

## Presentación del Dr. Carlos Tajer

*Cardiólogo, Jefe del Servicio de Cardiología, Hospital El Cruce, Buenos Aires. Ex presidente de la Sociedad Argentina de Cardiología*

Recibí la invitación para participar en la mesa de escritores médicos con la sospecha de que se trataba de un error o, como mínimo, de una exageración. Compartía el imaginario de la introducción a la jornada del Dr. Carlos Wahren cuando resumió los aportes de los médicos escritores a la literatura, tomando como modelos a Anton Chéjov y Arthur Schnitzler. Me alivió suponer que los convocantes se atuvieron a la definición de la Real Academia Española: “Persona que escribe” o “Autor de obras escritas o impresas”. Este criterio fenomenológico facilita un permiso para reflexionar sobre lo escrito con la única intención de compartir una experiencia, y aliviado de otras pretensiones. El Dr. Jorge Janson, coordinador del encuentro, nos propuso como línea orientadora explorar sobre el porqué de escribir, e interrogar en qué medida esa experiencia había modificado nuestra práctica como médicos asistenciales.

Excluyendo las obras médicas científico-técnicas (artículos, capítulos y libros de mi especialidad) puedo identificar dos fuentes de motivación: la necesidad de expresar algo que adquiere una emergente tensión interna y el desafío intelectual de intentar ensayos y exploraciones sobre la práctica médica. Esto último se vio facilitado por la tradición generada por Hernán Doval de pedir que el director de la *Revista Argentina de Cardiología*, cargo que desempeñé durante cuatro años, escribiera —en los seis números anuales— artículos de reflexión sobre temas abiertos. El condimento imprescindible es cierta *chutzpá* (insolencia, irreverencia) por fortuna común en los médicos que todavía conservamos la imagen del “doctor” con licencia para opinar con autoridad aun de aquello que apenas se conoce. La segunda pregunta es en qué nos cambia lo que escribimos.

Podríamos repetir que nadie termina un viaje hasta que no lo escribe. Me tocó escribir el obituario de Carlos Bertolasi, un gran maestro de la cardiología argentina, con quien trabajé muchos años y forjé una amistad personal. Circulé el texto entre amigos antes de publicarlo, adicionaron aportes relevantes y una observación: que había evitado toda referencia personal. Frente a la computadora, apenas intentando comenzar ese renglón, brotaron las lágrimas en golpes sucesivos, y de alguna manera se transformaron luego en palabras. Escribirlo resignificó el vínculo y el duelo por la pérdida.

Una observación que parece compartida es la sensación de ser solo un médium volcando en el papel lo que fluye a borbotones y ordenado de una fuente subconsciente. Pequeños Eureka que surgen no solo en la ducha y que nos informan que el concepto ya está ordenado y bastará con sentarse para que se escriba fluidamente. Es una forma de conocernos en planos a veces insospechados.

También subyace el temor de escribir en un momento de ideas efímeras y creencias líquidas, de cambios de mirada incesantes, así como el riesgo de desnudar pasiones y miserias que inevitablemente se filtrarán para el buen lector en nuestras palabras.

Pero, para ser sincero, no tengo conciencia de que mi forma de relacionarme con los pacientes o mi carácter hayan sido torneados por la escritura, y mis mejores (creo) cambios debo agradecerlos a los largos años de psicoterapia. Sin duda sí, un crecimiento intelectual al abordar temas complejos como desafíos con fecha de publicación.

Algunos aspectos, sin embargo, del dialogar con los pacientes como relataré al final quizá sí se modificaron sobre la base de los hallazgos al escribir.

Entre los escritos vivenciales publiqué en un blog un relato breve, *El sueco, la primera arritmia del consultorio*. La entrevista con un paciente nonagenario fanático de River trajo como puente de comunicación el recuerdo de un jugador de la década del 10-20 del siglo pasado, Simmons. Este paciente acudió a mi primer consultorio particular como médico de PAMI, tenía una grave artrosis de rodilla, sordera, y una arritmia que diagnosticué haciendo un electrocardiograma, una yapa no exigida por el sistema. Era la primera vez que indicaba un tratamiento como la amiodarona bajo mi total responsabilidad, tres comprimidos de 200 mg por día, y lo cité para la semana siguiente. Transcribo algunos párrafos del relato:

*...Imaginaba un electro casi normalizado, la aparición de las modificaciones de la onda T habiendo logrado la saturación con amiodarona y como música de fondo las trompetas anunciando el triunfo.*

*La visita del sueco fue efectivamente épica, pero por un motivo inesperado. Entró con una gran sonrisa, y mientras le preguntaba cómo andaba en la rutina de la bienvenida a la consulta, sin necesidad de sentarse me largó:*

*—Ando muy bien, mire.*

*Y pasó a levantar las piernas alternativamente y flexionarlas con agilidad mostrando la gran mejoría articular durante esa semana, con grandes elogios a viva voz al tratamiento intensivo que le había recetado.*

*—Nadie me acertó con el tratamiento— decía el sueco ante mi confusa desesperación.*

*Resignado, observé luego que en el electro nada había cambiado, la misma maldita arritmia supraventricular. Como imaginarán, revisé toda la literatura con las dificultades de la falta de Internet y las decenas de tomos anuales del Index Medicus, y aun así no pude encontrar referencias al efecto antiinflamatorio articular de la amiodarona.*

*El gran logro terapéutico, producto quizá de una precisa combinación de sordera con el entusiasmo*

*de un médico comunicando las virtudes de su nuevo tratamiento...*

Varios colegas me hicieron saber que se reencontraron con la vivencia de los primeros desafíos en la soledad del consultorio en este relato.

Durante los primeros años de residencia viví una tormenta de emociones contradictorias, con la suerte de haber integrado un grupo Balint, hoy continuado por los proyectos de narrativa. En un artículo en *Lancet*, el antropólogo médico Arhur Kleinman se refirió al yo dividido, y a las emociones ocultas que atraviesan al médico joven en sus primeros años y que forjarán su práctica futura. Tomó para ese artículo el retrato de Pablo Picasso, "Cabeza de un estudiante de medicina", un personaje que estaba pensado para ser visitante de "Las señoritas de Avignon" y quedó fuera del diseño final. En ese retrato el autor dibuja un rostro común y sobre él una máscara africana sombría, reflejando las contradictorias emociones del médico joven. La fotógrafa Julie Weisz, luego de una enfermedad propia que la llevó a un área de cuidados intensivos, tomó una serie de fotografías, escenas de la vida en esa área cerrada. Con Roberto Reussi y Jorge Mercado utilizamos como disparadores esas fotos para el libro *La vida en Terapia intensiva*. La consigna, extendida a pacientes, sacerdotes, médicos asistenciales, fue reflexionar íntimamente a través de un texto que acompañaría a cada imagen. Para la



**Figura 1.** P. Picasso. Cabeza de un estudiante de medicina. Estudio para "Les demoiselles d'Avignon".



**Figura 2.** "El fantasma de la terapia". Fotografía de Julie Weisz.

fotografía que ocupó la tapa, y que podríamos titular "El fantasma de la terapia", copio un pequeño párrafo:

*...aquella noche cuando salteamos la cena por el paro cardiorrespiratorio en cama 1, y mientras masajéabamos y dábamos choques eléctricos e infusiones diversas nos rotábamos para comer las uvas apoyadas en una mesita... Después de una hora no quedaba más que el esqueleto del racimo. Qué pensaría la hija cuando saliéramos a avisarle que la cosa no funcionaba, y lo viera... angelicales monstruos asistiendo a una situación extrema...*

Desde el año 1983 he compartido con psicoterapeutas varios casos de pacientes con infarto, y desde la confluencia entre la observación de los psicoanalistas sobre las historias que se repiten con frecuencia asociadas al infarto y ya son parte de la cultura popular, con los avances notables en neurociencia de las emociones, escribí *El corazón enfermo, puentes entre las emociones y el infarto*. Este libro fue una verdadera aventura con la debilidad de una conjetura y la fuerza del desafío de acercarnos al cuerpo-alma-enfermedad desde una mirada enriquecida por aportes científicos recientes muy notables.

Las cartas del director de la *Revista Argentina de Cardiología* me permitieron publicaciones sobre la palabra médica, las metáforas para pensar la medicina, la formación cultural y humana del cardiólogo, diferentes propuestas prácticas orientadas a bajar a tierra las ilusiones del humanismo médico a través del marco amplio de la Medicina narrativa. Algunas de estas cartas se agruparon en un primer libro, *La medicina del siglo nuevo*.

En las próximas semanas se presentará un segundo libro que agrupa cartas y otros ensayos con el título *Alegría del corazón*. Aunque el título encabeza un artículo sobre el aparente efecto protector de las emociones positivas sobre las enfermedades cardiovasculares, merece una



**Figura 3.** Imagen parcial de la estatua a Baruch Spinoza en La Haya. Fotografía propia.

explicación adicional. La lectura de *En busca de Spinoza*, un libro de divulgación en neurociencia de Antonio Damasio, me facilitó una lectura diferente de *La ética del filósofo*. La presunción de que teníamos en nuestro cuerpo el mensaje de la creación, que nos decía qué es lo bueno y lo malo a través de las emociones *Leititia* (alegría) y *Tristitia* (tristeza), le permitió a Spinoza una percepción muy cercana a la concepción actual de las emociones, su selección y su función en la sobrevivencia desde una mirada biológica. En el siglo XIX, una colecta internacional de científicos y hombres de cultura, a la que contribuyó desde la Argentina Domingo Faustino Sarmiento, permitió erigir una estatua en La Haya para la que se eligió sabiamente una sonrisa en el rostro.

Como contracara de las emociones negativas vinculadas a las enfermedades, hay investigaciones sobre emociones positivas y mejor pronóstico, sobre el papel biológico de la risa, y otras que se vuelcan en estos textos. Si tuviera que elegir un modelo inspirador al momento de escribir estos ensayos, sin duda optaría por Stephen Gould, el genial biólogo y divulgador de la ciencia que me ha brindado muchas horas de aprendizaje placentero.

En este último libro también se plasma otra vertiente con la cual pretendo identificarme, más cercana a los monólogos de Tato Bores y los ensayos humorísticos de Santiago Varela en la revista *Humor*. En esa línea escribí *Sodoma y Gomorra. Primer ensayo de no inferioridad sobre el número de justos*, utilizando la anécdota de la negociación de Abraham con el Creador intentando establecer el número de justos mínimo que dirimieran si estas ciudades sobrevivirían o no, como un modelo para este tipo de ensayo. También *Los tres chiflados y los trombolíticos en el infarto*, tratando de ejemplificar las desventuras en la toma de decisiones cuando se dispone de evidencias restringidas y múltiples opiniones discrepantes. Otro sobre una experiencia neurótica frente a la vivencia de haber perdido la capacidad de escribir el número cinco en forma natural, *La fuga del cinco*.

Y la última publicación en vena humorística pero con consecuencias impensadas, ha sido el texto *El médico lenguaraz: convocatoria a un registro multicéntrico*. Comenzó como una broma con intención empática. Cada vez que un paciente de consultorio me contaba una experiencia en la cual se había sentido maltratado por un profesional, “¿A usted le parece que me puede decir algo así?”, acostumbraba abrir el primer cajón y pedirle autorización para anotar la frase, con el argumento de que pensaba escribir un artículo sobre barbaridades médicas. Pero lo que solo pretendía disipar el temor a una defensa corporativa se transformó, inadvertidamente, en fuente para un artículo. El marco teórico surgió de la lectura de *Allegro ma non troppo*, de Cipolla, que en su segunda parte pretende definir qué es un estúpido en forma técnica, incluso con diagramas ortogonales. *El médico lenguaraz* pretendió retratar frases y actitudes estúpidas de los médicos, con una definición muy precisa: comentarios que producen un daño al paciente y ningún beneficio al colega. Por ejemplo, frente a un paciente al cual se le ha indicado atenolol, comentar como amigo médico: “¡¡Con eso no se te para más!!” acompañado de una flexión del dedo índice. En la práctica habitual, criticar las medicaciones de otros colegas con total desconocimiento del tema, y otros etcéteras. El artículo se publicó y luego fue difundido con su generosidad habitual por Daniel Flichtentrei en *Intramed*, invitando a un registro multicéntrico de barbaridades dialogales médicas. La repercusión fue muy grande, y se acumularon más de cien ejemplos. No hay persona a la cual uno le comente este tema que no tenga su propia anécdota de maltrato.

Los ejemplos, sin embargo, superaron ampliamente la estricta definición de lenguaraz, develando una galería muy variada. Intenté categorizar de alguna manera los ejemplos, escribí un nuevo artículo publicado en las redes sociales, *Maltratos verbales médicos*, que tuvo una inmensa repercusión en términos de lectores (más de 40 000).

**Cuadro.** Clasificación (no exhaustiva) de maltratos verbales médicos frecuentes

---

El lenguaraz
El ofendido (falta de humildad)
El discriminador
El incomprensible
El catastrófico
El fiscal
El que usa al paciente como correo (o el paciente postal)
El paternalista psicologista
El que hace diagnóstico complementario (p. ej., eco) pero dictamina y aconseja

---

Transcribo los párrafos finales de ese artículo:

*La doble condición ineludible de los médicos como pacientes, aunque más no fuera los recuerdos de sus infancias, la mezcla emocional frente a la visita médica con temor, agradecimiento, enojo, sorpresas, discursos indescifrables, debería hacernos creer que cuando nuestro rol es médico nos ubicaríamos en una posición cálida, empática y reparadora. Si nos basamos en las anécdotas comentadas, y con el breve esfuerzo de recordar nuestros contactos como pacientes con profesionales, surgirán en casi todos algunos momentos dramáticos de la relación médico-paciente que desmienten esa expectativa.*

*A poco de abordar el tema, vemos que el sustrato va mucho más allá de una debilidad técnica en la comunicación. Se cruzan el malestar médico con su rol profesional y logros, las condiciones de trabajo con consultas breves, la superposición de profesionales, la debilidad o ausencia de los médicos de cabecera, y obviamente conflictos personales no elaborados que emergen apenas se siente cuestionada la presunta autoridad médica que se intenta reparar con abusos de autoridad.*

*Todos tenemos aspectos negros en nuestros caracteres, nadie está exento de “un poco” de crueldad, arrogancia, autoritarismo, actitud discriminatoria, celos y rivalidad. Pero también en los médicos son quizás más frecuentes que en otras profesiones la solidaridad, la compasión, el altruismo y el deseo de reconocimiento y trascendencia. La tarea abierta para médicos y pacientes, es decir, todos nosotros, es trabajar para una comunicación mejor y respetuosa, aprendiendo de nuestros errores, abriendo la po-*

*sibilidad del diálogo crítico, reflexionando en talleres de narrativa y elaboración de la práctica médica, mejorando la currícula formativa en los humanístico y narrativo de las carreras médicas, residencias y educación permanente. Cuando enfermamos o lo hacen nuestros familiares lo mínimo que pedimos es que nos escuchen, comprendan lo que nos pasa, nos cobijen, nos protejan, nos consuelen y si se puede, que nos curen. No es poco pedir pero irrenunciable porque es lo que necesitamos y desde la mirada médica, lo que podemos y deberíamos dar.*

Este artículo recibió muchas críticas acusándome de degradar la profesión médica, tan castigada hoy por múltiples factores como los nuevos pacientes, los sistemas de salud, el mal pago. La mayoría de los lectores, sin embargo, valoró la intención de ayudar a tomar conciencia del poder de nuestra comunicación y su vulnerabilidad.

*No se trata de etiquetar a un colega como lenguaraz o lo que fuera, sino etiquetar nuestras actitudes incorrectas y la de nuestros colegas para mejorar. Por ese motivo solicité en la parte final de la convocatoria a barbaridades comunicacionales que no enviaran errores míos, sincerando mi temor a los memoriosos. Era una forma humorística de decir que tengo conciencia de haber incurrido en muchos de estos errores sino en todos en mis cuarenta años de profesión. Tenerlo presente y consciente me ayuda (espero) a detectar cuando mi discurso se va para el lado equivocado y cambiar de rumbo en la medida de lo posible.*

Espero a través de estas palabras haber cumplido con la propuesta de compartir algunas vivencias de quien se anima a escribir desde la profesión médica.

## BIBLIOGRAFÍA

- Cippola C. Allegro ma non troppo. España: Editorial Planeta, 2001.
- Damasio A. En busca de Spinoza: neurobiología de la emoción y los sentimientos. España: Editorial Planeta, 2005.
- Kleinman A. The divided self, hidden values, and moral sensibility in medicine. Lancet. 2011;377:804-5
- Tajer C. El corazón enfermo: puente entre las emociones y el infarto. Buenos Aires: El Zorzal, 2009
- Tajer C. La medicina del Siglo Nuevo. Buenos Aires: El Zorzal, 2013.
- Tajer C. Alegría del corazón. Buenos Aires: Editorial Edimed, 2016.
- Tajer C. Maltratos verbales médicos [Internet]. Pcia. de Buenos Aires: Intramed; 2015 mar 26 [citado: 2017 abril 26]. Disponible en: <http://www.intramed.net/contenido.asp?contenidoID=86545>
- Tajer C. El médico lenguaraz: convocatoria a un registro multicéntrico. [Internet]. Pcia. de Buenos Aires: Intramed; 2012 nov 8 [citado: 2017 abril 26]. Disponible en: <http://www.intramed.net/contenido.asp?contenidoID=78087>