

Ser médico, ser humano

Being a doctor, being human

El humanismo como movimiento renacentista que promueve el retorno de la cultura grecolatina como medio de restaurar valores humanos, no parece ser la definición que tenemos en mente cuando se habla de los valores humanos que debemos tener los médicos.

Cuando se nos reclama que seamos más humanos, ¿qué se nos está pidiendo? Veamos la definición del diccionario de la Biblioteca Esencial de la Lengua: "humano. adj. De la humanidad o el ser humano y sus características. || Caritativo, solidario, bondadoso. || Persona hombre."

También, como muchas otras cosas de la vida, podríamos definirlo por lo antagónico, lo opuesto. El antónimo de *humano* es *cruel*.

Se decidió, entonces, realizar una encuesta entre nosotros los médicos, para conocer qué creemos sobre qué es ser "humano". También se formuló esta pregunta a los alumnos de 5^o y 6^o año de la carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Córdoba. Intentamos saber cuál era el adjetivo con el que se asociaba el concepto **Humano**.

Entre los alumnos, surgió la palabra **Ético**. Los médicos, a diferencia de ellos, encontraron importante la valoración de la palabra **Solidario**, que significa "interesarse por el otro". Tal vez, esto sea porque, en el desarrollo de la práctica médica, han tenido vivencias de este valor como útil y tangible, aplicable a la acción cotidiana.

Se investigaron otras variables en los dos grupos por igual:

- Si habían tenido alguna actividad docente (módulo, taller, clase magistral, etc.) sobre humanismo.
- En los que SÍ las habían tenido, si las habían considerado útiles para su desarrollo profesional (actual o futuro).
- En los que NO las habían tenido, si creían que les hubiera servido tenerla o si era suficiente con los principios éticos y humanos que traían de sus familias.

Solo la mitad de los alumnos y los médicos habían tenido alguna actividad docente relacionada con las humanidades. Esto nos muestra que, desde la currícula y la actitud docente, estos contenidos no son considerados importantes. El 100% de los alumnos había tenido Farmacología, Microbiología o Anatomía Patológica, materias "en serio", con carga

horaria y recursos suficientes para desarrollar los objetivos propuestos. Las humanidades son, a veces, una actividad, simplemente un recreo entre materias "útiles de verdad".

Pero, cuando se preguntó si creían que hubiera sido útil, el resultado mostró que el total de los médicos había respondido de manera afirmativa. Esto lleva a pensar que, en el ejercicio cotidiano y con personas reales, los médicos habían necesitado mayor formación humana y que no les habían resultado suficientes las herramientas que desde el seno de su familia traían, no por escasas, sino porque ahora debían desempeñarse en un rol diferente y dificultoso, en el que había tantos matices como personas a las que les tocaba atender.

Las habilidades de comunicación, por ejemplo, son imprescindibles para el desarrollo de la empatía y el vínculo que se debe entablar con los pacientes para lograr un pleno e integral entendimiento de su situación de salud-enfermedad y sus circunstancias.

Pero sería parcial si solo viéramos el integrante "médico" de la díada médico-otra persona (paciente). Entonces, en otra parte de la misma encuesta, se decidió interrogar también a los pacientes sobre cuáles eran las virtudes que, según su parecer, debía tener su médico.

Se le solicitó que ordenaran de mayor a menor lo siguiente, según la importancia que los pacientes le otorgaban:

- A. Saber escuchar.
- B. Ser afectuoso.
- C. Conocimientos científicos.
- D. Más tiempo en la consulta.

El primer lugar lo ocupó **Saber escuchar**. Es una acción fundamental del diálogo y del intercambio de ideas. La capacidad técnica-científica fue relegada a un segundo lugar. Parece que lo que buscan los pacientes son **humanos**, seres con quienes compartir la vivencia de la salud-enfermedad, que tengan saberes médicos. Buscan corazones inteligentes y capaces.

La medicina nos plantea dos polos de un mismo mundo: la ciencia o el "cientificismo" (frío, abstracto, racional) y el humanismo (visceral, pasional, afectivo). Del equilibrio entre las dos posturas saldrá el hacer medicina humana. Pero estas situaciones nos exceden, ya que hacen a cualquier actividad profesional. Los abogados,

los arquitectos también pueden oscilar entre estas posturas. Por eso, lo fundamental sería que los hombres todos, cualquiera sea nuestra profesión u oficio, fuéramos más humanos.

Para lograrlo, habría que cultivar áreas de las ciencias humanas, como las siguientes:

- La palabra (la lengua), como un experimento de comunicación de dos seres integrales (cuerpo y alma).
- La historia, en el sentido de dar contexto a la realidad y vivencias de ese "otro".
- Las artes, como una forma de sublimar el alma y los valores del hombre.

Como dice el profesor mejicano Ruy Pérez Tamayo, "un médico culto es mejor médico, no porque sea médico, sino porque es mejor ser humano".

Si bien existen normas, decálogos, escritos varios sobre la "ética médica", estos se corresponden más bien a la medicina, a la ciencia médica y no al médico como individuo. Este profesional debe guiarse por la "ética del médico", que no debe diferir de la ética del hombre en general. No hay médicos deshumanizados; hay personas deshumanizadas.

Debemos recordar que el núcleo central de la medicina es la relación médico-paciente, relación humana como tantas otras, como la amistad o la relación padre-hijo, con la diferencia de que el objetivo es buscar la salud, a veces, o la calma, siempre. Y, como relación humana, necesita el condimento indispensable del afecto. Hay que sumar amor a nuestro quehacer médico; el

sentimiento acerca, supera barreras, ilumina, ayuda a entender la diversidad de los individuos y sus historias.

En el ejercicio cotidiano de la medicina y las competencias clínicas, puede que necesitemos más de saber *escuchar y hablar*. Muchas veces, será necesario *poner el corazón* en la partida y no solo el cerebro. Debemos despertar el *interés cósmico* para tener varias luces que iluminen un todo. Debemos ejercer el saber médico y el de otros en tareas interdisciplinarias y transdisciplinarias *trabajando unidos*, aportando cada uno lo suyo. Debemos aprender a tener una *visión holística* de la vida, de las personas y de sus realidades, tan variadas como únicas e importantes. Y, finalmente, debemos atesorar *algo de alma de payaso* para que el llanto y la sonrisa convivan en armonía, para tener una esperanza y la alegría a flor de piel, aun en los rincones más dolorosos del alma. ■

Dr. Héctor Pedicino

Médico pediatra y neonatólogo.

Subjefe del Servicio de Pediatría y Neonatología,
Hospital Italiano de Córdoba.

Docente universitario de la cátedra Pediatría,
Facultad de Ciencias Médicas,

Universidad Nacional de Córdoba.

Docente universitario de la cátedra

Medicina Antropológica, Facultad de Ciencias,
Universidad Nacional de Córdoba.

<http://dx.doi.org/10.5546/aap.2016.502>

Texto completo en inglés: <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2016.eng.502>

Una propuesta para clasificar la felicidad como una enfermedad psiquiátrica

An attempt to include happiness within the psychiatric disorders

PREFACIO

La reciente publicación del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V),¹ abre un abanico de nuevos criterios diagnósticos, en enfermedades de adultos y de los niños. El problema es que estos criterios son tan amplios, que hay riesgo de que una gran proporción de la población general quede incluida dentro de alguna de las enfermedades descriptas. Sobre estas bases, y a los fines de ser consecuente con

dicho Manual, creí oportuno hacer el comentario de un excelente artículo de Richard Bentall de la Universidad de Liverpool.² El artículo es más largo que este comentario, y contiene más bibliografía que la que figura aquí, pero creo dar testimonio de lo complejo de las clasificaciones, y la calificación de "enfermedad" como categoría nosológica establecida en forma apodíctica.

Las consideraciones vertidas por el Dr. Bentall están en letra cursiva.

DESCRIPCIÓN DEL ARTÍCULO

El autor comienza diciendo que *“la felicidad es una condición que no ha recibido suficiente atención por parte de psicopatólogos; por ello, la investigación al respecto es muy limitada. No obstante, las pautas encontradas en el DSM-V brinda suficiente sustento como para incluir la condición como un trastorno psiquiátrico. Si bien la comunidad de psiquiatras podría resistir esta iniciativa, los criterios diagnósticos de la felicidad serían más seguros que aquellos que permiten diagnosticar esquizofrenia, y otras condiciones”*.

El autor se basa en los escritos de Argyle M,³ que reconoce en la felicidad tres componentes: afectivo, cognitivo y conductual. *“Dado que hay personas con felicidad en todas las culturas habría una base fuertemente biológica. Observaciones no controladas tales como las del teatro y las novelas, sugieren que la gente feliz tiene a menudo conductas descuidadas, contactos personales y recreacionales frecuentes, y muestran acciones proactivas hacia quienes no se consideran felices. En ausencia de marcadores fisiológicos, parece que el mejor criterio diagnóstico (al igual que el aplicado al dolor), es el subjetivo. Como dice Argyle “si la persona dice que es feliz”, entonces “es feliz”*.

“La epidemiología es poco conocida, la incidencia y prevalencia depende de los criterios diagnósticos usados, tal como ocurre con las limitaciones diagnósticas de la esquizofrenia. Así, según una encuesta del Reino Unido, el 25% de la gente dice que “se sintió bastante bien ayer”⁴ Andrews y Whitney encontraron que solo el 5% de adultos sentía “satisfacción en la vida”⁵. Adicionalmente, si las telenovelas reflejan en alguna medida la vida real, la felicidad sería algo bastante raro, tanto en Manchester, Londres como en Australia. La prevalencia depende también de las clases sociales, las personas de clases altas parecen tener más sentimientos de ‘disfrutar más de la vida’ que las de clases bajas”.

“La etiología de la felicidad es desconocida, pero algunas teorías afirman que es consecuencia de eventos positivos de la vida, mientras que los defensores de los factores genéticos dicen que hay personas que son permanentemente más felices que otras, lo que reforzaría los fundamentos biológicos, relacionados con la autoestima, y habilidades sociales.^{3,5} Con respecto al ambiente, hay pocas dudas de que los episodios discretos de felicidad, se suceden después de eventos vitales positivos. Más aun, se encontraron varios centros cerebrales y sistema bioquímicos relacionados con este trastorno; la estimulación de ciertos centros cerebrales en animales produce cambios afectivos y conductuales, al igual que la administración de algunas drogas, tales como amfetamina y alcohol”.

“Si la felicidad es una enfermedad o no, es una

pregunta que permanece sin respuesta clara, pero haciendo una aproximación sensata, vale la pena remitirse a otras enfermedades psiquiátricas, como la esquizofrenia, el síndrome bipolar, etc.⁶ Al igual que ellas, la felicidad puede ser concebida como una dimensión del afecto. Sin embargo, la relación entre felicidad y otras dimensiones afectivas permanece poco clara. En un análisis factorial los informes de felicidad y los de estados afectivos valorados negativamente fueron agrupados como factores diferentes, sugiriendo que pertenecen a categorías independientes”.

“Es interesante saber que las personas que refieren altas intensidades de felicidad también refieren altas intensidades de otras emociones, sugiriendo que se trata de un estado neurofisiológico de desinhibición; si bien la frecuencia con que la gente refiere estados de felicidad y de emociones negativas esta inversamente correlacionada”.

“Hay confusión científica entre la felicidad y la manía. A pesar de que Argyle³ encontró que la manía, en contraste con la felicidad, está caracterizada por excitación, los criterios de la Asociación Americana de Psiquiatría para diagnosticar hipomanía parece englobar la felicidad en este estado”.

“La estimulación de lóbulo parietal puede producir síntomas de esquizofrenia en humanos, y también es posible (estimulando centros subcorticales) producir síntomas de felicidad. Pareciera que los estados emocionales positivos (eufóricos) y negativos (depresión) se generan por estimulación de centros cerebrales subcorticales que mantienen un balance. Así, los estados afectivos anormales serían la resultante de un desbalance entre ambos”.

“No hay datos suficientes como para afirmar que la felicidad sea algo estadísticamente anormal, pero en caso de que esté asociado a alguna desventaja biológica, eso sí serviría para considerarla una enfermedad. Hay evidencia empírica de la asociación entre felicidad y auto-indulgencia, sobrepeso e ingesta de alcohol. Dado la asociación entre obesidad y alcohol como riesgo de salud, parece razonable asumir que la felicidad lleva a conductas impulsivas, lo que implica un riesgo moderado de muerte.

*“La felicidad puede ser considerada una enfermedad también desde una perspectiva filosófica. Radden⁷ dice que lo que diferencia una conducta que no merece atención psiquiátrica y un trastorno psiquiátrico, es la **irracionalidad** de esta última. Irracionalidad sería la conducta inusual, que no lleva a una utilidad específica, que fracasa en expresar una meta definida, con contradicciones, sin sentido aparente, y falta de imparcialidad. Muchas de estas características son encontradas en los estados de felicidad. La gente feliz brinda descripciones sobrevaloradas de sus propios*

logros, y muestran opiniones irreales de su persona cuando se comparan con otros. Esto es clara evidencia de que la gente que sufre felicidad, debería ser considerada como que padece un trastorno psiquiátrico".

"Una posible objeción a la propuesta es que la felicidad no parece generar la necesidad de tratamiento, pero lo mismo puede decirse de enfermedades como la anorexia nervosa y la drepanocitosis, que solo comenzaron a reconocerse como merecedoras de un tratamiento, estando bien avanzado el siglo XX. Además el hecho de que una condición sea culturalmente aceptada como positiva es extremadamente peligrosa, corremos el riesgo de aceptar como adecuada la costumbre de algunas sectas hindúes de quemar viva a la viuda, para que acompañe en el más allá a su marido recientemente fallecido".

Sobre estas bases, el autor propone que la felicidad debería ser incluida en el DSM-V bajo un título más formal, reemplazando la palabra "felicidad" por "**trastorno afectivo mayor variedad placentera**".

COMENTARIO

El autor hace varios cuestionamientos de fondo:

Primero resulta notorio que haya publicado su artículo en una revista de ética médica. Es posible que piense que el problema es transdisciplinario que compromete nuestra práctica, cualquiera sea la especialidad involucrada.

Se plantea el debate sobre qué es una enfermedad. Curiosamente, los médicos rara vez nos cuestionamos esta calificación. Nos parece que las enfermedades son entidades pre-existentes a la medicina, y que ésta, lo que hace es solamente descubrirlas, de la misma forma que se descubren las leyes de la naturaleza. Pero resulta que en la naturaleza no hay enfermedades, el concepto de enfermedad es una construcción social⁸ y sus criterios dependen de la cultura.

Una malformación en la época de los egipcios era un aviso de los dioses sobre la naturaleza excepcional del sujeto malformado que había que respetar, y una convulsión en la edad media expresaba posesión del diablo. En 1950 la homosexualidad en Argentina era mayoritariamente considerada una enfermedad, y ahora hay una ley de matrimonio igualitario.

Como dice el autor, hay otro criterio para definir una enfermedad que puede ser el estadístico, pero con la variación que hay en la prevalencia de gente feliz en los países ocurre lo mismo que con el síndrome de hiperactividad, que es extremadamente variable.⁶

El tercer criterio de que algo sea una enfermedad es que parece haber una necesidad obvia de "requerir tratamiento", pero nuevamente, aquí nos topamos con problemas relacionados con la cultura y hasta con la política. En los años '50 en la Unión Soviética, muchos disidentes políticos eran considerados como "enfermos mentales" e internados por disentir con el régimen.

Si podemos dar ejemplos de la influencia decisiva de la cultura, la historia, y hasta la política, en la creación de una enfermedad, también debería resultarnos fácil deducir que esos criterios pueden ser influenciados por factores económicos. En este caso el razonamiento sería: "si es redituable que algo sea una enfermedad, pues entonces reconozcámosla como tal".

Queda entonces por resolver (a mi manera de ver) el problema de las variaciones extremas de la normalidad, como por ejemplo, la estatura que está por debajo del percentil 3° (que por definición debe considerarse baja estatura), o los niños demasiados tranquilos o demasiado activos, o demasiado rebeldes (recordemos el síndrome llamado "síndrome de desobediencia desafiante"⁹), así como muchas otras variaciones de la conducta humana consideradas discretas.

Al ser construcciones sociales de nuestra cultura, su categorización como "enfermedad" podría provocar que los individuos "afectados" sean tratados, excluyéndolos así de la población normal. ■

Dr. Horacio A. Lejarraga, D.M.

<http://dx.doi.org/10.5546/aap.2016.503>

Texto completo en inglés: <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2016.eng.503>

REFERENCIAS

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Washington: APA; 2013.
2. Bentall RP. A proposal to classify happiness as a psychiatric disorder. *J Med Ethics* 1992;18(2):94-8.
3. Argyle M. The psychology of happiness. London: Methuen; 1987.
4. Warr P, Payne R. Experiences of strain and pleasure among British adults. *Soc Sci Med* 1982;16(19):1691-7.
5. Campbell A. The sense of well-being in America. New York: McGraw-Hill; 1981.
6. Lejarraga H. La venta de enfermedades. Una tendencia contemporánea a transformar a las personas en pacientes *Med Infant* 2013;XX(1):62-9.
7. Radden J. Madness and reason. London: George Allen & Unwin; 1985.
8. Lejarraga A. La construcción social de la enfermedad. *Arch Argent Pediatr* 2004;102(4):271-6.
9. Pardini DA, Frick PJ, Moffitt TE. Building an evidence base for DSM-5 conceptualizations of oppositional defiant disorder and conduct disorder: introduction to the special section. *J Abnorm Psychol* 2010;119(4): 683-8.

BRUE: Un nuevo término y enfoque que podría mejorar nuestra práctica

BRUE: a new term and approach that could improve our practice

En la historia de la medicina existen múltiples ejemplos de definiciones o términos que a través de su asociación con enfoques y prácticas modificaron los cuidados de la salud y posiblemente mejoraron los resultados. Entre ellos podemos nombrar el testículo agudo, el abdomen agudo quirúrgico y el síndrome metabólico.

El término ALTE o evento de aparente amenaza a la vida, establecido por un consenso de expertos en 1986 se originó para resolver los inconvenientes con la denominación "síndrome de muerte súbita frustra o abortada" utilizada hasta ese momento, por no contar esta con evidencia que la relacionara con el síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL).

Los eventos de ALTE pueden darse en vigilia o sueño y epidemiológicamente su mayor incidencia ocurre a menor edad, de una a tres semanas antes que la del SMSL.

Se definió al ALTE como aquel episodio inesperado y brusco que alarma al observador y representa para éste una situación de muerte inminente o real. Se caracteriza por la combinación de algunos de los siguientes signos: pausa respiratoria, ahogo o arcada, cambio de color (cianosis, palidez o rubicundez) y alteraciones en el tono muscular.

Una de las conclusiones de un trabajo nuestro publicado en 1995, cuya última corrección recuerdo con agrado fue realizada por el Dr. Carlos Gianantonio, fue que el ALTE no constituía un diagnóstico en sí mismo, sino simplemente una forma de presentación clínica.¹

La difusión del acrónimo y sus derivaciones prácticas generaron inicialmente una mejora en los procesos diagnósticos, diferenciándose por un lado el ALTE menor o mayor según los requerimientos de estimulación o reanimación cardiovascular para modificar la evolución de dicho evento y por otro, según el diagnóstico final en idiopático y ALTE secundario a diversas patologías.¹⁻³

Con el transcurso de los años, diferentes consensos reforzaron la necesidad de una adecuada historia clínica y un examen físico cuidadoso para avanzar selectivamente con un plan de estudios coherente basado en la experiencia clínica y para los casos graves.³

Sin embargo, la conducta médica muchas veces se inclinó a realizar una cascada de pruebas diagnósticas incluyendo la hospitalización del paciente, a pesar de que esto podría generar un riesgo innecesario y en muchas ocasiones era poco probable que condujera a un diagnóstico tratable.

La definición de ALTE generó incertidumbre en los profesionales por definir de manera imprecisa al evento, al incluir en la misma la impresión subjetiva del observador relacionado al riesgo de vida o sensación de muerte inminente. Dicha impresión provocó una respuesta asistencial y diagnóstica muchas veces excesiva y basada más en una actitud defensiva que en el conocimiento científico, evidenciándose de esa manera lo inadecuado del término elegido.

Recientemente, la Academia Americana de Pediatría (AAP) publicó una nueva guía de práctica clínica que recomienda la sustitución del término ALTE con un nuevo término, BRUE (del inglés "*Brief Resolved Unexplained Events*") o en español, eventos breves, resueltos e inexplicados.⁴

Los autores definen BRUE como un acontecimiento observado en niños menores de 1 año de edad, repentino y breve (de menos de un minuto de duración), resuelto en el momento de la consulta, caracterizado por al menos uno de los siguientes signos: cianosis o palidez, respiración irregular, ausente o disminuida, marcado cambio en el tono muscular (hiper- o hipotonía) o alteración del nivel de capacidad de respuesta.

La propuesta actual también agrega que un evento se denomina BRUE sólo cuando no hay una explicación para el mismo después de realizar una adecuada anamnesis y examen físico.

Se revisó de manera muy detallada por parte del subcomité de ALTE de la Academia Americana de Pediatría la evidencia científica desde 1970 a 2014 para desarrollar las primeras recomendaciones para el manejo de los lactantes con un BRUE (eventos breves, resueltos e inexplicados).

Los pacientes menores de un año que se presentan con un BRUE se clasifican como pacientes de bajo o alto riesgo sobre la base de la historia y el examen físico.

La guía ofrece recomendaciones para los BRUE de bajo riesgo de recurrencia y sin patología subyacente que, en niños cumpliendo los criterios específicos, nos podrían permitir un manejo más conservador.⁴

A partir de esta nueva definición, en los próximos meses se consensuarán nuevas guías o posturas prácticas tanto en las sociedades científicas como en los diversos ámbitos de asistencia para la aproximación al niño con dichos eventos. Este cambio nos acercará posiblemente a una medicina de mejor calidad, centrada en el niño y su familia, y que reduzca las intervenciones innecesarias y costosas. ■

Dr. Manuel Rocca Rivarola
Servicio de Pediatría
Departamento Materno Infantil Hospital
Universitario Austral

<http://dx.doi.org/10.5546/aap.2016.506>

Texto completo en inglés: <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2016.eng.506>

REFERENCIAS

1. Rocca Rivarola M, Jenik A, Kenny P, Agosta G, et al. Evento de aparente amenaza a la vida. Experiencia de un enfoque pediátrico interdisciplinario. *Arch Argent Pediatr* 1995;93(2):85-91.
2. Kahn A, Rocca Rivarola M. ¿Qué es un evento de aparente amenaza a la vida (ALTE)? *Arch Argent Pediatr* 2001;99(1):77-9.
3. Kahn A. Recommended clinical evaluation of infants with an apparent life-threatening event. Consensus document of the European Society for the Study and Prevention of Infant Death, 2003. *Eur J Pediatr* 2004;163(2):108-15.
4. Tieder JS, Bonkowsky JL, Etzel RA, Franklin WH, et al. Brief Resolved Unexplained Events (Formerly Apparent Life-Threatening Events) and Evaluation of Lower-Risk Infants: executive summary. *Pediatrics* 2016;137(5):e20160591.