

► **Carlos Andrés Arroyave Bernal***

THE DILEMMA OF DOCTOR AS
PATIENT: ANOTHER LOOK AT THE
EXPERIENCE OF THE SICKNESS

O DILEMA DO MÉDICO COMO
PACIENTE: OUTRO OLHAR SOBRE
A EXPERIÊNCIA DA DOENÇA

► **O36**
Bioética

El dilema del médico como paciente:

Otra mirada a la experiencia de la enfermedad

► Fecha Recepción: Febrero 21 de 2010

► Concepto Evaluación: Marzo 22 de 2010

► Fecha Aceptación: 25 Mayo de 2010

* Sociólogo de la Universidad Santo Tomás, miembro de la Sociedad Colombiana de Historia de la Medicina y candidato a Magister en Estudios Sociales de la Ciencia, la Tecnología y la Medicina de la Universidad Nacional de Colombia.
Email: Carlosarroyave11@gmail.com



RESUMEN

El *médico como paciente* supone una ruptura de los roles sociales que se establecen tanto para el profesional en Medicina como para sus pacientes. Esta doble condición puede arrojar interesantes hallazgos acerca de la construcción social de la enfermedad desde la perspectiva de la profesión médica permitiendo la comprensión de la experiencia social de una enfermedad grave leída desde quien aplica el conocimiento médico experto (sobre la enfermedad de los otros) en torno a su propia enfermedad y alta probabilidad de muerte.

Palabras Clave

El Médico paciente, Enfermedad, Biografía socioclínica, Conocimiento, Muerte.

37

ABSTRACT

The doctor as patient is a breakdown of the social roles that are established both for professionals in medicine and their patients. These two conditions may throw interesting findings about the social construction of illness from the perspective of the medical profession and in doing so closer to understanding the social experience of a serious sickness who applies read from expert medical knowledge (on the disease to others) about his own sickness and high probability of death.

Key Words

The doctor as patient, Sickness, Socioclinical Biography, Knowledge, Death.

RESUMO

Quando o médico se torna um paciente de si mesmo, mudam-se os papéis sociais estabelecidos para os profissionais da medicina e seus pacientes. Esta dupla condição pode conduzir a conclusões interessantes sobre a construção social da doença a partir da perspectiva da profissão médica e permitir aproximar-nos a compreender a experiência social de uma doença grave lida a partir do conhecimento médico especialista (sobre a doença de outras pessoas) aplicado a sua própria doença com alta probabilidade de morte.

Palavras Chave

Médico doente, doença, biografia socioclínica, conhecimento, morte.

INTRODUCCIÓN

La investigación es sobre la construcción social de la enfermedad en la profesión médica a través del dilema del *médico como paciente* en el ámbito colombiano. Para lograr esto, analizamos la experiencia en el profesional de Medicina -a través de la *carrera moral del médico paciente* y su conflicto simultáneo de roles- de un padecimiento de cierta gravedad (que pone en peligro la vida y rompe con relaciones sociales anteriores y/o estilos de vida como son los padecimientos agudos como el cáncer o padecimientos crónicos como la diabetes) para dar cuenta de la construcción social de la enfermedad desde la propia perspectiva de la profesión médica.

En primera instancia anotamos algunos estudios representativos de sociología de la Medicina que contribuyen a la comprensión de la enfermedad más como un proceso social, histórico y cultural, que biológico, proporcionándonos elementos para comenzar a construir nuestra propuesta investigativa. Luego, se construye el problema de investigación con base en los paradigmas de la enfermedad y de la importancia que tiene en la sociedad. Médico y paciente representan un rol en la sociedad. Sus relaciones suelen darse por una dependencia (paciente) y una autoridad (médico).

Pero ¿qué sucede cuando estos dos fenómenos son simultáneos? El *médico paciente* supone una ruptura de los roles sociales de paciente y de médico. Es, pues, también una estrategia -a la luz del dilema del *médico paciente*- para dar cuenta de la construcción social de la enfermedad en la profesión médica. Posteriormente, se presenta el marco teórico que resulta de una estrategia conceptual que se desarrolla con base en algunas teorías sociológicas para llevar a cabo nuestros objetivos. Las teorías que se exponen y utilizan en este estudio son el interaccionismo simbólico de Goffman (2004b), la teoría estructuralista de Giddens (2006), la teoría del rol del enfermo de Parsons (1984) y el construcciónismo social de la enfermedad de Eliot Freidson (1978). Finalmente, teniendo en cuenta las teorías anteriormente descritas, enfatizamos en el uso de un enfoque interpretativo que prioriza las propias teorizaciones sociales que realizan los profesionales de Medicina.

El capítulo metodológico se construye tratando de integrar el nivel epistemológico, que nos da la razón de para qué o para quién se hace, el metodológico, que nos plantea la justificación de por qué se hace así, y el tecnológico, que nos da la razón de cómo se hace.

Adicionalmente se hace énfasis en el trabajo de campo que resulta ser el insumo principal de este estudio. A partir de esto, se muestran los resultados junto con el análisis y la discusión respecto al dilema del médico como paciente evidenciando de esta forma otra mirada de la enfermedad. Una mirada que se articula desde la propia profesión médica a través de su trayectoria social como paciente.

BREVE PANORAMA DE LOS ESTUDIOS EN SOCIOLOGÍA DE LA MEDICINA: TRAS LA ARTICULACIÓN DE UNA PROPUESTA

Para adentrarnos en la investigación elaboramos un balance de los estudios representativos de sociología de la Medicina, donde se resalta como disciplina especializada nacida principalmente en los EE.UU. en los años 40 y cuyo precursor se puede destacar a Talcott Parsons (1984) por haber propuesto el modelo funcionalista a partir de la construcción de un ideal típico fundado en el papel social del médico y del enfermo.

Inspirados en las corrientes heredadas de la escuela de Chicago, en particular el interaccionismo simbólico, Erving Goffman (2004b), Eliot Freidson (1978) y Anselm Strauss y Barney Glaser (1975) iniciaron una tradición sociológica que se interesa en los modos de organización de las interacciones sociales que se producen alrededor de la enfermedad, tanto al interior del hospital, como en otros contextos institucionales de atención médica o de salud. Así, ellos sentaron las bases de una sociología médica y de la enfermedad, proporcionándonos elementos para las bases teóricas de esta investigación. Tenemos en cuenta el panorama de las principales perspectivas de la sociología de la Medicina tales como el estructuralismo funcional, el estructuralismo de conflicto y el enfoque interpretativo, siendo este el insumo primordial para la investigación. De tal modo, se hace una clasificación de los estudios clásicos desde el enfoque interpretativo que es poco abordado y se sitúa más cerca de los intereses de esta investigación. Esta clasificación de los estudios clásicos se compone básicamente en tres áreas temáticas que son los paradigmas y políticas de salud, los profesionales y pacientes, y los estudios en torno a la experiencia de la enfermedad. Posteriormente, saliéndonos de la clasificación estricta en el área de la sociología de la Medicina, destacamos otros estudios *al margen*, que se refieren básicamente a trabajos autobiográficos de médicos pacientes - como

el caso de Albert Jovell (2008) - que los consideramos referentes importantes. Finalmente se destacan los estudios colombianos que se clasifican en los que tiene relación con la profesión médica y en los que desde una perspectiva interpretativa se acercan a la construcción social de la enfermedad –donde resaltamos los trabajos de Salcedo (2002) y Núñez (2007).

Salcedo (2002) en su estudio acerca de la experiencia de las mujeres con cáncer de seno, trasciende el debate polarizado y estéril en torno a lo “biológico” y lo “social” en lo relacionado con salud -enfermedad. Asume directamente la experiencia del enfermar como una construcción histórica, cultural y social, dentro de la que evidentemente se inscribe la experiencia somática integral. Y es precisamente la mirada de una sociología plural, lo que el autor llama una “sociología de la experiencia”; la que permite construir el propio discurso de los sujetos protagonistas en un análisis de las estrategias de reincorporación al tejido social cuando se padece una enfermedad como el cáncer.

La experiencia del cáncer de seno implicó un análisis de las transformaciones identitarias que se producen cuando se vive una “ruptura biográfica” después del diagnóstico de una enfermedad crónica y representada socialmente como eminentemente mortal. Bajo esta mirada, este trabajo trata de superar el tradicional enfoque exploratorio de las representaciones sociales, para dar cuenta de los “dispositivos de categorización”, apoyándose en la tradición de la etnometodología y de la lingüística pragmática y cognitiva (cfr. Salcedo, 2002). En cuanto al trabajo de Núñez (2007), que lleva por título “De una enfermedad y unos pequeños pacientes. La construcción social del malestar en niños con cáncer”, constituye un esfuerzo inicial por comprender, en una perspectiva sociológica, la manera como los niños diagnosticados con cáncer construyen socialmente la realidad de su malestar (siendo una experiencia única y personal que es a la vez producida social y culturalmente). El estudio de Núñez se realizó mediante la descripción y análisis de la vivencia compartida por los menores dentro del hospital como institución total a través de la recopilación de los relatos de malestar de los menores teniendo en cuenta las implicaciones simbólicas de la enfermedad y los tratamientos y su incidencia en las prácticas cotidianas, los roles sociales habituales y la red social personal de los infantes. Para estos efectos se llevó a cabo un estudio de casos en el Instituto Nacional de Cancerología de Bogotá.

TRAS LA CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA ENFERMEDAD EN LA PROFESIÓN MÉDICA: EN TORNO AL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

El problema de investigación se nutre con los paradigmas de la enfermedad y de la importancia que tiene en la sociedad. Se comparan algunas definiciones principales sobre padecimientos y sobre sus consecuencias así como la transformación de sus significaciones sociales. Médico y paciente representan un rol en la sociedad. Sus relaciones suelen darse por una dependencia (paciente) y una autoridad (médico). Pero ¿qué sucede cuando estos dos fenómenos son simultáneos? El *médico paciente* supone una ruptura de los roles sociales de paciente y de médico. Es, pues, también una estrategia -a la luz de su trayectoria social como *médico paciente*- para dar cuenta de la construcción social de la enfermedad en la profesión médica. Se pregunta a través de esta trayectoria social -al estilo la *carrera moral del paciente* de Goffman (2004a)- por el proceso de enfrentamiento de una enfermedad de cierta gravedad¹, de su asimilación, de la experiencia cercana a la muerte, y del conocimiento médico frente al propio padecimiento.

MARCO TEÓRICO: LA CREACIÓN DE UNA BASE CONCEPTUAL COMO ESTRATEGIA PARA ENTENDER LA CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA ENFERMEDAD EN LA PROFESIÓN MÉDICA

El marco referencial teórico resulta de una estrategia conceptual que se desarrolla con base en algunas teorías sociológicas. Las teorías que se exponen y utilizan en este estudio son el interaccionismo simbólico de Goffman (2004a) que ayuda entender como el profesional de Medicina utiliza sus conocimientos para mantener el dominio sobre la situación de la enfermedad.

Cuando un individuo desempeña un papel, solicita implícitamente a sus observadores que tomen en serio la impresión promovida ante ellos. Se les pide que crean que el sujeto que ven posee en realidad los atributos que aparenta poseer, que la tarea que realiza tendrá las consecuencias que en forma implícita pretende y que, en general, las cosas son como aparentan ser (Goffman, 2004a: 29).

Así mismo, se utiliza la teoría estructuralista de Giddens (2006) que permite comprender los procesos de adaptación a los sistemas expertos donde cabe resaltar la percepción sobre riesgo y peligro:



El conocimiento entre la gente profana de los entornos de riesgo, conduce al conocimiento de los límites de expertos, y forma parte de los problemas de "relaciones públicas" que han de afrontar quienes tratan de sostener la fiabilidad de ese público profano en los sistemas expertos. La fe que sostiene la fiabilidad en los sistemas expertos incluye el bloqueo de la ignorancia de los profanos cuando se enfrentan a las afirmaciones de los expertos. Pero el reconocimiento de las zonas de ignorancia a que se enfrentan los expertos mismos, ya sea como profesionales individuales, ya en términos de áreas generales del conocimiento, podrían debilitar o minar la fe de las personas profanas. Los expertos frecuentemente asumen riesgos "en nombre" de sus clientes profanos encubriendo o falseando la verdadera naturaleza de esos riesgos o, incluso, el hecho mismo de que existan riesgos. Más perjudicial que el descubrimiento por parte de la persona profana de esta clase de ocultación, es la circunstancia en las que son los mismos expertos quienes no son conscientes del verdadero alcance de un conjunto de peligros y de los riesgos asociados a ellos; porque en este caso, lo que es cuestionable, no es sólo los límites o lagunas del conocimiento experto, sino la insuficiencia que compromete la auténtica idea del experto (Giddens, 1993: 125).

► **O40**
 Bioética

Esta concepción de riesgo y peligro suele producir incertidumbre entre las personas que buscan la ayuda de sistemas expertos para enfrentar sus problemas. La profesión médica es estructurante de formas de comportamiento en la facultad de Medicina, el hospital y la consulta, entre otros. El médico como paciente reflexiona sobre su propia profesión (como sistema experto) y las consecuencias que tiene para enfrentar la incertidumbre.

La teoría estructuralista y el interaccionismo simbólico se complementan porque la sociedad consolida unas actitudes y eso permite que el actor interactúe de acuerdo a unos símbolos. En la doble condición de médico como paciente se analizan los intercambios de roles (de experto y paciente). La teoría estructuralista de Giddens permite entender los procesos de adaptación a los sistemas expertos. El interaccionismo simbólico ayuda a entender cómo el médico utiliza sus conocimientos para mantener el dominio sobre la situación de su enfermedad.

Se destaca también las teorías del proceso de civilización de Norbert Elias (1987) y de la soledad que viven los enfermos que permiten analizar la construcción social

de la enfermedad en el profesional de Medicina a través de la utilización de un saber médico y la importancia que tiene en la sociedad contemporánea actual.

Para definir el rol de paciente se parte de la teoría de Talcott Parsons (1984). Pese a que suele ser una teoría bastante criticada, las definiciones que proporciona sobre las actitudes del paciente son relevantes. Cabe destacar que Parsons (1984) introduce el término experto y configura el rol de enfermo.

Como estrategia para rastrear la construcción social de la enfermedad en el profesional de Medicina, tomamos el concepto de *carrera moral del paciente* de Goffman (2004a), para dar cuenta de la trayectoria social del *médico paciente* para captar múltiples elementos exploratorios acerca del contexto subjetivo y social del enfermo.

Para el estudio de la profesión médica y la construcción social de la enfermedad nos basamos en el enfoque teórico del sociólogo Eliot Freidson (1978), donde, por una parte, su teoría de las profesiones se puede aplicar al comportamiento que tiene el médico como paciente para mantener su estatus profesional, y por otra, nos suministra los componentes fundamentales para explorar la construcción social de la enfermedad en el sentido de que el enfoque teórico de Freidson (1978) considera a la enfermedad más como un estado social que biológico. Como dice él,

Apoiado en la tradición de la sociología del conocimiento expuesta recientemente por Berger y Luckmann considero a la enfermedad más como un estado social que biológico (...) es necesario tener presente que no intento tratar las "causas" del conjunto de signos verificables y medibles que a veces el médico llama enfermedad. Esa, es esencialmente una cuestión médica. En cambio intentaré tratar las "causas" que designan un conjunto de atributos y no otro, como enfermedad, y las "causas" de la experiencia y conducta de la gente que fue diagnosticada de un modo particular. Esta es una cuestión genéricamente sociológica. La conducta del "enfermo" varía de una cultura a otra, muy frecuentemente en forma independiente de la enfermedad, y constituye una realidad en sí misma. Así como también la cultura del curador varía de cultura a cultura (Freidson, 1978: 211).

Finalmente –teniendo en cuenta las teorías anteriormente descritas– enfatizamos en el uso de un enfoque interpretativo que prioriza las propias teorizaciones sociales que realizan los profesionales de Medicina.

CÓMO ANALIZAR LA EXPERIENCIA DE LA ENFERMEDAD EN LA PROFESIÓN MÉDICA: NIVEL EPISTEMOLÓGICO, NIVEL METODOLÓGICO - TRABAJO DE CAMPO- Y NIVEL TECNOLÓGICO

El área metodológica –siguiendo a Ibáñez (1998) que se remite a Bourdieu cuando señala las tres operaciones necesarias para el dominio científico de los hechos sociales- se construye tratando de integrar tres niveles metodológicos: el nivel epistemológico que nos da la razón de para qué o para quién se hace, el metodológico que nos plantea el porqué se hace así, y el tecnológico que nos da la razón de cómo se hace. Cabe destacar que se integro un apartado especial acerca del trabajo de campo.

En el nivel epistemológico resaltamos la discusión sobre la creación de una biografía socioclínica en oposición a una historia clínica. El propósito de la creación de la herramienta de la biografía socioclínica es acercarnos a nuestro objeto de estudio entendiendo la enfermedad como una construcción social. Por lo tanto nos alejamos del concepto de historia clínica de la profesión Médica, en la medida que constituye un simple relato “patográfico”, es decir, como lo afirma Salcedo, es una sucesión de signos protuberantes inscritos dentro de una nosología de lo mórbido, relato aislado del contexto social y subjetivo del enfermo (2002). De ahí que se cuestione el carácter exclusivamente biosomático de la enfermedad, que ignora su construcción social. Por tanto, la importancia de plantearse la utilidad de la biografía socioclínica que articule una sociología del enfermo, que pudiera dar cuenta de su trayectoria, experiencia y de sus representaciones y prácticas. Luego es indudable que los nexos entre historia social, las biografías y la experiencia de la enfermedad deben constituirse en un problema pertinente y justificable en el área de la sociología de la Medicina. En el caso de la Medicina, el uso de la biografía socioclínica aparecería como un sugestivo recurso para buscar y dar las claves para entender de qué manera se producen, en esa compleja relación entre los procesos sociales y la historia individual, las diferentes formas de enfermar y morir, desenmascarando la enfermedad no solo como un relato patográfico sino como una construcción social.

A la luz de la *carrera moral del médico paciente* mediante la biografía socioclínica podemos dar cuenta de una mirada más completa de la enfermedad en donde se podría evidenciar desde la profesión médica el cuestionamiento de su propia labor, el sistema de atención en salud, el éxito del conocimiento aplicado,

Salcedo en su estudio acerca de la experiencia de las mujeres con cáncer de seno, trasciende el debate polarizado y estéril en torno a lo “biológico” y lo “social” en lo relacionado con salud-enfermedad. Asume directamente la experiencia del enfermar como una construcción histórica, cultural y social, dentro de la que evidentemente se inscribe la experiencia somática integral. Y es precisamente la mirada de una sociología plural, lo que el autor llama una “sociología de la experiencia”, la que permite construir el propio discurso de los sujetos protagonistas en un análisis de las estrategias de reincorporación al tejido social cuando se padece una enfermedad como el cáncer.

y el significado social de la enfermedad. Es quizás el mejor instrumento para analizar los significados ocultos de la enfermedad y vislumbrar su construcción social. Esta investigación justificaría la necesidad de entender la enfermedad como una construcción histórica, cultural y social, dentro de lo que evidentemente se adscribe la experiencia somática de manera integral. Pero esto no deja de presentar problemas, como lo afirma Salcedo, puesto que la formación médica implica una cierta mirada de los hechos mórbidos, una experiencia previa del escenario del enfermo y una introspección clínica frente a las cuales las ciencias sociales plantean fuertes críticas (2002).

Para abordar, entonces, la construcción social de la enfermedad en la profesión médica se necesita de la trayectoria social donde se incluyen aspectos vitales como el dolor y el sufrimiento, el proceso de diagnóstico y tratamiento, el paso por el quirófano y su asimilación. Estos elementos son captados, principalmente, a través de la biografía socioclínica que se complementa con la biografía profesional del médico y su reflexión como *médico paciente* frente a la muerte.

Por tal razón lo que nos proponemos con la biografía socioclínica -complementada con la biografía profesional y la reflexión de la muerte- es indagar sobre la experiencia de una enfermedad de cierta gravedad (aguda como el cáncer o crónica como la diabetes) en los propios médicos, para aproximarnos a ese *sentido real* de la vivencia de la enfermedad por parte de los propios expertos que son quienes mejor pueden definir esta experiencia y pueden transformar de manera profunda sus relaciones sociales y cuestionar así mismo el propio ejercicio profesional médico.

En nivel metodológico tiene como principal insumo la recolección de fuentes orales. Así mismo la revisión bibliográfica sobre sociología médica, enfermedad, dolor, muerte, atención en pacientes y la exploración de algunas autobiografías de *médicos pacientes* son la base fundamental mediante la cual planteamos las áreas temáticas pertinentes a explorar en el estudio a través del uso de entrevistas en profundidad.

Esta investigación trata sobre *médicos* que a su vez son *pacientes* que se definen como aquellos especialistas en Medicina que tienen un padecimiento de cierta gravedad, -agudo (cáncer) o crónico (diabetes)-, siempre y cuando su enfermedad represente una ruptura importante en su estilo de vida e incluso en sus relaciones sociales anteriores.

La propuesta a utilizar en esta investigación está inscrita en el enfoque cualitativo sociológico. Nos basamos en la entrevista en profundidad que trata de analizar principalmente el papel del profesional de Medicina al tener la experiencia de ser paciente y tener una enfermedad de cierta gravedad ofreciendo los elementos para examinar la construcción social de la enfermedad desde la propia perspectiva de la profesión médica.

La entrevista en profundidad está diseñada en unidades temáticas. Su estructura tiene una estrecha relación con los objetivos de la investigación, que a su vez depende de la hipótesis central del estudio.

La introducción a la entrevista supone en primera instancia una biografía profesional del médico que indaga sobre su paso por la carrera de Medicina y sobre cómo nace la idea de estudiarla. Se pregunta sobre las primeras impresiones durante la carrera y se analiza el impacto que tiene la profesión en los familiares. Más adelante, esta biografía profesional se enriquece con preguntas sobre lo que recuerda de lo que aprendió en la Facultad de Medicina sobre enfermedad, dolor, sufrimiento, y muerte.

En segunda instancia abordamos y profundizamos sobre la biografía socioclínica que indaga sobre la *carrera moral del médico paciente*. Esta biografía resulta ser la piedra angular para dar cuenta de hasta qué punto los *médicos pacientes* pueden cuestionar su propia profesión, el sistema de atención en salud, el éxito del conocimiento aplicado y, por supuesto, el significado social de la enfermedad. Es, pues, mediante la biografía socioclínica que pretendemos alcanzar los principales objetivos de la investigación. Esta biografía se ha clasificado temáticamente:

1. **Dolor y sufrimiento:** Se espera que el médico defina las diferencias entre dolor y sufrimiento, destacando la importancia del dolor como síntoma de enfermedad. Así mismo se repasa las experiencias que ha tenido el médico con su dolor y sufrimiento.
2. **Diagnóstico:** Supone el conocimiento aplicado del médico a su enfermedad, ya que el médico tiene una idea sobre su propia enfermedad.
3. **Tratamiento y quirófano:** Una vez diagnosticada la enfermedad el médico recibe tratamiento. Queremos abordar cómo se asume de manera plena el rol de paciente y también cómo se indaga acerca de los riesgos de tener que pasar por el quirófano. Así mismo - como en las demás áreas temáticas - exploramos sobre su red sociofamiliar que da cuenta de la relación con parientes, amigos y colegas en el proceso de la enfermedad.

4. **Asimilando la enfermedad:** Se intenta analizar las estrategias que utiliza el médico para enfrentar la enfermedad y para superarla. Se trata también de evidenciar la diferencia entre las enfermedades crónicas y agudas.

Cabe resaltar que constantemente se ha interrogado en las diversas áreas temáticas de la biografía socioclínica sobre el doble papel de médico y paciente en contraste con un paciente “normal” y sobre las consecuencias que tiene la aplicación del propio conocimiento médico en el *médico paciente* bajo las circunstancias de una enfermedad de cierta gravedad, dándonos elementos suficientes para analizar la construcción social de la enfermedad en el profesional de Medicina.

Finalmente, la última área temática es en torno a la reflexión sobre la muerte, ya que en últimas esta preocupación se acentúa como producto del enfrentamiento con cualquier enfermedad de cierta gravedad. Por eso se interroga sobre algunas consideraciones del comportamiento del *médico paciente* sobre religión, Medicina, soledad y muerte.

El trabajo de campo fue uno de los momentos cumbres y más difíciles de esta investigación. El estudio se realizó en la ciudad de Bogotá. Para mantener la reserva de la identidad de los *médicos pacientes* entrevistados se omiten los lugares, las instituciones y las personas que se contactaron para el desarrollo del trabajo de campo. Cabe resaltar que la dificultad del trabajo de campo reside, entre otros factores, en el hecho de la confrontación con la confidencialidad ya que se estudian temas tabú. No hay que olvidar que esta investigación podría incidir de manera especial en los médicos, ya que se trata de un mundo privado e íntimo. Incluso podría producir replanteamientos sobre la relación que se establece con la enfermedad y con los enfermos.

El propósito del trabajo de campo era entrevistar a *médicos* colombianos que a su vez son *pacientes* que se definen como aquellos especialistas en Medicina que tienen un padecimiento de cierta gravedad, -agudo o crónico-, siempre y cuando su enfermedad represente una ruptura importante en su estilo de vida e incluso en sus relaciones sociales anteriores.

Se logró entrevistar a *médicos pacientes* pese a las dificultades de estas características. En su mayoría se entrevistó a *médicos pacientes* con enfermedades agudas (cáncer) y en menor medida con enfermedades crónicas (diabetes), incluso se presentaban casos en donde los

profesionales de Medicina sufrían varios padecimientos a la vez. Cabe destacar que todos los médicos entrevistados tenían una especialidad. Esto influyó a la hora de dar cuenta de la enfermedad. Se podría afirmar que cada especialidad en Medicina tiene una óptica o visión de la enfermedad. En su mayoría se entrevistaron a médicos psiquiatras. Esto le dio un contenido aun más emocional a los relatos de su enfermedad.

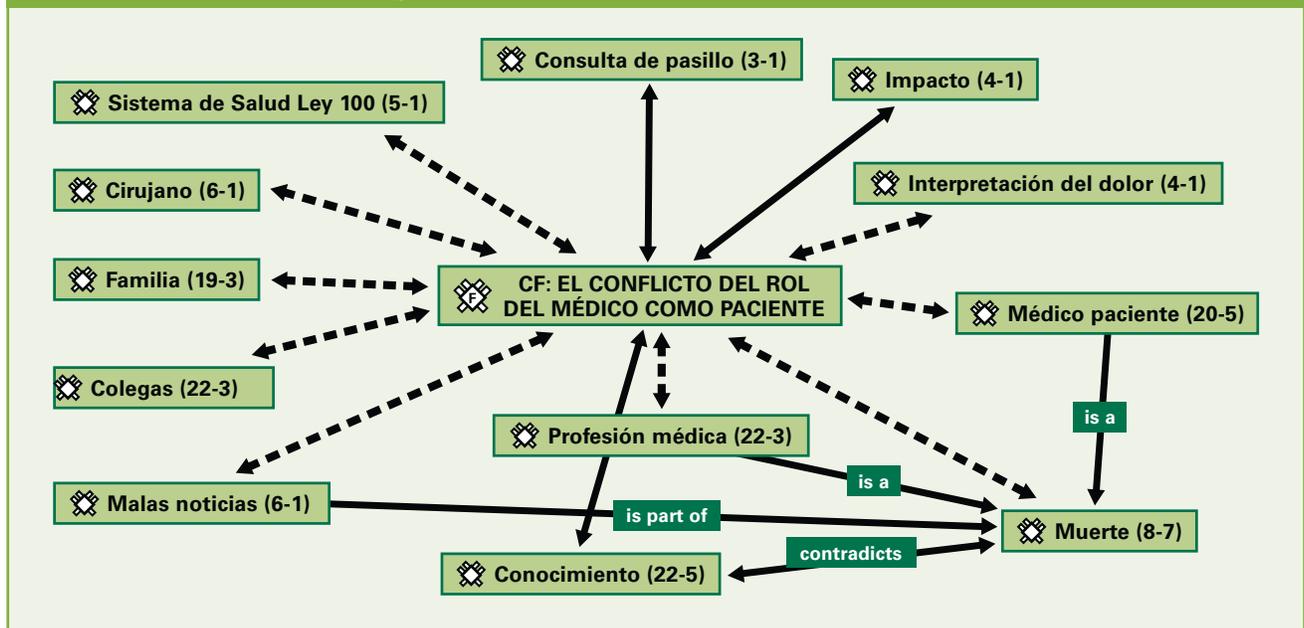
Finalmente en el nivel tecnológico Los datos extraídos del estudio son analizados con ayuda del “Atlas. Ti versión 5.2”. Se procesa la información en una unidad hermenéutica que se compone de elementos tales como documentos primarios, citas, códigos, memos, familias y redes. Se realiza un análisis de contenido temático de las entrevistas y la autobiografía. Se clasifica esa información y se codifica apoyándose en algunas áreas temáticas expuestas en el guión de la entrevista en profundidad. Los temas son producto del problema e hipótesis central y objetivos del estudio. La compilación de los documentos primarios, las relaciones entre citas de los párrafos de las entrevistas, las codificaciones, las agrupaciones de familias y las representaciones a través de las redes semánticas se aplican con base a las teorías sociológicas de la presente investigación y según las propias reflexiones que realizan los profesionales de Medicina a la luz de su *carrera moral como médicos pacientes*. Cabe resaltar, entonces, que se pone especial énfasis en analizar las teorizaciones sociales que realizan los propios médicos.



EL DILEMA DEL MÉDICO COMO PACIENTE

Parecería inevitable que desde el doble rol del *médico paciente* se diera licencia para hacerse cargo de los máximos aspectos posibles de la propia enfermedad. Sin embargo, este aspecto podría resultar algo conflictivo. Se trata de dar cuenta de la construcción social de la enfermedad en la profesión médica a través del médico como paciente. De esta forma interesa el comportamiento social del médico cuando enferma. Se intenta dar cuenta del doble rol del médico como paciente, sus relaciones afectivas con su familia y amistades, así como las interacciones con colegas. El conocimiento (médico) es la principal herramienta que utiliza el profesional en Medicina para enfrentarse con su enfermedad y para cuidarse. No obstante, no siempre se cura la enfermedad por completo. Es importante la red social que se forma en torno al *médico paciente* y la simbología del equilibrio

► **Gráfico 1: El dilema del Médico como paciente (network)**



entre el rol del paciente y como profesional de la Medicina. Los médicos son unos pacientes diferentes, con más conocimiento experto, pero con pautas comunes a la población en general.

Una de las contestaciones inesperadas de algunos médicos es que cuando enferman no pretenden actuar de manera diferente a la población. En realidad, cuando profundizan en las tensiones que les provoca la enfermedad el comportamiento difiere de lo primero que explican en términos generales. Se observa una tendencia a la negación de la enfermedad en el *médico paciente*. Es probable que los médicos teman a hablar de enfermedad porque es tabú. Esta investigación evidencia que el profesional suele enfermar de manera distinta a la población: “los médicos somos muy malos pacientes, como que necesitamos ser pacientes.” (MP1: 6)²

Es paradójico como se asume la enfermedad en el profesional de Medicina. El *médico paciente* insiste en su actitud aparentemente “pasiva”. Sin embargo, es evidente que no es así, ya que son ellos mismos son los que seleccionan el personal médico que los va atender y muchas veces su tipo de tratamiento, además por su conocimiento son participes activos en casi toda las etapas de la enfermedad. De hecho, se sorprenden cuando su red social les aconseja muchas alternativas para enfrentar su enfermedad sin tener en cuenta su estatus y participación activa en su padecimiento como profesional de Medicina

Me sirvió mucho asumir una posición pasiva frente a esto, de tener una actitud de pasividad frente a esto, es decir, voy a confiar en mis médicos, voy a confiar en el tratamiento y voy entender que voy a ser paciente (...). Aparecieron personajes en mi vida, enfermeras, amigos, vecinos... que yo sentía que ellos no se daban cuenta que ‘¡yo soy médico!’ pues me daban una cantidad de opiniones y de tratamientos y cuáles eran, por cuál camino debería yo escoger... que la quimioterapia, que la Medicina alternativa, que la acupuntura... entonces todo mundo me daba un montón de recetas. (MP1: 7-8)

La visión del médico como paciente cambia completamente cuando asume una enfermedad de gravedad como el cáncer. Nunca piensa padecer una enfermedad de esta magnitud. La labor del médico es asumir la enfermedad del otro. Algunas veces trata la enfermedad y no al paciente. El ser *médico paciente* y padecer de una enfermedad tan riesgosa como el cáncer transforma y cuestiona su actitud ante la enfermedad.

Si, nunca me imagine que yo iba a ser paciente de una enfermedad, de un ¡cáncer! (...). En últimas, uno cree que no le va pasar esto; uno que mira los toros desde el ruedo... y estar dentro de él es totalmente diferente, la visión es totalmente diferente, se transforma la actitud ante la enfermedad, claro que sí. (MP1: 23)

El saber de la enfermedad implica una máxima responsabilidad en el *médico paciente*. A la hora de padecer una enfermedad su red profesional sabe que el médico como paciente, a diferencia de la población general, conoce las implicaciones de una enfermedad como el cáncer.

pues mis colegas estaban preocupados y asustados de lo que estaban viendo y que sabían que como médico iba a entender lo que es la dimensión de un cáncer. (MP1: 4)

Cuando el médico es paciente trata de continuar su vida "normal"; le es difícil asumir su rol de enfermo y si es posible continúa laborando. Cuestiona el trato de sus colegas en su proceso de enfermedad. Así mismo, se vuelve más consciente de algunas prácticas habituales como profesional de Medicina que son bastante perjudiciales para los pacientes

Entonces hasta atendí pacientes; inclusive, durante una o dos semanas, atendí pocos pacientes, pero atendí uno que otro paciente, pues yo bajaba y quieto ahí... como yo tenía el consultorio en mi casa, entonces, atendía los pacientes y me devolvía a mi casa... El trato como colega es maravilloso. Pero cuando pasas a ser paciente el trato es igual de desagradable que cualquiera otro. La única diferencia es que puedes acceder menos difícilmente al médico. Tú puedes llamarlo a cualquier hora y ellos vuelan para atenderte algunas veces. Sin embargo, muchas veces, no me contestaron el teléfono (...). Uno manda la droga para que el otro se quite el malestar o lo que sea, pero a uno le importa un carajo cuánto vale, al fin y al cabo, el que lo compra es el otro. Y cuando usted es el que tiene que comprarlo, eso es tremendo... entonces consigamos la receta médica, llamemos al laboratorio, ve a ver qué condescendencia hay con usted (MP2: 40)

Es evidente el cambio de actitud cuando se sufre una enfermedad de alta gravedad como el cáncer. El profesional de Medicina por lo general es muy técnico y trata de mantener mucha distancia con sus pacientes. Pero cuando el médico pasa por este tipo de enfermedad cuestiona su comportamiento y prácticas frente a sus pacientes:

Yo fui bastante duro en muchas cosas con mis pacientes, con la gente. Uno se vuelve muy técnico, maneja muchos elementos, a pesar de que yo manejo cosas emocionales por lo que soy psiquiatra. Sin embargo,

después de eso, yo me volví mucho más contenedor, mucho más..., recibo más las dificultades, un entendimiento un poco mayor, eh, eh llegado a extremos, el paciente que, la persona que está conmigo sabe que tiene un respaldo total. (MP2: 43)

Como ya se ha evidenciado es bastante difícil para el médico asumir el rol de paciente. Con todo, se trata de asumir ese otro rol (paciente) debido a las limitaciones de su propio conocimiento cuando se somete a la supervisión de un especialista. El *médico paciente* asume el rol de un tipo ideal de paciente que colabora lo máximo posible y que siempre está dispuesto a obedecer.

Lo primero que hice yo fue entender que otro era el experto y que yo era paciente y que tenía que obrar de acuerdo a su conocimiento y que tenía que obedecer y punto. Que mi parecer estaba relegado a un segundo plano y que yo tenía que entender que tenía limitaciones en el conocimiento en el área en la cual el otro es experto. Entonces no podía sino acatar lo que él me decía, entenderlo, asumirlo y llevarlo. Ahora ser un buen paciente, en el sentido de no joder, o joder lo menos que uno pueda. (MP2: 51-52)

A pesar de este proceso de aceptación de la propia enfermedad en el médico es evidente su negación inicial. El médico asume de manera diferente de la población general su enfermedad. El profesional en Medicina le es más difícil entender que el mismo puede pasar por esta situación:

El momento de compartir el diagnóstico es de negación absoluta... Claro, yo pensé que era un problema de un hermano de ella o de la mamá, y entonces pensé luego que les había pasado algo a los hijos... Cuando llegue a la casa pensé que a todo el mundo le podía estar sucediendo algo menos a mí porque yo me sentía divinamente (MP3: 63)

Cabe resaltar que la atención tiende a ser distinta para los *médicos pacientes*. Por lo general son atendidos por sus colegas amigos: "La atención en salud es totalmente diferente al de un paciente normal, porque uno tiene el servicio del amigo, del compañero, del que colega que está en aquel ramo." (MP3: 70). Hay una solidaridad de grupo entre los colegas cuando alguno cae enfermo que parece estar descrita en el código de ética en donde se tiene prevalencia por el *médico paciente* y sus familiares respecto a la población en general: "En el código de ética



Constantemente se ha interrogado en las diversas áreas temáticas de la biografía socio-clínica sobre el doble papel de médico y paciente en contraste con un paciente "normal" y sobre las consecuencias que tiene la aplicación del propio conocimiento médico en el médico paciente bajo las circunstancias de una enfermedad de cierta gravedad, dándonos elementos suficientes para analizar la construcción social de la enfermedad en el profesional de Medicina.

médica preconizan que uno debe atender con mucha suficiencia y mucha amabilidad al colega y a los familiares de los colegas, siempre hay una gran diferencia con el paciente común y corriente" (MP4: 79).

Algunas veces por la alta carga de trabajo y el poco tiempo, el profesional de Medicina suele consultar sobre su propia enfermedad de manera espontánea e informal con los demás colegas. Esta situación puede ser crítica ya que este tipo de consultas no pueden arrojar resultados serios y muchas veces impiden detectar una enfermedad a tiempo. Los *médicos pacientes* suelen muchas veces caer en estas prácticas.

No he estado de acuerdo con la consulta de pasillo porque eso termina siendo 'ehhh', muy a la ligera, muy a la carrera, sin ningún conocimiento y criterio previo científico, más por salir del paso, que por otra cosa. Hoy en día se conoce como médico tomate, se le conoce así porque cuando se encuentra con el colega en el pasillo y cuando le comentan lo que tiene, el médico le responde tomate tal cosa, entonces sin haber hecho un análisis, sin haber hecho un examen (MP4: 81)

La familia suele constituir un escenario importante para el médico cuando es paciente. A veces el médico tiende a la estrategia de no informar sobre la enfermedad para evitar el sufrimiento de la familia o quizás para no ser controlado por ella: "No le conté absolutamente nada de mi diagnóstico a mi familia" (MP5: 105). Pero el análisis se hace más complejo dependiendo de la gravedad del padecimiento que a veces es imposible ocultarlo. Los profesionales de Medicina suelen mantener un papel relevante dentro de su familia porque a veces suelen ocupar el papel central (económico, de poder) pero además se encargan de resolver los padecimientos de los familiares más cercanos.

La red social familiar es un elemento importante en el padecimiento del *médico paciente*. El apoyo familiar junto al impacto de la enfermedad son partes esenciales que configuran sentidos y significaciones en el entramado de la construcción social de la enfermedad en el profesional de Medicina. Una enfermedad como el cáncer genera duras decisiones del *médico paciente* en el ámbito familiar.

El cáncer me sirvió para entender muchas cosas, yo me separe en el año 2001, y esto fue en el 94. A partir de ese momento hubo una especie como de cascada de situaciones y de cosas que efectivamente

fueron muy importantes, eh, cuando uno tiene un cáncer, no es un cáncer porque sí, eso tiene una significación, un sentido, es una conclusión de muchas cosas. (MP2: 42)

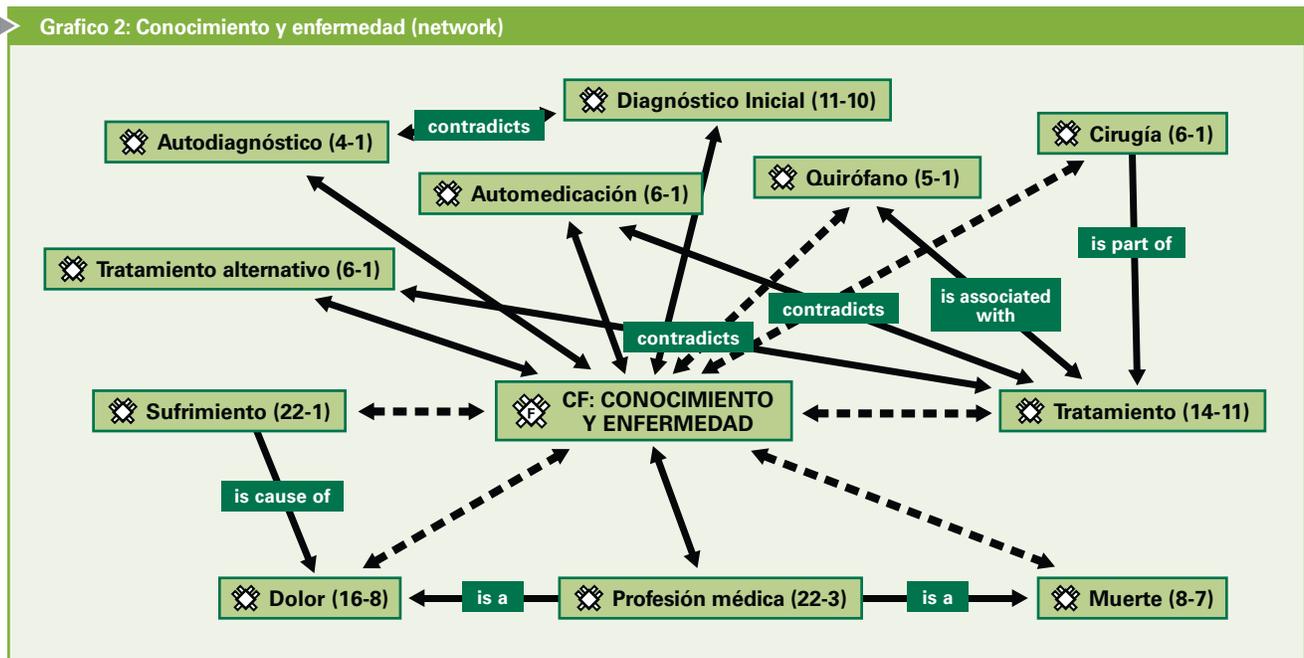
CONOCIMIENTO Y ENFERMEDAD

El conocimiento es un instrumento básico que utilizan las personas para vivir. Es la manera en que el ser humano vive dentro de la sociedad y sobrevive como persona. El saber es una herramienta que sirve para evitar la dependencia respecto de un grupo o de una realidad determinada. El *médico paciente* se cuestiona sobre su padecimiento, se pregunta cómo puede alterar sus relaciones con las demás personas y, en especial, en lo relativo a su profesión. Ponen así a prueba la efectividad de sus conocimientos médicos. También utilizan otras experiencias. De tal manera, el conocimiento³ médico es la principal herramienta que utiliza el *médico paciente* para enfrentarse a su enfermedad y para cuidarse. Sin embargo, no siempre se cura la enfermedad. Entonces ¿para qué sirve el conocimiento? Es importante la red social que se forma en torno al *médico paciente* y la simbología del equilibrio entre el rol del enfermo y como profesional de la Medicina. Los médicos son unos pacientes diferentes, pero con algunas pautas comunes a la población general. Así mismo poseen más conocimiento experto que

paradójicamente les puede generar más incertidumbre. De tal forma, lo que se está tratando de captar es la construcción social de la enfermedad en la profesión Médica en la *carrera moral del médico paciente* de ahí que consideremos el conocimiento como un elemento vital para este estudio, ya que el conocimiento experto (sobre la enfermedad de los otros) cambia la actitud ante la salud y la enfermedad (al enfrentarse con la enfermedad propia).

A diferencia de la población en general el *médico paciente* puede interpretar o captar más rápidamente gracias a su conocimiento los síntomas de su propia enfermedad. El profesional en Medicina sabe que el dolor lo conduce al conocimiento de lo que le está sucediendo.

El dolor me condujo a entender el padecimiento, por eso le decía que me salvo la vida, en mi caso particular fue así realmente, pero tengo muy claro que las manifestaciones de dolor pueden obedecer a miles de cosas, entonces no solamente el dolor igual cáncer por ejemplo. Sé que también hay dolores físicos cuya causa principal es la parte emocional, entonces que se somatiza, que se introyecta en el cuerpo y finalmente es la parte física, pero de pronto, no es la parte física sino emocional que está afectando a un órgano determinado, entonces pienso que sí, que de todas maneras el dolor conduce al conocimiento de que es lo que está pasando al individuo tan duro, emocional como físicamente. (MP1: 13)



El médico al ser paciente de una enfermedad con pocas probabilidades de curación cuestiona su propio conocimiento. El profesional en Medicina aprende acerca de las etapas del dolor para tratar sus pacientes, pero todas estas enseñanzas son insuficientes e incluso poco útiles para enfrentar la enfermedad propia.

A mi particularmente el conocimiento médico no me sirvió mucho. 'Risa' como psiquiatra, para mí el sufrimiento... Es mi parecer personal. Otra persona dirá: '¡muchísimo!'; gracias a ser médico. Eso puede sonar un poquito petulante llegar uno a esa afirmación, pero no puedo juzgar esto. Pero en mi caso no sirvió para nada; al contrario, le voy a decir algo muy personal, hasta muchas de las teorías psicológicas que tenía acerca del dolor se cuestionaron, por decir las etapas de la aceptación del dolor, el duelo... a mí eso no me sirvió para un ¡carajo!. (MP1: 13-14)

► **O48**
 Bioética

El conocimiento en el *médico paciente* cumple una función paradójica. El profesional de Medicina a pesar de que a veces no sea especialista en su propia enfermedad es inevitable que la estudie y más aún si esta puede conllevar a la muerte inminente en la mayoría de los casos. El conocimiento por una parte puede generar seguridad al enfrentar la propia enfermedad, pero también genera negación: "Evito tener conocimiento e informarme acerca de mi enfermedad" (MP5: 109). Así mismo produce miedo e incertidumbre cuando es difícil su solución.

Digamos que mi conocimiento sobre la enfermedad se ha incrementado... sí y sobre todo en las primeras fases de la enfermedad, la quimioterapia, después no tanto porque me encontré con muchas cosas que incrementaron aún más mis temores y miedos, muchas informaciones, sobre todo porque hay páginas en Internet donde vinculan o asocian a personas que padecen la misma enfermedad, que yo tuve y los testimonios que allí consignaban me producían mucho susto en un principio, personas que decían: 'ohhh, mi papá no pudo salir de esta', entonces estamos conformando un grupo de dolientes, de personas que sentimos esto y habían otros testimonios de personas que decían: 'estamos en el proceso y es terrible ver como mi papá se siente cada vez peor' ... Pero a mí me daba como sustito, entonces no volví a leer más sobre la enfermedad. (MP1: 21)

El *médico paciente* utiliza el conocimiento para enfrentar con una ambigua tranquilidad su propia enfermedad. Por una parte se entera y se informa, lo cual

lo hace estar seguro de su pronóstico, pero al mismo tiempo se produce una negación de su rol como paciente que se evidencia en una falta de interés por el seguimiento de su propia enfermedad.

...Yo sabía qué estaba pasando, más o menos cuánto duraba, y qué pronóstico tenía, y qué probabilidades había de mejoría... todo estaba con una claridad, entonces, yo estaba tranquilo. En medio de la preocupación, estuve tranquilo todo el tiempo. El único momento de mucho susto fue cuando hice el diagnóstico porque no tenía idea cuál era la dimensión de la problemática en ese momento. Y estuve tres años haciéndome controles. Después de esos tres años, nunca más... y también una actitud muy negativa porque he descuidado mi salud, o sea me importaba un carajo si estoy enfermo, no me interesa, como quien dice mis horas extras las vivo hasta que me muera y eso pienso que es un remanente (MP2: 46)

En la fase de recuperación el conocimiento es el instrumento principal mediante el cual el *médico paciente* asimila las dificultades que tiene en esta fase. Su conocimiento experto le indica que si sigue los presupuestos ortodoxamente se recuperará en un alto porcentaje de su enfermedad.

El conocimiento médico sirve en el sentido que cuando ya uno tiene una convalecencia, empieza una situación de recuperación, sabe que de todas maneras eso va ir incrementándose, va ir aumentando, va ir mejorando, en la medida en que uno a través de sus propias experiencias ve que cada vez las limitaciones son menores a pesar de que después de muchos años sabe uno que tiene limitaciones (MP3: 67)

El conocimiento del *médico paciente* algunas veces permite organizar todas las actividades en su propio proceso quirúrgico. En enfermedades agudas como el cáncer el *médico paciente* asume incluso los riesgos de su muerte en la cirugía:

Cuando me fueron a operar, condicione, y si yo tengo una cadena ganglionar háganme el favor y no me abren... entonces cuando me vayan a abrir o me abran, llevé patólogos míos y les dije: 'Huevones, cogen y hacen una biopsia y si es una cadena ganglionar y me van abrir y que de todas maneras me voy a morir y me voy a volver una mierda entonces que cierren y si no hay esa vaina entonces que hagan lo que

se les de la gana'... Y así fue. Inclusive el cirujano me regalo el libro de las clínicas de Norteamérica en que el tipo de cirugía que me hicieron a mí, de gastrectomía total no tenía fundamento, porque la inmensa mayoría de la gente se moría, pero si no se la hacían también se moría, entonces después que me hizo la cirugía me regalo el libro y aquí estoy (MP3: 63-4)

El papel de la ciencia en las enfermedades es paliativo. El *médico paciente* asume que es poco lo que se puede hacer desde el conocimiento experto ante una enfermedad incurable. Es ahí donde el profesional de Medicina reflexiona acerca de su labor profesional y sobre el cuidado del paciente moribundo y sobre las estrategias para un buen morir:

El papel de la ciencia es orientar para pelear o sea para acompañar a la persona a que tenga un buen morir, es que el médico alivia no cura. La curación es un mito, es una mierda, una mentira, yo creo que existe el alivio y así mismo lo decía Freud, él decía que la curación no existe, existe el alivio. Yo pienso que el ser humano y la labor del médico es buscar el alivio de su paciente, que este bien, que este tranquilo, es mejor que muera tranquilo, en paz, a lo bien, que viva tranquilo, en paz, a lo bien, que gocé en paz, tranquilo, a lo bien, que lo que haya que hacer, lo haga bien, tranquilo, en paz. Esa es la función de un doctor. (MP2: 55)

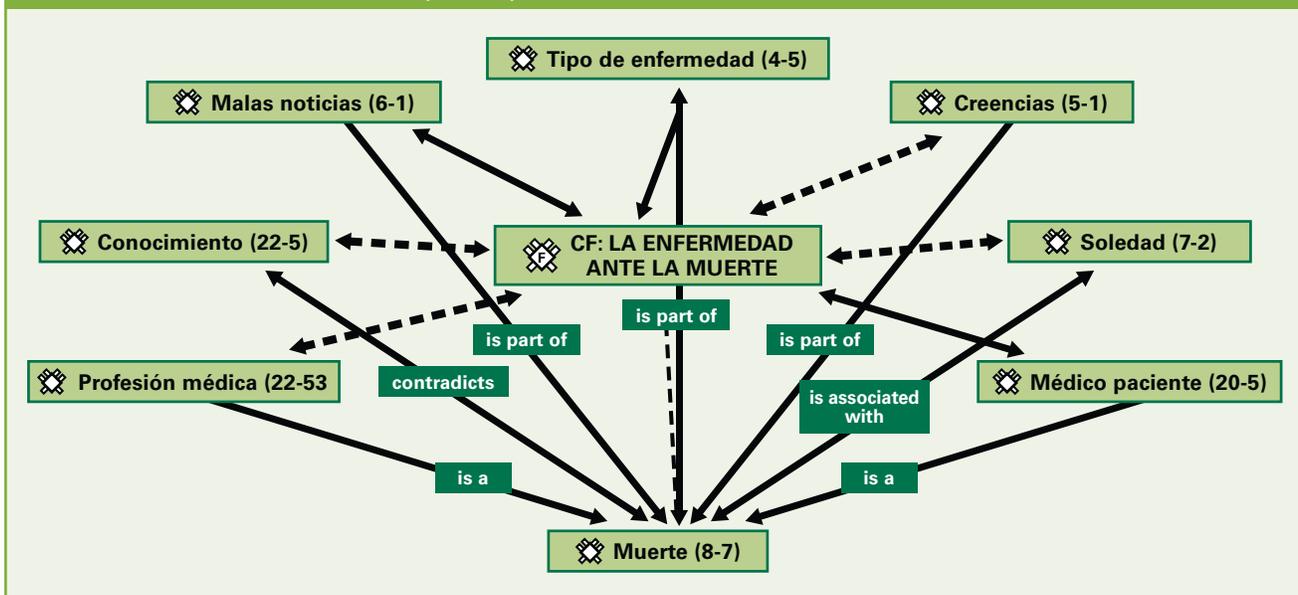
LA ENFERMEDAD ANTE LA MUERTE

El médico está más enterado de las consecuencias que puede tener su enfermedad. Lo distintivo del *médico paciente* (respecto a otros pacientes) es que sabe cómo va morir. Conoce las posibilidades de curarse y reflexiona sobre el futuro. Durante la recuperación lucha para curar su enfermedad. El médico que puede morir debido a una enfermedad de gravedad se cuestiona sobre sus relaciones sociales. La posibilidad de la muerte genera incertidumbre. El *médico paciente* con sus conocimientos trata de crear un marco de seguridad que le permita seguir viviendo. El sufrimiento suele ser cuestionado por los *médicos pacientes* porque afecta la posibilidad de desarrollar su vida cotidiana y un estilo de vida profesional de trabajo.

Algunos *médicos pacientes* tratan de restar importancia a su enfermedad en su relación con los colegas que le atienden. El *médico paciente* parte del supuesto de que uno de sus roles es apoyar al colega que se encarga de su enfermedad; ayudar a explicar las malas noticias. El tiempo es una variable sociológica que sobresale para enfrentar la muerte porque el médico al ser paciente necesita reorganizar sus actividades y relaciones de tal manera que pueda sostener su estatus profesional. Los *médicos pacientes* se suelen ver enfrentados con la incertidumbre sobre la posibilidad de recuperación. El conocimiento les posibilita teorizar y generar ciertas expectativas a manera



Grafico 3: La enfermedad ante la muerte (network)



de hipótesis. Ante la incertidumbre aparecen algunas de las idealizaciones religiosas. Cuando se agotan las alternativas al conocimiento científico algunos *médicos pacientes* rescatan o incrementan sus ideas religiosas porque es allí donde incrementan sus miedos. Es a través de la enfermedad que se descubre la posibilidad de la muerte.

Pues ese temor siempre está ahí; pero el temor también al sufrimiento, al dolor, y a veces ese paso es doloroso. Como médico sentía que la Medicina tenía que ayudarme a estar tranquilo; la Medicina tenía que ayudarme a no sentir tanta mortificación, tanta molestia, tanto sufrimiento y en ese sentido pienso pues, que ese es el gran aporte que hacen las medicinas, los remedios, los medicamentos, los médicos, los profesionales. Pero frente a la muerte, aceptarla y ya, no sé, da como miedo esa oscuridad digo yo, pero ahí es donde yo digo que empezaron a utilizarse otros mecanismos que tiene que ver con la parte espiritual, como la parte religiosa, en mi caso católica, que eso me ayudó mucho como a estar preparado (MP1: 25-26)

La Medicina suele acostumar a sus profesionales a una cierta frialdad y distanciamiento frente al dolor y el sufrimiento de los demás. ¿Pero qué sucede cuando este dolor o sufrimiento es propio? No se suele tener en cuenta que los médicos pueden sufrir o tener dolor. Tal vez se deba a una idea mitificada en la sociedad sobre el rol del médico como una persona que cura la enfermedad y que, por lo tanto, no llega a sufrir igual que un paciente. Luego, la profesión médica es acusada a

veces de frialdad en el trato a los enfermos. Desde el punto de vista de un médico que tiene un dolor o posee algún grado de sufrimiento debido a algún padecimiento, esa frialdad es poco frecuente. Para

unos médicos es un problema serio el no poder compartir o exteriorizar su malestar. Así mismo, su rol de médico en el ámbito familiar pareciera que se mantuviera pese a su sufrimiento por algún padecimiento y eso hace que muchas veces su grupo familiar no le preste la atención necesaria. Estos factores generan soledad a la hora de enfrentar su sufrimiento. Entonces algunos médicos incluso podrían cuestionarse sobre la utilidad de su profesión. Su sufrimiento es un momento de tensión porque produce una reflexión sobre la experiencia de ser médicos y tratar el dolor de la población enferma. Este proceso de soledad puede ser más o menos agudo y depende del tipo de padecimiento que tenga el médico y de si es o no un dolor físico. Se intenta evitar el sufrimiento y es

donde quizá los *médicos pacientes* evidencian el papel relevante de la Medicina. El conocimiento de la enfermedad es una paradoja que genera seguridad e incertidumbre y en casos como enfermedades de cierta gravedad genera bastante temor. En cualquier caso, el sufrimiento es lo que tiende a preocuparle en mayor medida.

La Medicina contribuye a que evitemos tanto sufrimiento, es decir, yo no sé, a veces yo pensaba qué es lo que más le temo y leía mucho en estos testimonios que observaba en Internet en este computador, ya que en la casa no me gustaba mirar. Aquí en mi intimidad me gustaba mirar esas organizaciones y veía que algo que teníamos todas las personas, médicos y no médicos es que nos asustaba ese sufrimiento, es decir, ese dolor frente a la muerte... pues claro, yo estuve inmediatamente cerquita a la muerte y por supuesto eso nos asusta y me asusta a mí, me asusto muchísimo (MP1: 25)

Hay una tendencia a preocuparse por el sufrimiento y menos por la muerte. Tal vez porque la enfermedad produce un rompimiento en la vida cotidiana del médico, trastorna las relaciones profesionales y de amistad. Se teme al sufrimiento más que a la muerte porque la enfermedad es parte de la vida, del deterioro de la calidad de vida. Un padecimiento grave como el cáncer suele dejar múltiples secuelas en el tiempo y nunca es fácil de hablar del propio sufrimiento en el *médico paciente*: "Le temo más al sufrimiento que a la muerte y sabe, mi enfermedad fue hace cuatro años, pero si usted me hubiera hecho la entrevista hace dos años no se la hubiera concedido" (MP5: 111).

Así mismo el sufrimiento en una enfermedad crónica es bastante difícil de manejar sobre todo por su largo proceso de duración.

Yo creo que al sufrimiento más que a la muerte en sí; el sufrimiento a veces es insondable y muy difícil de manejar sobre todo cuando el sufrimiento se vuelve crónico y se vuelve largo y donde ya uno como paciente se vuelve una prolongación de los aparatos, entonces ya llega el momento en que hay sondas por todas partes y no hay nada que hacer... en esos casos el sufrimiento lo lleva a uno a pensar que mejor que dios se acuerde y que descanse (MP4: 97)

Gran parte de los médicos saben los problemas de soledad que suelen generar las enfermedades sobre todo cuando se trata de enfermedades graves o terminales en que las pacientes necesitan del apoyo familiar, de

amigos y de colegas para enfrentar su problema. Las personas no están preparadas para la muerte. Un objetivo de la Medicina es tratar de mantener con vida a una persona a pesar de que la enfermedad lleva a la muerte. La profesión médica está de manera constante enfrentando esos problemas. Es de suponer que los médicos estén preparados para afrontar el sufrimiento de los pacientes o bien el propio cuando son ellos mismos los que caen enfermos. La profesión médica es aún más consciente de la soledad que padecen los enfermos:

Bueno, la soledad es muy frecuente en la mayoría de los enfermos. Más hoy en día por las razones de la época en que vivimos, nadie tiene tiempo para nada. Entonces el que está enfermo casi siempre vive en una soledad muy grande porque si está hospitalizado no hay tiempo de visitarlo y si van a visitarlos lo van hacer los primeros días, si la enfermedad es un poquito prolongada no vienen o ya si acaso van muy poquitos a visitarlos, cada día se va quedando más solo... eso es lo que uno ve como común y corriente en la mayoría (MP4: 95)

Ante el enfrentamiento cercano con la muerte y ante la insuficiencia del conocimiento médico para resolver el padecimiento que posee el *médico paciente* se han de incrementar muchas veces sus creencias y su respectiva fe, incluso después de sobrevivir a la experiencia de una enfermedad grave como el cáncer. Luego, sus creencias vienen hacer parte muy importante en su vida a raíz de esta experiencia formando parte de las tantas transformaciones que se derivan del enfrentarse con el riesgo y el peligro que implican su enfermedad.

... siempre he sido católico, pero se incrementó mucho más esa unión espiritual, esa fuerza espiritual... con decirle que hoy en día soy de rosario diario, porque no lo hacía, y ahora desde noviembre rezo el rosario todos los días, 'ehhh', y me daba mucha fuerza un crucifijo que tengo ahí en la habitación, así sentía mucha fuerza, pedía y le rezaba y le decía que estaba en las manos del señor, eso se incremento muchísimo, la verdad eso se incremento la verdad (MP1: 27)

Cuando el conocimiento experto no es suficiente para solucionar la enfermedad y surge la necesidad de acudir a creencias de carácter espiritual, el propio *médico paciente* cuestiona la gravedad de la ausencia de algún tipo de creencias para enfrentar una enfermedad que puede poner en peligro la vida como el cáncer.

Soy un hombre de principios religiosos, y cuando estaba completamente jodido, entonces tenía mis diálogos con Dios, y tenía mis situaciones y negociaba, pensaba incluso, qué será de la gente que no cree, porque si uno cree y tiene unos principios y tiene unos valores, siempre tiene de que agarrarse... (MP3: 73)

Ante una enfermedad de riesgo que implica unas altas posibilidades de muerte, el *médico paciente* habla sobre el papel de la ciencia en las enfermedades incurables. Los mecanismos paliativos para tratar de evitar al máximo el sufrimiento y el dolor son intenciones de la ciencia Médica.

'Ehhh', es lo que nosotros llamamos mecanismos paliativos, pues evitar hasta donde más se pueda el sufrimiento, que es a lo que creo yo, que a lo que más le tememos, le tememos al sufrimiento, al dolor, a la depresión, tenemos miedo a la angustia y la Medicina me parece que debe estar también encaminada a eso, a aliviar a atenuar, hasta donde más se pueda ese tipo de cosas, como hacer tranquilo ese paso de la enfermedad incurable hacia la muerte, como proveer todas las provisiones de serenidad, de tranquilidad para que eso se logre, de aliviar el dolor, el sufrimiento, esa tortura... yo creo que en eso estaría encaminada la Medicina paliativa en este caso (MP1: 27-28)



También el papel de la ciencia médica es el de acompañar al paciente al buen morir. El *médico paciente* cuestiona su labor y distingue entre el alivio y la curación.

El papel de la ciencia es orientar para palear o sea para acompañar a la persona a que tenga un buen morir, es que el médico alivia no cura. La curación es un mito, es una mierda, una mentira, yo creo que existe el alivio y así mismo lo decía Freud, él decía que la curación no existe, existe el alivio. Yo pienso que el ser humano y la labor del médico es buscar el alivio de su paciente, que esté bien, que esté tranquilo, es mejor que muera tranquilo, en paz, a lo bien, que viva tranquilo, en paz, a lo bien, que gocé en paz, tranquilo, a lo bien, que lo que haya que hacer, lo haga bien, tranquilo, en paz. Esa es la función de un doctor, eso es ser un médico (MP2: 55)

El manejo de las malas noticias es un tema importante en la construcción social de la enfermedad y resulta paradójico analizarlo desde el *médico paciente* ya que al parecer en algunas situaciones el médico puede ser frío y distante a la hora de comunicación de malas noticias en sus

pacientes. ¿Pero qué sucede cuando el mismo las recibe? Pues teniendo esta experiencia, se produce quizás una transformación a la hora de dar estas noticias y de asumirlas. Así mismo se evidencia cómo el adecuado manejo de estas noticias posibilitan un afrontamiento mejor de la enfermedad. También resulta un elemento importante para cuestionar el ejercicio cotidiano de transmisión de malas noticias a los pacientes por parte del profesional de Medicina. Se supone que los médicos están más preparados para afrontar las malas noticias. Su ejercicio profesional está en permanente contacto y comunicación con este tipo de noticias. Para el *médico paciente* no es fácil afrontar las malas noticias de una enfermedad de alto riesgo como el cáncer a pesar de su preparación:

Uno cree estar preparado como médico para las malas noticias. Pero en mi caso, no, yo no estoy preparado, ni aún estoy preparado después de muchos años como médico... Usted dirá: 'que terrible usted como médico no estar preparado para las malas noticias'. Y eso se lo estoy contando a usted... Por eso le digo, que no estoy preparado para las malas noticias, en forma personal yo no lo estoy, le tengo miedo a las malas noticias, y lo mas "chistoso" es que aquí -que ambivalencia- estoy expuesto a ellas permanentemente. (MP1: 29)

► **O52**
 Bioética

A pesar de lo duro que puede ser transmitir las malas noticias, los médicos creen que es mejor no engañar a sus pacientes y decirles la verdad. Sin embargo, se tiene que ser cuidadoso a la hora de comunicar estas noticias y se dificulta más por el hecho de que la relación médico y paciente ha cambiado.

'¡Pa el tamaño del indio el garrotazo!' O sea uno tiene que conocer a la persona. Por eso le digo que aquí lamentablemente no ocurre eso. Es la relación médico paciente desapareció... A mí ese cuento de no decirle y que muera engañado me parece lo más terrible que pueda haber en la vida porque uno sólo tiene unas poquitas opciones en la vida para elegir y una de las opciones que tiene es la de enfrentar las dificultades que uno tiene... (MP2: 55)

Algunos *médicos pacientes* transforman su comportamiento debido al enfrentamiento a su propia enfermedad. Plantean nuevas estrategias para comunicarse con sus pacientes. Para los médicos haber sido también pacientes cambia totalmente su perspectiva a la hora de transmitir las malas noticias a sus pacientes.

Hay una tendencia a preocuparse por el sufrimiento y menos por la muerte. Tal vez porque la enfermedad produce un rompimiento en la vida cotidiana del médico, trastorna las relaciones profesionales y de amistad. Se teme al sufrimiento más que a la muerte porque la enfermedad es parte de la vida, del deterioro de la calidad de vida. Un padecimiento grave como el cáncer suele dejar múltiples secuelas en el tiempo y nunca es fácil de hablar del propio sufrimiento en el *médico paciente*.

Pues a raíz de la experiencia de mi enfermedad ha habido un cambio total y ahora planteo ciertas estrategias de acuerdo con lo que he vivido para transmitirles las malas noticias a mis pacientes, la idea es transmitirle al paciente las cosas de la mejor forma. (MP5: 111)

A MODO DE CONCLUSIÓN

Los resultados de esta investigación son síntesis del esfuerzo de un análisis propuesto en aras de la búsqueda de la construcción social de la enfermedad desde la perspectiva de la profesión Médica. Esta búsqueda se realiza a la luz de la constante verificación de la hipótesis central de este estudio según la cual *el profesional de Medicina al tener una enfermedad de cierta gravedad llega a cuestionar su propia profesión, el sistema de atención en salud, el éxito del conocimiento aplicado, y el significado social de la enfermedad*. Esta verificación se realiza al estilo de la *carrera moral del paciente* que ya definió Goffman (2004a) arrojando así los elementos necesarios para una lectura paradójica de la construcción social de la enfermedad desde el conflicto de roles del *médico paciente*.

Es importante entender la forma en que se realiza el diagnóstico de la enfermedad en el profesional de Medicina. El *médico paciente* asume un rol diferente respecto de la enfermedad comparada con un paciente "normal". El médico es más resistente a asumir la etiqueta social de la enfermedad. Su conocimiento experto a veces lo capacita para detectar más rápido los síntomas de su enfermedad. El enfrentamiento con un diagnóstico difícil lo hace reflexionar sobre la Medicina y sobre su ejercicio profesional. El impacto del diagnóstico en el *médico paciente* no deja de causar asombro en su red familiar y profesional generando más presión de la habitual en su enfrentamiento con la enfermedad. Su actitud frente a la enfermedad es condicionada por el hecho de ser un conocedor del proceso de la enfermedad. El dolor y sufrimiento además de físico y mental, está socialmente construido, por lo que se evidencia que el médico realice su elaboración a partir del hecho de ser conocedor de la enfermedad y de su dolencia. Cuando los *médicos pacientes* viven su propio dolor y sufrimiento llegan a entender aún más el del otros (sus pacientes) y eso genera transformaciones en su atención en salud.

El tratamiento suele ser el momento cumbre de la enfermedad, es ahí donde el *médico paciente* deberá asumir de forma más plena su rol del enfermo. Dependiendo del tipo de enfermedad (aguda como el cáncer o crónica

como la diabetes) se asume el tratamiento. El *médico paciente* transforma su estilo de vida y sus relaciones sociales a raíz del tratamiento: en enfermedades agudas como el cáncer el momento es más coyuntural y en enfermedades agudas como la diabetes se evidencia un proceso adaptativo que genera un nuevo estilo de vida.

Por su conocimiento experto el médico sabe más que nadie el peligro que implica la intervención quirúrgica. El *médico paciente* que es sometido a una operación sabe de los riesgos por los que puede pasar. Suelen negociar e incluso direccionan los máximos aspectos posibles en su proceso quirúrgico. La tendencia es estar bien informados, recibir varias opiniones médicas sobre el tipo de cirugía que van a practicar y escoger los profesionales que van a realizar la operación. El médico no asume un rol pasivo como cualquier paciente porque participa activamente en la organización de su propia operación. En su afán de no perder el poder sobre su cuerpo determinan lo que debe hacer el cirujano durante la operación. Lo que suele ser una situación de tensión pues rompe la relación típica entre médico y paciente. El conocimiento experto sobre su cirugía, por un lado, le genera seguridad porque -a diferencia de cualquier otro paciente- puede seleccionar los mejores profesionales que muchas veces son sus amigos colegas para que se encarguen de la operación. Pero, por otro lado, produce incertidumbre porque conoce de los riesgos que implica una intervención quirúrgica y de los posibles errores médicos. Esta experiencia lo hace reflexionar sobre el énfasis sobre la enfermedad y no sobre el enfermo por parte de la Medicina alopática.

Parte esencial de este análisis es el enfrentamiento y/o superación de la enfermedad del *médico paciente*. Aquí se devela que a pesar de que el médico enfrenta su enfermedad como el mejor "paciente" no le es fácil asumir el rol de ser relegado, y de obedecer y pasar a un segundo plano frente a un especialista que representa una amplia contradicción para el profesional en Medicina. Para unos médicos la invalidez representa una carencia de control sobre su vida. La presión a restablecerse es mayor debido a que desean recuperar su estatus profesional. Hay un deseo de recuperación inmediata. Tiende a ser más fuerte el impacto en el profesional de Medicina de saber que está enfermo a diferencia de un paciente normal.

Durante la rehabilitación lo que se cuestiona el médico es si tiene posibilidades de seguir siendo profesional de Medicina (rol del médico) o bien si su estatus de trabajo se ve modificado. Esa incertidumbre que produce la



enfermedad supone en el médico un sentimiento de vulneración. Se cuestiona el rol del médico, una persona que paradójicamente cae enferma de gravedad y que su labor justamente es curar la enfermedad de los otros.

La familia y la red de amistades -conformada por colegas en su mayoría- del *médico paciente* juegan un papel importante en la superación de la enfermedad. El médico se siente más seguro cuando es atendido por sus colegas amigos. Si la enfermedad se supera el *médico paciente* se convierte en el ejemplo a seguir y recupera su estatus profesional.

El *médico paciente*, pese a su formación, nunca espera un padecimiento tan peligroso y, por ende, el enfrentamiento de este tipo de enfermedades (especialmente el cáncer). Después de superar y/o afrontar una enfermedad de tan alto riesgo se cuestiona las propias actitudes ante sus pacientes y logra transformar notablemente su ejercicio como profesional de Medicina en la atención en salud.

Otro tema que se trata en la investigación es el de la muerte. Esto a raíz de enfrentarse con una enfermedad incurable (diabetes) o de alto riesgo (como el cáncer). El médico está más enterado de las consecuencias que puede tener su enfermedad. Lo distintivo del *médico paciente* (respecto a otros pacientes) es que sabe cómo va morir. Conoce las posibilidades de curarse y reflexiona sobre el futuro. Durante la recuperación lucha para curar su enfermedad. El médico que puede morir debido a una enfermedad de gravedad se cuestiona sobre sus relaciones sociales. La posibilidad de la muerte genera incertidumbre. El *médico paciente* con sus conocimientos trata de crear un marco de seguridad que le permita seguir viviendo. El sufrimiento suele ser cuestionado por los *médicos pacientes* porque afecta la posibilidad de desarrollar su vida cotidiana y un estilo de vida profesional de trabajo.

Los *médicos pacientes* se suelen ver enfrentados con la incertidumbre sobre la posibilidad de recuperación. El conocimiento les posibilita teorizar y generar ciertas expectativas a manera de hipótesis. Ante la incertidumbre aparecen algunas de las idealizaciones religiosas. Cuando se agotan las alternativas al conocimiento científico algunos *médicos pacientes* rescatan o incrementan sus ideas religiosas porque es allí donde incrementan sus miedos. Es a través de la enfermedad que se descubre la posibilidad de la muerte.

Hay una tendencia a preocuparse por el sufrimiento y menos por la muerte. Tal vez porque la enfermedad produce un rompimiento en la vida cotidiana del médico,

trastorna las relaciones profesionales y de amistad. Se teme al sufrimiento más que a la muerte porque la enfermedad es parte de la vida, del deterioro de la calidad de vida. Un padecimiento grave como el cáncer suele dejar múltiples secuelas en el tiempo y nunca es fácil de hablar del propio sufrimiento en el *médico paciente*.

Ante una enfermedad de riesgo que implica unas altas posibilidades de muerte, el *médico paciente* habla sobre el papel de la ciencia en las enfermedades incurables. Los mecanismos paliativos para tratar de evitar al máximo el sufrimiento y el dolor son intenciones de la ciencia Médica. También el papel de la ciencia médica es el de acompañar al paciente al buen morir. El *médico paciente* cuestiona su labor y distingue entre el alivio y la curación.

El conocimiento ante el enfrentamiento de la enfermedad en el *médico paciente* es una cuestión importante en este estudio. El *médico paciente* se cuestiona sobre su padecimiento, se pregunta cómo puede alterar sus relaciones con las demás personas y, en especial, en lo relativo a su profesión. Ponen así a prueba la efectividad de sus conocimientos médicos. También utilizan otras experiencias. De tal manera, el conocimiento (médico) es la principal herramienta que utiliza el *médico paciente* para enfrentarse a su enfermedad y para cuidarse. Se evidencia como el conocimiento experto (sobre la enfermedad de los otros) cambia la actitud ante la salud y la enfermedad (al enfrentarse con la enfermedad propia).

De manera transversal se aborda el conflicto de roles (médico como paciente) en este estudio. En el *médico paciente* se observa una tendencia a la negación de su rol como enfermo ya que evita al máximo comportarse como un paciente. El médico cuando es paciente establece estrategias personales para resolver su padecimiento. El compañerismo de los médicos que le atienden suele ser constante. Las redes sociales le permiten gozar de una atención de dedicación más intensiva. El conocimiento médico frente a la enfermedad se evidencia en varios tipos: las estrategias personales para salir de la enfermedad, el estatus del médico en la profesión y el tipo de comunicación que se tiene con la familia. Las relaciones familiares suponen un apoyo indispensable en el proceso de tratamiento. Sin embargo, muchas veces el médico prefiere evitar comunicar sobre su propio padecimiento. El médico suele ejercer un cierto dominio sobre el entorno para recibir una atención mejor o bien para que se le informe sobre su padecimiento. La diferencia con la población es que el médico está en posición de elegir la atención que solicita. Esta independencia

relativa del *médico paciente* puede causar errores adicionales. Sus conocimientos le permiten evaluar las distintas etapas de su enfermedad. De esa manera delimita la enfermedad y puede adaptarse a un rol intermedio entre paciente y profesional de Medicina. La estrategia es tener confianza en los expertos que le atienden ya sea por amistad o por recomendación. De esa relación suelen aceptar ambos la responsabilidad mutua de la enfermedad. El conocimiento científico y profesional provee al *médico paciente* de una idea cabal de cómo puede morir de su enfermedad. Pocos pacientes "normales" suelen tener ese conocimiento sobre los efectos finales de su enfermedad. El problema es que ese conocimiento resulta angustiante.

Mediante el análisis detallado - a través de la biografía socio clínica - de la *carrera moral del médico paciente* logramos aproximarnos a la construcción social de la

enfermedad en el grupo social de los médicos. El profesional de Medicina es quien aplica la etiqueta social de la enfermedad. Al ser paciente, el médico rompe con la idea tradicional de enfermedad, presentado alternativas a las concepciones de ese malestar. Matiza los efectos de la enfermedad en su doble rol como médico y paciente. Reflexiona sobre la importancia del conocimiento y la utilización que tiene en situaciones de peligro. El médico que es paciente distingue entre lo que pone en peligro su vida y los riesgos que tiene para asumir su padecimiento.

En la *carrera moral del médico paciente* se evidencia como el grupo social de médicos cuestiona su propia profesión, el sistema de atención en salud, el éxito del conocimiento aplicado, y el significado social de la enfermedad, dando elementos para la comprensión de la enfermedad desde las definiciones sociales de los propios expertos (médicos) cuando son pacientes.

REFERENCIAS

- CLARK, J. (1981). "A Multiple paradigm approach to the sociology of medicine, health and illness" en: *Sociology of health and illness*, 3 (1), pp.89-103.
- COCKERMAN, W. (2002). *Sociología de la Medicina*. Madrid: Pearson Educación, Prentice Hall.
- De La CUESTA BENJUMEA, C. (1999). *Salud y enfermedad. Lecturas básicas en sociología de la Medicina*. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia.
- ELIAS, N. (1987). *El proceso de la civilización: Investigaciones sociogenéticas y psicogenéticas*. México D.F.: Fondo de Cultura Económica.
- FREIDSON, E. (1978). *La profesión médica: un estudio de sociología del conocimiento aplicado*. Barcelona: Península.
- GIDDENS, A. (1993). *Consecuencias de la modernidad*. Madrid: Alianza Editorial.
- _____. (2006). *La constitución de la sociedad. Bases para la teoría de la estructuración*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- GOFFMAN, E. (2004a). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- _____. (2004b). *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- IBAÑEZ, J. (Coord.). (1998). *Nuevos avances en la investigación social*. Barcelona: Proyecto A.
- JOVELL, A. (2008). *Cáncer: biografía de una supervivencia*. Madrid: Editorial Planeta.
- NÚÑEZ DÍAZ, M.J. (2007). *De una enfermedad y unos pequeños pacientes. La construcción social del malestar en niños con cáncer*. Tesis de pregrado sociología. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- PARSONS, T. (1984). *El sistema social*. Madrid: Alianza Editorial.
- SALCEDO HIDALGO, H. (2002). *Relatos biográficos, identidades y enfermedad. La experiencia de vivir con cáncer de seno. Cuadernos del CIDS. Serie I; 4*.
- STRAUSS, A. y GLASER, B. (1975). *Chronic illness and quality of life*. St Louis, Mosby.
- STRAUSS, A.; FAGERHAUGH, S.; SUCZEK, B. y WIENER, C. (1982). *Hospitalized patient's work. Social Science and Medicine*. (pp. 977-986). Oxford, Inglaterra: Elsevier Science Ltd.
- TURNER, B. (1987). "Professions, knowledge and power". En: *Medical power and social Knowledge*. Londres: Sage Publications Ltd. p.131-156
- ZOLA, I. (1972). *Medicine as an institution of social control. The Sociological Review*, 20(114), 487-504.

055

NOTAS

- 1 Cuando se hable de enfermedades de cierta gravedad en esta investigación nos referimos puntualmente a padecimientos de médicos pacientes que ponen en peligro su vida y rompen con sus relaciones sociales anteriores y/o estilos de vida. Como son los padecimientos agudos (cáncer) o padecimientos crónicos (como la diabetes).
- 2 Para la citación de las entrevistas en profundidad se aclara que la abreviatura MP se refiere al *médico paciente*. Esta abreviatura va con número respectivo (entre uno y 5) que se refiere al número de la entrevista. Además se coloca el número de página de la transcripción. Estas entrevistas se puede consultar con previa solicitud al investigador a este correo electrónico: carlosarroyave11@gmail.com.
- 3 La idea que se tiene respecto al enfermo depende de su situación social. La forma en que responde una persona de clase alta a la enfermedad es distinta que la de un obrero. El grado de *conocimiento* condiciona un papel específico para cada enfermo, y casi para cada enfermedad.