volvió un acto médico rutinario; el milagro y el encanto desaparecieron y ahora vemos que la cesárea está reemplazando al parto vaginal.

Son los riesgos de la realidad reemplazada por el discurso médico o por cualquier otro discurso.

Igual ocurre en los actos más simples: el discurso de la educación o de la psicología no nos deja ver al hijo o a la hija, el discurso sobre el amor aleja a los amantes, el modelo discursivo de la familia separa a los cónyuges, el discurso sobre la vida nos aparta de ella, y perdemos, con mucho dolor, la capacidad de asombrarnos.

En resumen, el discurso y los modelos médicos alejan a los enfermos y a los médicos; sin añadir que ahora, por juegos de la ley, los enfermos ya no son ni siquiera pacientes, sino que son clientes o usuarios, y como tal son tratados por el aparato sanitario, con la diferencia que un cliente verdadero, por ejemplo, cuando va a comprar un par de zapatos puede escoger los zapatos, pero un cliente-paciente en un hospital o en un consultorio, o frente al aparato sanitario, lleno de rituales, es dependiente totalmente, es desconocido, es acorporal ya que su cuerpo ha sido expropiado, y no puede escoger qué tipo de exámenes, de tratamientos y de médicos le apetecen. Así las cosas, la situación no es nada halagüeña ni propicia para curarse.

—Este tema del discurso utilizado para llenar expectativas y para dar explicaciones erróneas de la realidad ha sido debatido por civilizaciones milenarias como la china, que dio origen a la acupuntura, así que no es ajeno a las medicinas alternativas.

—Sí, el Tao-Te-King dice:

El Tao que puede expresarse, no es el Tao eterno.

El Tao que puede nombrarse, no es el Tao eterno.

Sin nombre, es el origen del cielo y de la tierra.

Sin nombre, es la madre de todas las cosas.

*Los dos Taos son uno mismo.
Se diferencian sólo en el nombre.*

En su unidad constituyen el misterio de los misterios y la fuente de donde surgen las cosas. Después de esta sabiduría del Tao Te King poco podría agregar, pues me sentiría ridículo.

—Tiene razón...