

El retiro del médico

I. Introducción

Rafael Muñoz-Kapellmann*

La obra suprema de la creación es el hombre y es un extraordinario privilegio para el médico estar facultado para intervenir en las delicadas funciones y estructuras anatómicas del cuerpo humano, en el noble afán de devolver la salud o salvar la vida, que son los más preciados valores.

El médico debe prepararse de manera incesante para enriquecer y actualizar sus conocimientos. El no cumplir con esta responsabilidad fundamental lo coloca en el peligroso terreno de la incompetencia.

Es un hecho natural que en cualquier actividad desarrollada por el hombre, al llegar a una edad avanzada, aparezca una disminución de las facultades físicas y mentales. En el caso del médico; su actuación en esas condiciones ante el enfermo puede resultar perjudicial para éste. Lo ideal sería que antes que esto ocurriera, el médico se retirara de su actividad. Llama la atención en la literatura médica haya muy poco escrito acerca del retiro del médico, como si fuera un acontecimiento al cual el mismo médico no se quisiera enfrentar abiertamente.

Es por ello que consideramos interesante y útil presentar este simposio para hacer mención de las

razones y los hechos que se presentan en algún momento, para que el médico adopte la decisión de retirarse de manera oportuna.

Los temas de este Simposio, titulado "El retiro del médico", serán presentados por cuatro académicos en el siguiente orden:

El doctor José Kuthy Porter abordará los Aspectos Éticos, El doctor Kuthy se retiró de la neumología hace cinco años a raíz de haber sido director del Hospital General de la Ciudad de México. Hoy día es director de la Escuela de Medicina de la Universidad Anáhuac.

El doctor Horacio Jinich Brook tratará los Conceptos de un Clínico. El doctor Jinich radica en los Estados Unidos ejerciendo la gastroenterología y es Profesor de Medicina en la Universidad de California de San Diego.

Yo me referiré a los Conceptos y Experiencia de un Cirujano. Estoy totalmente retirado de la cirugía y de la medicina desde 1991. El INNSZ me nombró Cirujano Emérito.

Por último, el doctor Ramón de la Fuente Muñiz nos hablará de los Conceptos de un Psiquiatra. El doctor de la Fuente ejerce la psiquiatría y es Fundador y Director del Instituto Mexicano de Psiquiatría.

* Académico titular

Correspondencia y solicitud de sobretiros Monte Libano No 630 Lomas de Chapultepec CP 11000 México, D F Tels 520-21-94 520-39-96

II. Aspectos éticos

José Kuthy Porter*

No es fácil abordar este tema dado que se trata de una situación que implica la existencia de una profunda conciencia personal: determinar cuándo y en qué momento debemos dejar la práctica activa de nuestro quehacer médico, es un aspecto de responsabilidad personal que debe hacerse con base a la formación de una recta conciencia a lo largo de toda una vida (personal, familiar y profesional).

Sin embargo, es posible señalar algunos aspectos que merecen ser considerados (desde el punto de vista ético).

Todo en la vida tiene un momento, es así que el ejercicio de la medicina también lo debe tener. Hay pacientes que buscan al médico joven porque piensan que es el que posee los últimos conocimientos, otros buscan al mayor e inclusive al más viejo por la experiencia que suponen puedan tener en su ya largo ejercicio profesional.

Ambas posiciones son razonables desde el punto de vista de los pacientes, sin embargo en el tema que nos ocupa es el médico quien debe hacer su juicio personal. Sólo es el médico ante su responsabilidad con sus pacientes y consigo mismo, quien debe decidir el momento de su retiro.

Coincidiendo con el doctor Martínez Palomo en el sentido de que el análisis de las habilidades de un profesional demostrará que los médicos con éxito son los que aprenden de sus propios errores, mientras que los menos afortunados lo son porque no los reconocen y racionalizan sus fracasos. La aceptación de la fallibilidad profesional y del progreso de las ciencias como una aproximación a la verdad, deberán unir al médico práctico y al científico y hacer indistinguible al uno del otro. Una actitud modesta facilita el aceptar que la práctica de la medicina como la de cualquier otra profesión sea siempre perfectible.

De acuerdo con Middleton, en el cuadro de la práctica futura de la medicina permanece el tema central de una participación activa de nuestra profesión en la definición de los cambios sociales por

venir. En última instancia, el poder del médico para prevenir y curar la enfermedad, depende no sólo de sus conocimientos, de su ciencia o del arte de escuchar las quejas del enfermo; depende también del respeto que le tributen sus pacientes y la sociedad en general. Respeto que se perderá cuando el médico no pueda ya continuar con las habilidades que le deben caracterizar.

Desafortunadamente la carga de trabajo que sobre todo en nuestro país, el médico debe llevar a cabo en las instituciones de salud oficiales, su reducida retribución ante la necesidad de proporcionar a su familia una vida decorosa, le obligan con inusitada frecuencia a realizar varias labores con el consecuente descuido de algunas de ellas, aumentando los factores de error y la iatrogenia.

Por otra parte, el ejercicio privado de la medicina ante la crisis económica que seguimos enfrentando es cada vez de menor retribución económica.

Todos estos hechos motivan que el retiro del ejercicio activo del profesionista se vea cada vez más postergado.

No se ha establecido en la práctica médica privada el tiempo de vida profesional útil para el médico; en algunas instituciones ya se le empieza a obligar a su retiro mediante jubilación a determinada edad.

Yo no creo que se puedan determinar los límites precisos para el momento de retirarse dignamente de su profesión más que los que desde el punto de vista de una conciencia profundamente ética y que fije el propio médico, tanto así que podemos tener médicos jóvenes que deberían ser limitados en alguna forma en su ejercicio profesional, y viejos que aún con el cúmulo de años deberían continuar ejerciendo su profesión y cuando en conciencia ya no pueden participar, deben enfrentar la decisión ética de retirarse del ejercicio activo de su profesión y hacerlo con la frente elevada y satisfechos de su decisión.

Por otra parte, los códigos de ética que reuniones de expertos a nivel internacional han puesto al

* Académico titular.

Correspondencia y solicitud de sobretiros: Mango No. 4 Col. Florida C.P. 01030 México, D.F. Tel 328-80-45

día, no impiden que el médico enfrente una variabilidad de condiciones que aun cuando todo lo hubiera llevado a cabo correctamente tanto en el orden moral como en el jurídico, como técnico, los conflictos interiores a los que frecuentemente se enfrenta, no pueden encontrar soluciones fáciles, así como no es fácil el determinar el tiempo óptimo para el retiro.

Con la tecnología desarrollada durante los últimos tres decenios, no sólo se modificó el acto médico para volverse más mecánico y personal, sino que se han planteado nuevos conflictos de conciencia para el médico militante: por su mayor capacidad para modificar la historia natural de las enfermedades: porque su acción no sólo afecta la evolución del padecimiento sino la función de uno o varios órganos y sistemas; porque su repercusión sobre el psiquismo y su hábitat inmediato es más profundo, porque la profesión misma se inscribe ahora en un contexto social diferente, en el que los conceptos de hombre, mundo, espíritu, ciencia y valores, han cambiado de manera radical: porque por último el médico es ahora responsable no sólo ante el individuo que le solicita ayuda, sino ante la colectividad y por tanto debe ocuparse de planificar, administrar y realizar las políticas de salud, lo que introduce problemas sociales y económicos en los que debe participar, e insisto, cuando en conciencia el médico ya no puede participar debe enfrentar la decisión ética de retirarse del ejercicio activo de su profesión.

Por lo que se refiere al cirujano (citando a Álvarez Cordero) "El respeto que debe tener para cada acto quirúrgico, ya que se está penetrando en el yo de un ser humano y que cada movimiento, cada tiempo quirúrgico afecta decididamente la evolución postoperatorial del paciente; que no hay actos quirúrgicos banales, sean sencillos, sean complicados, en todos y cada uno de ellos, el cirujano deberá poner todo su conocimiento y toda su capacidad artesanal para llevarles a feliz término".

De nuevo aquí será la ética del cirujano la que le dicte la necesidad de su retiro cuando comprenda que sus habilidades artesanales, que su capacidad quirúrgica ya no es lo que era.

Insisto por último, desde el punto de vista ético sólo la recta conciencia del profesionista de la medicina, del médico, y del cirujano serán los que dicten el tiempo oportuno para el retiro de su actividad profesional activa.

Referencias

1. Martínez Palomo A. La Ciencia Básica y la Práctica de la Medicina. Revista Médica Sur. 3: 813 Jul-Sep. 1996.
2. Middleton WS. The practice of Medicine: past, present and future. Perspectives in biology and medicine 1972 15: 332.
3. Engel GL. The need for a new medical model: A challenge of biomedicine. Science 1977 196:129.
4. Álvarez Cordero R. Preparación del Cirujano General: Gac. Méd. Méx. 121-1-2, Enero-Febrero 1985.

III. El retiro del médico

Horacio Jinich*

Empezaré por manifestar mi alegría porque el nombre elegido haya sido "retiro" y no "jubilación" pues, ¿quién tuvo la cruel idea de escoger este término para uno de los momentos más difíciles y, a menudo, mas dolorosos de la vida del hombre activo, hombre o mujer? Para la mujer, sin embargo, el retiro de la vida profesional suele ser menos difícil porque, casi siempre, a su actividad profesio-

nal se suma la de esposa, madre y abuela, destino sublime que sólo termina con la muerte. Quizás sea ésta una de las razones por las que la expectativa de vida sea superior en la mujer que en el hombre. El hombre, en cambio, realiza la mayor inversión de su tiempo y de su energía, de sus ambiciones y sus sueños, en su trabajo profesional y, quizás nadie lo haga con mayor intensidad,

* Académico titular.

Correspondencia y solicitudes de sobretiros: UCSD Medical Center H-811-D 225 Dickinson Street, 92103 San Diego California Fax: 001-619-543-2766

dedicación y entrega, que el que se consagra a la medicina. No faltan, cierto es, los médicos que esperan ansiosos el momento feliz de su jubilación, pero me atrevo a creer que, en ellos, faltó una férrea vocación por la medicina, o existieron factores externos que interfirieron de manera fatal con su disfrute.

¿Cuándo debe retirarse el médico? La respuesta es fácil cuando el retiro es involuntario, sea por que la fecha se encuentra fatalmente señalada por las leyes, reglamentos y contratos de una profesión que ya casi ha dejado de ser liberal y en la cual el ahora llamado "proveedor de servicios de salud" se encuentra sometido a decisiones que lo rebasan; sea como consecuencia de factores impredecibles como son la enfermedad, el accidente y las grandes perturbaciones sociales.

Cuándo debiera retirarse el médico, ese que todavía conserva el don del libre albedrío? Si tiene la fortuna de haber escapado a los impedimentos que he señalado, así como a tantos otros que ni siquiera se me ocurren ahora ¿puedo atreverme, acaso, a proponer reglas y ofrecer consejos? En definitiva, no. "Cada cabeza es un mundo" Acerca del retiro voluntario podemos decir que hay tantas causas y tipos de retiros voluntarios como hay formas individuales, estilos personales, de haber sentido el "ser médico", de haber "vivido" la profesión de médico. Para quienes, como el que habla, "ser médico" ha sido siempre sinónimo de "vivir", el retiro voluntario equivale a muerte.. peor aún, a suicidio. Los que pensamos y sentimos así, rechazamos, huimos de la idea del retiro; rehusamos pensar y hablar de nuestro retiro, como rehusamos pensar y hablar de nuestra propia muerte. Los que se retiran son "los otros", nosotros no. Y cuando nos enteramos de que un médico, un colega, un amigo se ha suicidado e ignoramos la causa, pensamos, elucubramos: ¿depresión?, ¿cáncer?, ¿problemas personales? o ¿retiro? Allí en mis años mozos, cuando surgía el tema del retiro, yo siempre pensé que mi plan era morir en pleno ejercicio de mi arte. No hace mucho, una paciente me comentó que ella fue la última paciente de un médico que yo conocí y admiré; cuando le pregunté que cómo lo supo me dijo: "muy sencillo: quedó muerto en el consultorio, frente a mí". Muerte ideal, muerte deseable, **hazme** ese último favor" pensé para mí.

Las circunstancias me han hecho sentir la agonía del retiro varias veces. Varias veces he cerrado mi consultorio y me he despedido de mis pacientes; varias veces he sido testigo del dolor y las lagrimas de no pocos de ellos, y he sentido la angustia, la culpa, el dolor y la opresión en mi propio pecho. Pero han sido retiros fugaces, para empezar de nuevo en otro lado. Ha sido muerte, Sí, pero con resurrección; muerte falsa. Pero... ¿muerte definitiva, muerte final, muerte muerte? Que me tome por sorpresa, en pleno goce, en plena satisfacción, auscultando, recetando, escuchando a mi paciente, dándole un último consejo.

Pero, ¿no es, acaso, todo esto, egoísmo; peligrroso y fatal egoísmo. ¿Y el paciente? ¿He dejado de pensar en el enfermo? ¿Yo, que siempre he hablado del "interés supremo del enfermo", pretendo ser su médico hasta mi muerte, sin tomar en cuenta el deterioro, la ruina progresiva e inevitable de mis facultades intelectuales, y también físicas? ¿La pérdida de la agudeza de mis sentidos; las fallas de la memoria; las flaquezas del razonamiento; el temblor incontrolable de mis manos? ¿Quiero sobrevivir como médico a costa de que pueda ocasionar la muerte de mis pacientes? ¿A dónde dejó la ética, la responsabilidad y la compasión?

Egoísmo versus altruismo, amor propio en peligrosa confrontación con los valores morales; conflicto doloroso pero para el cual sólo hay una única salida. No es de ninguna manera legítimo escudarse tras el recurso psicológico de la negación.

¡Oh, que pudiese diagnosticarme a mí mismo; que pudiese tener la capacidad de sorprender mis primeras fallas, los primeros errores causados por el impacto negativo de los años! Por lo menos, que hubiese un colega, un amigo, que tuviese el valor de señalármelos y que yo tuviese la ecuanimidad de aceptar su existencia y tomar la decisión acertada: **a**uella gobernada por los más altos principios de la ética. Pero temo que el propio deterioro se encargue de colocar una venda sobre mis ojos, y que el poderoso mecanismo psicológico de defensa: la negación se apodere de mi capacidad de discernimiento. Y sospecho que mi colega, mi amigo se quedará callado por temor a ofenderme, lo que es peor aún, que yo malinterprete sus observaciones y las rechace con desdén y suspicacia.

Pues bien, **¡basta** de negación! La verdad es que ya hicieran su aparición los primeros síntomas,

imposible negarlo. Es verdad que son leves y de poca peligrosidad para los pacientes, pero es muy probable que sean los únicos que seré capaz de percibir con absoluta nitidez; los más graves llegarán, tarde o temprano, y podrán pasar inadvertidos para una mente senil, si se dejare correr el tiempo. Cierta dificultad para recordar nombres y dosis de medicamentos; cierta fatiga prematura durante la lectura de artículos científicos; somnolencia precoz mientras se escucha una conferencia; olvido rápido de los detalles y esencia de dichas comunicaciones científicas; flojera para asistir a las sesiones de la Academia Nacional de Medicina y los congresos científicos de la especialidad; dificultad creciente para incorporar a la memoria la avalancha de información nueva en Medicina y, peor aún, imposibilidad de borrar de ella la información vieja, ya caduca e, incluso, equivocada.

Es preciso aceptar que el tiempo del retiro ha llegado. La pregunta que queda es: ¿cómo llevarlo a cabo?, ¿cómo hacerlo de manera inteligente? Habrá que asegurarse de que la merma en los ingresos financieros no impida el mantenimiento de un nivel económico que prometa cierta tranquilidad para vivir, aunque fuere con austeridad. Es esencial que se cuente con el apoyo moral de la familia y de los amigos, como también lo es el tener una o más aficiones importantes, ilusiones largamente pospuestas, planes y proyectos mantenidos en impaciente espera, con objeto de llenar de manera constructiva y gratificante esas horas liberadas del trabajo profesional; de evitar esa, la más terrible de las maldiciones: el tedio, alimentando el espíritu con valores intelectuales o artísticos, y morales, que den sentido a lo que resta de vida; por sobre todo, amar, en la acepción más amplia de la palabra. Cuidar, además del espíritu, el cuerpo, la

salud física, obedeciendo los consejos que tantas veces se ofrecieron a los pacientes y tantas veces se olvidaron para aplicarlos a uno mismo.

El retiro, mi retiro, no deberá consistir en una súbita y total interrupción del ejercicio de la medicina, sino en un proceso gradual. Se acortará el número de horas dedicadas a dicho ejercicio; se renunciará a la medicina hospitalaria y, también, a la práctica de los procedimientos endoscópicos. Se intentará restringir la atención médica a aquellos pacientes con quienes se tienen lazos afectivos y mayores obligaciones morales y, sobre todo, que tengan padecimientos en cuyo manejo ha tenido mayor experiencia y pericia y en lo que la vejez del médico, en lugar de ser un defecto, resulta ser un atributo deseable: padecimientos cuyo manejo exige una visión amplia del paciente, del mundo y de la vida y, por consiguiente, en los que no es la tecnología avanzada ni el último descubrimiento farmacéutico, sino el consejo sabio y maduro, lo que hace mayor falta. La sabiduría que dan los años le da al médico una ventaja sobre sus colegas más jóvenes, ventaja que no debe ser menospreciada y que le permite seguir beneficiando, por algún tiempo, a los pacientes que se sigan resistiendo a dejarlo. Así, de esa manera, podré seguir siendo médico, un poco de médico, un algo de médico, en un lento proceso de retiro que, sin dejar de doler, sea, a la vez, tolerable y ético.

Todo este proceso de retiro empezó ya hace algún tiempo y está evolucionando de manera satisfactoria. La catástrofe anímica tan temida, no se ha presentado. No hay depresión. Hay ecuanimidad y cierta alegría. Este es mi testimonio. No pretende ser una receta de aplicación general. No me he referido al "retiro del médico" sino, exclusiva y sinceramente, a "mi retiro".

IV. Retiro del cirujano. Conceptos personales

Rafael Muñoz-Kapellmann*

La cirugía es ciencia y es arte y demanda que el cirujano reúna características muy especiales y bien definidas, tales como: vocación, temperamento, inteligencia, valor, audacia, criterio, decisión, destreza manual, fortaleza física, amor al estudio y bases morales y éticas muy sólidas.

Con estas características, se comprende que la cirugía se hace, empleando palabras muy sencillas, con el cerebro, con el corazón y con las manos. El cirujano debe ser un clínico y algo más, y nunca algo menos. No debe olvidar que practica un método agresivo: incide, reseca o extirpa tejidos u órganos, y si la reconstrucción no corresponde a lo requerido, las consecuencias pueden ser graves y aun fatales para el enfermo.

Hablaré brevemente de mi paso por la cirugía. Al recibirme en 1942 comencé a trabajar con un excelente cirujano, el más completo de su época, el maestro Clemente Robles, en el pabellón 7 del Hospital General de la ciudad de México. En 1947, al iniciar sus labores el muy singular Hospital de Enfermedades de la Nutrición, creación del maestro Salvador Zubirán, el maestro Robles fue nombrado Jefe de Cirugía. Me llevó como ayudante a la primera operación que se hizo en ese hospital. A partir de entonces permanecí como cirujano en esa institución hasta mi retiro en 1991. Recibí las enseñanzas de un notable clínico, el maestro Bernardo Sepúlveda. En 1950 disfruté de las enseñanzas y de la amistad del doctor Richard B. Cattell en la Clínica Lahey de Boston.

En el Hospital de la Nutrición tuve la oportunidad de practicar una cirugía muy demandante, que comprendía todas las operaciones de aparato digestivo, endocrinología y hematología. Como reto, tuve predilección por la cirugía portocaval y la reconstrucción de vías biliares. El Hospital de la Nutrición, Instituto desde 1981. Es un lugar ideal para practicar la cirugía, para aprender, para enseñar y para hacer investigación. Como en toda institución oficial, numerosos médicos trabajan en equipo para atender a los pacientes. La identifica-

ción con ellos no es absoluta. El éxito y el fracaso se diluyen. La retribución económica para el médico es mínima y todo esto obliga al cirujano a trabajar simultáneamente con la clientela privada. En ésta la identificación con el enfermo debe ser completa y la atención muy personal. El éxito y el fracaso alcanzan aquí su máxima expresión.

Cuando el cirujano es joven y está adquiriendo experiencia, es inevitable que cometa errores y ocurran fracasos. Si éstos son valorados en su justa dimensión, procurarán repetirse. A medida que va madurando, se volverá más exigente en aspectos que garanticen resultados óptimos en su trabajo. Operará en los mejores hospitales y seleccionará a excelentes anestesiólogos y cirujanos ayudantes.

El cirujano maduro ofrecerá atención de excelencia a su paciente. Lo mejor para curarlo o aliviarlo, pero nada que perjudique su salud o ponga en peligro su vida. Las complicaciones operatorias se verán con gran preocupación y se manejarán con la mayor eficiencia.

Es razonable suponer, en términos generales, que la plenitud de la mayoría de los cirujanos dure hasta los 65 años, edad en que se inicia la ancianidad, o en forma eufemística, la tercera edad. Después y dependiendo el momento de cada caso particular, se iniciará de forma inexorable la disminución progresiva y persistente de las facultades mentales y físicas, proceso imposible de evitar. Cuando esa invaluable coordinación entre la mente, la voluntad y las manos comienzan a fallar, aparecerá una disminución de la destreza para ejecutar una operación con la brillantez y perfección de antes.

¿Por qué debe retirarse el cirujano?

Si el cirujano alcanza edades muy avanzadas no es aconsejable que siga operando en presencia de signos de decadencia. Si en la madurez ofreció

* Académico titular

Correspondencia y solicitud de sobreiros: Monte Líbano No. 630 Lomas de Chapultepec C.P. 11000 México, D.F. Tels. 520-21-94 520-39-96

magnífica atención a sus pacientes, no podrá ofrecer lo mismo cuando por la edad se han perdido facultades. El cirujano debe sacrificar su orgullo y amor propio y anteponer la seguridad del paciente absteniéndose de hacer malas operaciones. Si persiste en seguir operando, parecería que desvirtúa los nobles fines que lo impulsaban en épocas anteriores. Hay cirujanos que resisten retirarse y arguyen que se van a retirar hasta que se mueran, que operar es lo único que saben hacer, que mientras puedan seguirán operando, y no aceptan que sus facultades han mermado.

Estas actitudes demuestran que el cirujano no pensó ni se preparó con oportunidad para el retiro y la realidad le toma totalmente desprevenido.

En mi caso personal, desde pocos años después de recibirme, comencé a meditar, y con mucha frecuencia, en el retiro, iniciando una preparación tanto desde el punto de vista anímico como económico. Me convencí que el retiro debía ser un trance esperado, necesario y no doloroso. Sólo deseaba tener la suficiente autocritica para hacerlo en el momento oportuno. Reforzaba mi intención con observar o enterarme de lo que sucedía con cirujanos que no se habían retirado oportunamente.

¿Cuándo debe retirarse el cirujano?

Si consideramos que nuestra obligación es operar bien a los pacientes, el retiro lo debemos hacer antes que la disminución de facultades mentales y físicas afecten la destreza para operar bien. La edad para hacerlo en el momento adecuado naturalmente que será distinto en cada cirujano, según sus características muy personales, pero me atrevería a decir que puede ser después de los 65 años y antes de los 75. Si persiste el cirujano en operar estando ya en decadencia, se presentarán situaciones francamente perjudiciales para el enfermo. Es verdaderamente penosa la actuación del cirujano falto de facultades: manos temblorosas; visión defectuosa; dificultad para distinguir las estructuras anatómicas; torpeza al hacer cortes, suturas o nudos; lesiones de estructuras en forma inadvertida; ser presa de un temor a veces pánico ante la producción de una hemorragia copiosa; falta de decisiones oportunas ante situaciones de emergencia; actitud pasiva ante complicaciones; resis-

tencia a prolongar una operación cuando ello es necesario.

En esta situación el cirujano está deteriorando o borrando la buena imagen que sus colegas, discípulos y pacientes tenían de él. No es justo que toda una vida profesional de buen ejercicio de la cirugía se vea opacada en sus postrimerías por insistir en seguir trabajando cuando ya no se debe.

En mi caso particular, yo me sentía muy bien al cumplir tanto los 65 como los 70 años, y seguí operando. Pero antes de los 74 años aparecieron manifestaciones tales como poca disposición para hacer operaciones de urgencia durante el día, lo mismo para operaciones de muy larga duración, y sobre todo, fatiga progresiva en intervenciones muy prolongadas.

En una ocasión, durante una reconstrucción de vías biliares muy difícil y que se había prolongado por más de cien horas, me sentí tan fatigado, que pedí a un cirujano joven, antiguo discípulo, que hiciera la última sutura del hepático izquierdo al yeyuno. La realizó perfectamente bien y la paciente evolucionó satisfactoriamente. Además de esta llamada de atención comencé a notar que mi estado emocional ante las operaciones estaba cambiando; disfrutaba menos que antes el acto de operar y me preocupaba más de lo razonable de lo que pudiera ocurrir al enfermo. En estas condiciones decidí que el momento del retiro había llegado. Consideré que la destreza y criterio quirúrgico los conservaba igual, hecho que corroboré en varias ocasiones con mis más cercanos colaboradores quirúrgicos, a preguntas expresas de mi parte. Tenía la tranquilidad que en esa etapa final no había yo incurrido en alguna iatrogenia con mis operados.

¿Cómo debe o puede retirarse el cirujano?

Hay vanas formas. Una de ellas es que al estar operando todavía bien, de jere de operary se retire en forma definitiva. Con esta decisión sacrifica su amor propio al dejar de hacer algo que ha llenado su vida profesional, antes de comenzar a hacer lo mal, y con ello dañar a los pacientes.

Yo opté por esta determinación. Nunca hablé con nadie sobre el particular. Para el día que decidí retirarme, escogí un caso difícil y complicado. Se trataba de un paciente de 42 años con angiodisplasia

sangrante en colon derecho y litiasis vesicular. Anteriormente le habían practicado un puente coronario, reimplante de una válvula cardíaca y resección de esternón por mediastinitis supurada. Tenía un marcapaso instalado. El riesgo operatorio era muy elevado.

El 17 de junio de 1991 le practiqué colecistectomía y colectomía derecha al amparo de una excelente anestesia administrada por el doctor José Manuel Portela. La operación salió muy bien, la evolución fue excelente y el paciente vive en condiciones muy satisfactorias. Desde esa intervención no he vuelto a operar, ni siquiera he entrado a un quirófano. Poco después cerré el consultorio y no he vuelto a dar consulta.

Tan convencido estaba de mi preceder, que el retiro fue un hecho muy satisfactorio y en ningún momento he añorado el acto de operar, algo que verdaderamente me fascinaba. El mejor halago que escuchaba, era cuando un colega me decía que porqué me había retirado, si todavía estaba operando bien. El Instituto de la Nutrición me distinguió con el nombramiento de Cirujano Emérito.

Otra forma de retirarse, y que luego me fue sugerida, era hacerle paulatinamente, operando solamente casos sencillos. Obviamente es una forma decorosa de hacerlo, siempre y cuando el cirujano sacrifique su orgullo y se conforme con

una cirugía inferior en calidad a la que hacía antes. El recuerdo de su imagen se verá afectado. Además, complicaciones y problemas también se presentan en operaciones menores y las responsabilidades están vigentes. Esta forma de retiro nunca la contemplé.

Por último, otra forma de retirarse paulatinamente, consiste en que el cirujano opere en compañía de un cirujano ampliamente calificado y que sea éste el que haga los tiempos importantes o difíciles de la intervención. Con ello, el cirujano, dizque responsable del enfermo, queda en calidad de incómodo ayudante. Es una asociación profesional que difícilmente perdura. El paciente en nada se beneficiará por lo menos debe estar enterado y aceptar la modalidad con que será intervenido. Si no queda enterado, el procedimiento es criticable.

Para finalizar, deseo sugerir principalmente a los cirujanos jóvenes, pensar con mucha anticipación en su retiro y prepararse para ello en todos los aspectos necesarios. Considerar que en esa decisión la motivación más importante la proporciona el enfermo y que el orgullo del cirujano se sitúa después. Hacerlo con sus facultades íntegras y en forma digna, para que el recuerdo del retiro sea motivo de satisfacción para el cirujano y de afecto y respeto por parte de sus colegas, discípulos y pacientes.

V. Reflexiones sobre el retiro del médico*

Ramón de la Fuente**

Agradezco al doctor Rafael Muñoz Kapellman organizador de este evento, su amable invitación para participar en él.

Comenzaré por decir que el retiro de la vida profesional activa es un asunto que no ha recibido entre nosotros los médicos de México la atención que amerita. A diferencia del retiro de otros profesionales el retiro de los médicos coincide general-

mente con el inicio de la senectud. Es claro que el envejecimiento no es sólo involución biológica, ni el retiro es sólo un trámite. Ambos son procesos muy individualizados profundamente influidos por las experiencias y por las circunstancias. Dentro de este marco conceptual haré algunas reflexiones sobre el tema, con el sesgo propio de mi experiencia profesional.

* Participación en el simposio sobre el Retiro del Médico. Academia Nacional de Medicina de México, octubre de 1997.

** Director General del Instituto Mexicano de Psiquiatría.

Correspondencia y solicitud de sobretiros: Calz. México-Xochimilco No. 101 Col. San Lorenzo Huipulco C.P. 14370 México, D.F. Tel. 655-28-11

La edad del retiro y el entorno

El fenómeno primario en el envejecimiento es la reducción funcional y la muerte de las neuronas cerebrales. En la senectud, el cerebro se enjuta. Alfonso Escobar ha encontrado que el cerebro del mexicano que entre los 30 y los 40 años pesa 1300 gramos se reduce en la senectud hasta pesar 1114 gramos entre los 71 y los 98 años.

Escribe Ortega y Gasset, que una generación se distingue de las que le preceden y de las que le siguen por la manera como sus miembros comparten la experiencia. En los tiempos que corren la separación entre las generaciones se ha hecho más profunda y difícil desalvar. La experiencia que hoy en día comparte la generación en proceso de retiro está profundamente marcada por la irrupción a mitad del camino, de avances tecnológicos insospechados y de cambios no menos notables en la cultura: el mundo en que nos hallamos inmersos, escada vez más pequeño y también más inseguro; las mitologías se derrumban y muchos modelos configurados por la tradición pierden su eficacia normativa. En nuestra civilización urbana e industrial, la familia extensa que fue refugio acogedor de los hombres al término de su vida productiva ha sido frecuentemente sustituida por la familia disgregada y el sentido de comunidad ha cedido su lugar a la masificación.

Para los más afortunados de nuestros colegas, el retiro es una meta contemplada, que se alcanza bajo el signo de haber cumplido ya la misión que nos fue asignada y que inicia una nueva etapa, abierta a nuevas posibilidades. Para otros, la experiencia es muy distinta. La retirada es una pérdida dolorosa que transcurre bajo el signo de "la vida no vivida" y puede ser el detonador de una crisis existencial colmada de autorrepresiones, de aburrimiento y de miedo al desamparo.

La soledad de todos tan temida, corre pareja con el encogimiento de los ingresos.

En un caso, el médico se retira habiendo previsto y aceptado su retiro del trabajo profesional porque ya no tiene la seguridad y la voluntad de responder a las demandas específicas de sus pacientes. Para otros, y no pocos, el retiro no es algo previsto y aceptado, sino una condena injusta impuesta por normas legales o por la declinación de la salud.

¿Hay una edad para el retiro? Legalmente sí, afortunadamente con algunas ampliaciones, pero podemos constatar que algunos colegas llegan a esa edad que demanda el término de su actividad profesional conservando su vigor, su interés y sus capacidades intelectuales. De hecho la edad cronológica, por sí misma, no es el mejor criterio para el retiro máxime que las compensaciones económicas por una largavida de trabajo no son equitativas, por no decir que son miserables.

De ahí que un componente del retiro no deseado, sean el sentimiento de la pérdida de un objeto amado y la angustia de la separación. De hecho, el retiro se da en una etapa de la vida en la que las separaciones y las pérdidas se acumulan unas sobre otras. Se pierde a los familiares, a los amigos, se pierde vigor y se pierden posiciones que son fuente de seguridad y satisfacción. Freud vió en el duelo, la respuesta normal a la pérdida de un ser querido, el modelo de la respuesta a otras pérdidas de objetos de los cuales dependemos. El proceso del duelo y su resolución es un marco que nos ayuda a comprender mejor la experiencia del retiro en sus aspectos sombríos. La pérdida del ejercicio profesional se experimenta como la pérdida del objeto más amado. Lo que aún no hemos dicho, es que para algunos esa pérdida es la de su propia imagen narcisista con sus fantasías de logros que fueron inalcanzables y de proyectos que fueron irrealizables.

El duelo es un proceso que normalmente se resuelve con el alojamiento de las ligas con el objeto perdido y su reemplazo con nuevos "objetos psicológicos": nuevas relaciones humanas, nuevos escenarios, nuevos intereses y un proyecto de vida ajustada a las circunstancias.

Erich Fromm, quien vió el ciclo de la vida como una sucesión de separaciones que tienen su prototipo en la separación del niño de su madre, puso el acento en el potencial del hombre para superar casi cualquier pérdida mediante el crecimiento personal y el establecimiento de nuevas relaciones significativas y nuevos compromisos.

La depresión en los jubilados

Pregunté a un viejo que sentado en una banca en el jardín del hospital respondía cada mañana a mi saludo con una sonrisa y algunas palabras

amables: ¿por qué se te ve triste y abatido? Y sin parpadearme contestó: porque soy viejo. Alargando mi conversación constaté que este hombre de 74 años, de mente lúcida y disposición afable que habíasobrellevadoporvarios años conenterezala invalidezcausadapor un accidente, se había dado por vencido. "Darse por vencido", no es solamente un estado de ánimo, es un estado global del organismo que, como la felicidad, tiene su propia bioquímica y su propia fisiología.

Los autores europeos han acuñado el concepto de "depresión de los jubilados". Usan el término "depresión" como una ruptura de la continuidad de la vida afectiva y algunos ponen el acento en su carácter de condición patológica "enmascarada". Lo hacen como una llamada de atención a los médicos para que se esmeren en reconocer que es frecuente que la depresión se oculte bajo síntomas corporales; el insomnio, el dolor que no se explica y que persiste, la variedad de síntomas corporales que pueden hacer relieve en el cuadro y desviar la atención del médico y del propio paciente del núcleo real de su patología. Diré de paso que en mi experiencia, el abatimiento del humor en la etapa del retiro, tiene en los médicos una preocupante asociación con el abuso del alcohol.

Freud escribió "puede ser que los dioses sean misericordiosos cuando hacen que nuestras vidas sean menos placenteras conforme envejecemos. Al final, la muerte parece menos intolerable que muchas cargas que tenemos que llevar". Ciertamente Freud no fue un optimista, pero sabíamos mucho de la condición humana.

En la senectud, células cerebrales mueren o se dañan en forma creciente, pero la erosión de la mente no es tanto un acompañante obligado del

proceso, como de las enfermedades que se le superponen. Hay ahora datos de que las neuronas sobrevivientes pueden compensar la pérdida y se ha identificado el crecimiento de redes dendritas en disposición de establecer nuevas sinapsis en algunas regiones del hipotálamo y de la corteza en cerebros de personas de más de 70 años. Estos hallazgos sugieren que aún en edades avanzadas el cerebro puede conservar la capacidad de remodelación dinámica de sus conexiones neuronales. Esto permite hacer la inferencia alentadora de que en la edad del retiro es posible enriquecer nuestra vida y desarrollar nuevas habilidades; estos hallazgos refuerzan la expectativa de preservar por más tiempo las facultades mentales y aprovechar por algunos años más la riqueza y la sabiduría que, cuando son auténticas, son difíciles de sustituir.

Un hecho establecido es que la aplicación interesada de la mente en tareas concretas contribuye a preservar las funciones intelectuales y las destrezas. Algo semejante puede decirse de la preservación de la vida afectiva y espiritual. Un hecho que de tiempo atrás se ha observado, es que la capacidad intelectual y afectiva de personas comprometidas en diversos campos de la actividad humana se extiende más allá de lo que se da en personas descomprometidas.

Para terminar diré que a mi juicio nuestra sociedad no valora el hecho de que muchas personas retiradas conservan sus estructuras lógicas y sus habilidades verbales y lo que es más importante, conservan sus motivaciones, sus intereses y su capacidad de cumplir. He observado que estas personas que aman la vida, rara vez muestran el afán desmesurado de prolongarla a cualquier costa que es uno de los mitos de nuestra cultura.