

Algunos elementos prácticos para el rescate del nivel subjetivo en la relación médico paciente

Dr. Luis Miguel F. Gutiérrez Robledo¹
Instituto Nacional de Geriátría

Cuantos esfuerzos y penas se habrían evitado si, durante mis estudios, se me hubiese formado a la resistencia y la contratransferencia, envidia a los médicos del futuro que lo aprenderán durante sus estudios pues la humanización de la enseñanza es una necesidad absoluta que terminará por imponerse.

Sandor Ferenczi, Influencia de Freud sobre la medicina, 1933

Infortunadamente la expectativa de Ferenczi no se ha hecho realidad. La medicina ha alcanzado un extraordinario desarrollo científico-técnico y se encuentra en el umbral de una potencial revolución a través de la confluencia de la genómica, la manipulación celular, la nanotecnología, los biosensores y la informática. No ha progresado en paralelo el desarrollo de la relación médico-paciente, y una de las mayores críticas a la práctica actual es un pobre "humanismo".

Además, la salud mental se deteriora. En 2010, la carga global de la enfermedad mental alcanza el 8% de los DALYS en el mundo entero; y representa el 23% de todos los años vividos con discapacidad. La depresión destaca como la afección primordial y el abuso de sustancias le sigue. El crecimiento de la población y su envejecimiento han sido determinantes de esta situación y convierten a la salud mental en una prioridad pues constituye la comorbilidad más frecuente de cualquier afección somática. Por ello han devenido una prioridad de salud pública¹.

En este contexto, la necesidad de reelaborar el encuentro médico paciente es tan grande como apremiante. La estructura de la atención médica, aun en sistemas igualitarios y con médicos de familia, genera consultas breves y una práctica atomizada en una miríada de subespecialidades.

Por otra parte, la experiencia de enfermar sigue siendo la misma. La enfermedad aparece inopinadamente en la vida de un sujeto. Este vive el estar enfermo como sufrimiento, como algo que no anda bien, como una carencia en su cuerpo que le expone a una incertidumbre que se traduce en angustia. Ocurre en él algo que no entiende y ante lo cual no tiene respuestas. En un primer momento el enfermo intentará responderse estos

¹ Director General del Instituto Nacional de Geriátría. luis.gutierrez@salud.gob.mx

interrogantes con suposiciones que emergerán desde su propia subjetividad. Cuando las mismas le resulten insuficientes, recurrirá al médico. En el momento en que el enfermo decide consultar al médico allí comienza a ubicarse como paciente.

El padecer

El médico frente al padecer se encuentra cada vez menos dotado de las habilidades necesarias para un abordaje a la vez empático y eficaz. Aun cuando, a través del diagnóstico traduzca la queja del paciente y su representación subjetiva, en las causas del mal, que la racionalidad obliga a reconocer como la verdad de su enfermedad, el médico no necesariamente consigue persuadir de ello al paciente desde su subjetividad. En definitiva, es imposible anular la subjetividad de la experiencia vivida del paciente tan sólo desde la objetividad del conocimiento médico. En la visión de Georges Canguilhem², no es en esta impotencia que uno debe buscar el fracaso de la práctica de la medicina de hoy. Se da más bien al olvidar, en un sentido freudiano, el poder de “desdoblamiento” que posee el médico empático y que le permite verse a sí mismo en la situación del enfermo, sin desechar la objetividad de su conocimiento, pero pasándola a un segundo plano; reconociendo además la propia vulnerabilidad.

El médico se conduce tan sólo como el depositario de un saber específico sobre lo que al paciente le pasa, que le ayudará a recobrar la salud perdida. En esa posición de saber lo coloca el sujeto. Desde ahí, el malestar del paciente es abordado desde el punto de vista profesional bajo la forma del proceso de diagnóstico y consecuente tratamiento. El médico escuchará la queja del paciente, detectando los síntomas y signos que contiene, y del agrupamiento de los mismos, ubicará la dolencia del paciente en un cuadro nosológico que remite a un saber vinculado a la misma, a partir del cual siguen las inferencias fisiopatológicas, y en consecuencia el tratamiento.

Hasta este punto, la persona suele ser para el médico sólo un conjunto de signos, que responde a la nosografía clínica. Esta lógica, presupone que todos los sujetos son iguales ante los mismos signos, la disfuncionalidad orgánica los iguala independientemente de cualquier subjetividad.

Pero este abordaje instrumental no responde suficientemente a la demanda del paciente pues queda un resto, difícil de asimilar, que requerirá que el médico se pueda formular las preguntas pertinentes en torno al padecer del individuo.

Actualmente para el médico, el conocimiento biológico del cuerpo, que es cada vez más completo, no necesariamente va acompañado del reconocimiento del sufrimiento de la persona, que tiene coordenadas distintas a las de la biología. Todo ser humano al enfermar vive de una manera única y singular su situación. Ello conforma el padecer.

¿Qué significación tiene para el sujeto, el estar enfermo? ¿Qué significa para él la enfermedad? ¿Cuáles son los valores desde los cuales da sentido a lo que le ocurre? ¿Qué consecuencias familiares y socio económicas, le acarreará? ¿Recobrará la salud perdida o formará parte de un pasado irrecuperable? Todas las preguntas que se agolpan en el paciente forman parte de la demanda inconsciente dirigida al médico. El entrenamiento médico de hoy día hace difícil para el médico escucharlas; y obstaculiza la anticipación de las respuestas que tranquilicen, que orienten al sujeto en ese difícil momento.

Las habilidades de comunicación en la práctica médica de hoy

Con frecuencia, los pacientes se lamentan por la calidad de los encuentros con sus médicos, pues sienten que no son escuchados, que no están seguros de haber comprendido las explicaciones o que se van de la consulta sin haber alcanzado a decir o preguntar lo que más les preocupaba.

Por su parte, a menudo los médicos también se lamentan por las dificultades en la comunicación con sus pacientes.

Reconocen no haber sido formados explícitamente en el tema y sienten que la actividad asistencial es tanta y tan exigente que, al cabo de unos pocos años, ellos, que eligieron por vocación una profesión de ayuda al prójimo, se encuentran emocionalmente agotados, al borde del “burnout”³, con una pobre disposición para escuchar y atender reclamos. En este escenario, la comunicación entre colegas también es un espacio que va estandarizándose y empobreciendo las posibilidades de reflexión y creación que puede generar un encuentro.

La medicina contemporánea proclama la posibilidad de un conocimiento racional y objetivo de las enfermedades, concebidas como un reflejo directo y transparente del orden natural, revelado por la verificación física, los análisis de laboratorio y las técnicas de diagnóstico por imágenes. Desde esta perspectiva, el conocimiento representa, como una copia fiel, la realidad preexistente. La relación médico paciente hoy pareciera cada vez más circunscribirse a la identificación de patrones de anormalidad frente a los cuales ha de reaccionarse de una manera estándar, que además es rigurosamente observada y vigilada, no sólo por pares, sino cada vez más por agentes administrativos. El epítome de este enfoque son las guías de práctica clínica.

La relación médico paciente, ha constituido el pilar básico sobre el que se sostiene la práctica médica. Se halla siempre presente en todo acto médico y los efectos que emergen de la misma repercuten tanto sobre el paciente como sobre el profesional. Asimismo, tienen incidencia tanto en el curso de la enfermedad como en la eficacia del tratamiento instituido.

El encuentro entre el médico y el paciente, tampoco puede reducirse a una respuesta empírica personal guiada más por la intuición que por un accionar reflexivo. El acto es constitutivo de la propia condición de ser médico, y puede ser enfocado desde la perspectiva que reconoce su dimensión subjetiva y los efectos que conlleva sobre el acto médico.

Tecnología y práctica médica

Edgar Morin advierte como "En el transcurso del siglo XX se efectuaron progresos gigantescos en los conocimientos en el marco de las especializaciones disciplinarias. Pero estos progresos están dispersos, desunidos, debido justamente a esta especialización que a menudo quebranta los contextos, las globalidades, las complejidades"⁴. Así, los avances tecnológicos han producido un desplazamiento de la práctica de la medicina del territorio del enfermo al de la enfermedad, dejando de lado la relación y el contacto con el paciente, sustituyendo el acto médico por el acto técnico, tornándose el vínculo del médico con el paciente cada vez más anónimo e impersonal. Como alguien señalara, "en el camino del tiempo, en atención al progreso y a la ciencia, el ojo clínico desplaza y sustituye a la voz, a la intimidad del tacto que establece la confianza entre médico y enfermo"⁵. Y peor aún, ya no el ojo clínico, sino la tablet, la pantalla de la computadora o el celular, donde se

concentra la información de referencia que da identidad a la enfermedad y donde el paciente pierde la propia.

El arte de la Medicina por siglos estuvo ligado a la capacidad de escuchar la demanda del paciente y a la calidad del vínculo que sostenía el médico con el paciente. Y en el vínculo que el médico establece con el paciente, como en todo vínculo humano, la palabra ocupa un lugar central. Aquellas palabras que se dicen, aquellas que son escuchadas de lo que se dice, y aún aquellas no dichas a las que el médico deberá darles un lugar y un tiempo para que puedan ser formuladas ¿cómo establecer los lazos entre el médico, el paciente y la tecno-ciencia? ¿Cómo recobrar aquello que caracterizó el viejo arte de la Medicina? ¿Cómo hacer lugar a aquello que cada vez sufre mayor exclusión y que es la dimensión de la palabra, en donde imperan la distancia “correcta”, el silencio y la eficiencia?

Desde hace casi tres décadas venimos asistiendo a una nueva modalidad del ejercicio de la práctica médica que tiene repercusiones trascendentes en la relación médico paciente. La medicina ha pasado a convertirse en una actividad mercantilizada, donde inciden cada vez más los intereses económicos del mercado en la toma de decisiones en salud y donde el interés por el enfermo deja de ser el principal objetivo. El médico ha pasado a estar en la mayoría de los casos al servicio de los grandes sistemas de salud siendo el ejercicio de la profesión liberal una modalidad que va pasando al recuerdo conforme progresa la proletarización del médico.

Como correlato de lo anterior, es cada vez más frecuente que el médico tenga que responder por su práctica profesional ante comisiones y tribunales. Los problemas relacionados con los juicios por mala praxis, generan para el médico una nueva situación de incertidumbre y angustia. Las demandas al médico por parte de pacientes insatisfechos por su accionar, han crecido de forma exponencial en los últimos tiempos, paradójicamente, justo cuando la formación científica de los mismos y su eficacia diagnóstica y terapéutica es muy superior a la de cualquier otra época, lo cual nos debe alertar sobre la presencia de un malestar creciente en la práctica médica, que aparece como síntoma y nos obliga a interrogarnos acerca de sus causas. En este contexto de devaluación y consecuente deterioro de la relación entre médico y paciente, de pauperización de las habilidades de comunicación de muchos profesionales de la práctica médica y el ambiente querellante, la recuperación de la palabra y de la intersubjetividad se imponen como una necesidad.

Los niveles de la relación médico paciente

El nivel objetivo

El nivel objetivo, corresponde a la posición donde se concibe a la medicina como una actividad objetiva, técnica y científica. A principios del siglo XX, los signos clínicos alcanzan su clímax. Por más de un siglo desde entonces, los médicos han impresionado al público con su capacidad para examinar y percibir aquello que está fuera de alcance y que la mayoría ni siquiera sabe que existe: los soplos cardiacos, los reflejos osteo-tendinosos, la presión arterial, los vasos retinianos, etc. El paciente sólo podía concluir que el médico es capaz de ver, oír y sentir mucho más y mejor que él mismo, lo relativo a su enfermedad. Esta idea del médico como un ser extraordinario con la capacidad de asomarse al interior de las personas, y toda la instrumentación que hoy lo hace posible, comienza no en 1895, cuando Rontgen publica: Acerca de un nuevo tipo de rayos⁶, anunciando el descubrimiento

de los rayos X; en realidad el rol del médico como un sujeto técnicamente competente para percibir, de manera extraordinaria, comienza en 1791 con la percusión, el “*inventum novum*” de Leopold Auenbrugger⁷.

Desde entonces, el acto médico se sostiene fundamentalmente en un proceder técnico, al grado de que los honorarios están cada vez más en proporción con las intervenciones instrumentadas que con el tiempo dedicado a la consulta, lo cual ha contribuido significativamente a la proliferación de los métodos complementarios de diagnóstico. La enfermedad se reconoce desde esta perspectiva como un proceso que afecta el organismo. El fin del acto médico es demostrar la enfermedad, tratarla y curar al paciente. El paciente es un sujeto pasivo sobre el que se aplica el saber del médico. El médico mantiene una postura neutra y distante. El vínculo es impersonal, el diálogo tiene interés en la medida que permita recoger los datos necesarios para el diagnóstico de la enfermedad y para transmitir al paciente las instrucciones diagnósticas y terapéuticas. No entra en juego, aparentemente, la subjetividad del paciente ni la del médico. La respuesta del médico está centrada en la enfermedad. Este es, sin lugar a dudas, el nivel predominante en la actualidad.

La empatía, la transferencia y contratransferencia: el nivel subjetivo

En este nivel la atención del médico se dirige a una persona que se encuentra afectada por una enfermedad, sujeto al que debe reconocerse como producto de su historia y circunstancia. Se reconoce la subjetividad tanto del paciente como del médico y los efectos que la misma tiene en el acto médico. El médico debe estar advertido de este nivel para, al reconocerlo, obrar en consecuencia. Pues aquí reside la importancia del vínculo entre ambos sujetos.

Esta dimensión subjetiva siempre está presente en el acto médico; más allá de que se la reconozca o no, e influye, con frecuencia de manera determinante, tanto sobre el padecimiento como sobre los desenlaces terapéuticos.

Más allá de la pretendida objetividad y neutralidad que se le exige a todo profesional, el médico también es un sujeto y por ello siempre está implicado subjetivamente en la relación. Su propia dimensión subjetiva inconsciente también se hace presente en su práctica convirtiéndose a veces en un motor, a veces en un obstáculo para la toma de decisiones. Sus afectos, emociones, prejuicios, angustias, y sus miedos, le posicionan para responder, o no, al paciente. Por lo tanto, el fenómeno de transferencia es recíproco, y comprende tanto la subjetividad del paciente como la del médico. Este fenómeno inconsciente siempre estará presente en toda relación médico paciente y no dejará de producir efectos, más allá de que el médico lo tenga en cuenta o no. La transferencia es un poderoso motor para la cura pero puede constituirse en una barrera. La relación médico paciente en este nivel no es simétrica ni necesariamente armónica, sino resulta de la alternancia de encuentros y desencuentros entre ambos, como consecuencia de las diferentes subjetividades que se ponen en juego. Es así que cada diada médico paciente alberga una original y particular modalidad de vínculo único e irrepetible⁸.

La propuesta

Los grupos Balint hoy en día

Michael Balint (1896-1970) fue un psicoanalista Húngaro, alumno de Sandor Ferenczi, naturalizado Inglés que pasó décadas explorando la naturaleza y el poder de la relación médico-paciente. Su nombre se ha convertido en sinónimo de un proceso de grupo a través del cual los profesionales de la salud pueden aprender a servirse de la subjetividad en la relación médico paciente para atender a sus casos cada vez mejor.

Los Grupos Balint han proliferado alrededor del mundo; en México se han utilizado principalmente durante el entrenamiento de la residencia, inicialmente en medicina interna y medicina familiar, pero ahora en muchas otras especialidades también, como es el caso de la geriatría.

Marc Zaffran, mejor conocido en Francia con el seudónimo de Martin Winckler es un sagaz y agudo crítico de la práctica médica. Él nos introduce a los beneficios de los grupos Balint diciendo: “Participar en un grupo Balint, es para mí el mejor apoyo para la práctica cotidiana de la medicina sin sufrimiento y sin sentirse expoliado por las relaciones cuya naturaleza y profundidad son difíciles de aprehender. Es un elemento para mejorar la calidad de la práctica que el médico debe perseguir con el mismo afán con el que persigue la calidad de vida del enfermo.”⁹ puedo confirmar la veracidad de su dicho a través de mi propia experiencia pues, durante más de 15 años, participé mensualmente en un grupo Balint dirigido por médicos psicoanalistas en el curso de especialidad en Geriatría del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición. Las experiencias vividas en el grupo, alimentan aún hoy mis reflexiones y matizan la experiencia cotidiana de mi trabajo clínico.

La obra más famosa de Michel Balint, el *Doctor, su paciente y la enfermedad*, se publicó en 1957, dos años después de que publicase la experiencia por primer vez en *The Lancet*¹⁰. Mi primera lectura de este libro, a los 30 años de edad, me sorprendió por su actualidad; y hoy a casi otros tantos años de distancia, es notorio como los dilemas descritos por los médicos en la Inglaterra de la década de 1950 siguen siendo similares a los experimentados en mi práctica en la Ciudad de México. Además de la “función apostólica”, uno de los aspectos del libro que más simpatía evocan en mí, es su descripción de la relación médico-paciente como una "mutualidad". En esta analogía de la relación como una empresa de inversiones, cada actor contribuye con la expectativa implícita de una ganancia mutua: el médico quiere ayudar al paciente a sentirse mejor y el paciente al médico a ganarse la vida. Los activos invertidos por cada uno se adquieren con cautela a través del tiempo y luego deben ser cuidadosamente administrados si el retorno completo de la inversión ha de lograrse. Como con cualquier inversión de largo plazo, con el tiempo el médico y el paciente necesitan hacer préstamos con sus activos. Una historia fuerte y estable de inversión común construye una base de confianza y seguridad que admite los riesgos que fatalmente se materializarán. Esta confianza también permite que el estrés de corto plazo y la volatilidad sean aceptados y tolerados sin demérito de la relación. El resultado de una co-inversión cuidadosa y robusta es, en el largo plazo, una igualmente robusta y gratificante relación médico-paciente.

La lectura de este texto nos ayuda en la toma de conciencia acerca de cómo nuestra propia personalidad, creencias y comportamientos influyen sobre nuestra relación con los pacientes. Tal conciencia puede ayudarnos a mejorar nuestras competencias en la consulta. También nos ayudará a comprender por qué encontramos a algunos pacientes particularmente difíciles, y por qué algunos son víctimas de la “conspiración del anonimato” o “peloteo” entre diversos especialistas con quienes el paciente no consigue establecer un vínculo duradero.

La práctica experimental de Balint en la clínica Tavistock derivó en el desarrollo de la metodología de los llamados Grupos Balint, cuya esencia se mantiene viva a través de numerosas organizaciones internacionales. Esta metodología es simple. Hay tres pasos a seguir: la presentación del caso, el esclarecimiento de los hechos y la especulación con respecto a lo que está ocurriendo en esta relación. Un miembro del grupo presenta un caso difícil. El reto, más que una pregunta clínica relativa a la prueba diagnóstica o la prescripción, es un desafío con respecto a la relación constante que el presentador tiene con un paciente. El presentador describe de memoria al paciente, la relación y el dilema. La intervención se da sin notas, sin signos vitales y sin valores de laboratorio. Después de la misma, los miembros del grupo tienen la oportunidad de hacer preguntas para aclarar dudas. Las preguntas se centran en cosas tales como la edad del paciente, la estructura de su familia, o si el paciente tiene un trabajo.

Después de eso, se abre la discusión y el presentador tiene que sentarse y reflexionar sobre lo que se dice en el grupo. Los miembros del grupo comienzan a especular, a ponerse en los zapatos del paciente y expresan lo que podrían estar sintiendo el paciente o el médico en la relación.

Los grupos Balint conducidos con profesionalismo constituyen un método flexible y eficiente para capacitar a los médicos en el abordaje subjetivo del acto médico, pero tienen limitaciones.

Los grupos Balint encajan en las teorías modernas de pequeños grupos que funcionan como sistemas complejos, sometidos a la dinámica del grupo que a veces puede ser malicioso. La participación en el grupo exige una condición psicológica estable y un espíritu abierto, y los grupos Balint con carácter obligatorio son cuestionables. Por todo ello, cabe señalar que los grupos Balint no tienen cabida para todo médico, y por lo mismo es necesario encontrar recursos alternativos para favorecer la empatía, reducir el estrés y aumentar la competencia y la satisfacción en el trabajo.

Metáforas

Al evocar dominios de la experiencia cotidiana, la metáfora constituye un recurso de comunicación efectivo para la explicación y exposición de contenidos conceptuales. Ha sido destacada, justamente, la capacidad de la metáfora para provocar efectos particulares según el destinatario: para un médico, el pensamiento metafórico puede resultar en un avance en la resolución de un problema; para el lego – para el paciente - la metáfora es un recurso que permite conceptualizar fenómenos abstractos o excesivamente técnicos mediante asociaciones con objetos o aspectos del mundo cotidiano. Desde la perspectiva que nos ocupa, el rescate de la subjetividad en la relación médico paciente, la comprensión del papel de las metáforas y la teoría neural del lenguaje aportan un material enriquecedor para el pensamiento y la práctica médica.

Para quien no tiene fácil acceso a recursos como los grupos Balint, el rescate de las metáforas que utilizamos para definir la tarea médica, sus correspondencias y consecuencias, nos ayuda a comprender desde un punto de vista sociocultural cómo es considerada la enfermedad del paciente que atendemos y sus eventuales estigmas. Sirve también para caracterizar la situación emocional que habita el paciente, tanto en su historia personal previa como en el nuevo escenario planteado a partir de la enfermedad.

El nuevo enfoque de lo que se ha dado en llamar la medicina narrativa, es útil para aportar elementos para elaborar una retórica con metáforas médicas que generen escenarios

en el pensamiento de los pacientes y sus familiares para contribuir a su sanación y del propio médico para profundizar en la comprensión del acontecer en su práctica cotidiana. La elaboración de metáforas sobre la enfermedad y el sufrimiento, basadas en la percepción de semejanzas, puede dar un sentido distinto a la experiencia. En todo caso, el reconocimiento de que la investigación ha demostrado que las metáforas son herramientas básicas del pensamiento y que el lenguaje se construye sobre nuestra experiencia corporal en el mundo, aporta conceptos que no pueden menos que enriquecer la mirada médica¹¹.

Para la necesaria reelaboración de nuestro pensamiento y práctica, debemos aprovechar los ricos recursos de la psicología, la lingüística, la comunicación y las ciencias humanas en general.

Esta reflexión está orientada a enumerar algunos territorios de las ciencias humanas, para explorar si los notables avances en el tema en las últimas décadas pueden ayudarnos en el camino de nuestra autoformación. En tiempos recientes hay una variedad de intervenciones que han sido diseñadas con el mismo propósito de ayudar al médico en la toma de conciencia de la subjetividad en el acto médico; destacan aquellas que recurren a la expresión literaria.

Medicina narrativa

El reciente desarrollo de la llamada "Medicina Narrativa" invita a profundizar sobre el interés de la inclusión de cursos de literatura y narrativa en la formación médica; y a considerar los posibles beneficios del uso de relatos en el tránsito desde el conocimiento disciplinar, hacia un modelo complejo que reconozca el contexto y la imposibilidad de separar de manera tajante al observador de lo observado.

La medicina es una profesión en la que la racionalidad prevalece, y donde, mediante la aplicación de la teoría y la técnica, se seleccionan los medios idóneos para el abordaje diagnóstico y terapéutico. Pero los problemas habituales en la práctica no se presentan como estructuras organizadas sino, más bien, como situaciones desordenadas. El problema no viene entrada "bien definido": debe ser construido; al definir un problema, un médico elige y denomina aquello en lo que va a reparar, selecciona sus puntos de atención y los organiza guiado por el sentido de la situación que facilita la coherencia y una dirección para la acción. La situación problemática se presenta a menudo como un caso único que no encaja fácilmente en las categorías provistas por la teoría y, por lo tanto, no puede resolverse simplemente aplicando reglas. El médico ha de improvisar, inventar, probar estrategias propias en cada situación concreta. Con el avance de la tecnología, los profesionales se encuentran cada vez más con situaciones que requieren la integración, conciliación o elección entre valores en conflicto.

La fragmentación del conocimiento a la que he hecho referencia se refuerza por los diferentes e inadvertidos supuestos acerca de la naturaleza humana. Sin reflexión sobre ellos, los discursos y perspectivas se vuelven inútiles. Debemos vincular las perspectivas sin reducirlas. ¿Pero cómo propiciar la reflexión cuando la complejidad aparece fragmentada y aplanada por una sola perspectiva, la del médico? Los buenos relatos pueden cumplir esta función. La mayor virtud de la literatura no es reflejar la realidad sino dar sentido más allá de lo banal. Allí donde lo familiar y lo habitual nos inducen a dar por descontado el mundo, la narrativa literaria nos ofrece visiones alternativas que iluminan lo que consideramos natural en la vida cotidiana. Su misión es alienar la realidad, dotar de

extrañeza a lo familiar, ir de lo que es a lo que podría ser, considerar posibilidades y no certidumbres.

Pero los médicos utilizamos habitualmente maneras de hablar fijas, estandarizadas, y no nos resulta sencillo voltear hacia los aportes de otras disciplinas que podrían ayudarnos a comprender qué ocurre en la compleja interacción de la entrevista clínica. Las enfermedades son sucesos socialmente contruidos, reproducidos y perpetuados a través de las conversaciones y uno de los focos centrales del entrenamiento clínico debiera ser el aprender a recibir y dar relatos, ya que es través del escuchar y contar historias que los seres humanos comprenden sus experiencias¹².

Desde esta perspectiva, la entrevista clínica cobra una nueva dimensión, donde habría que hacer todo lo posible por no decir una palabra ni escribir en la computadora, para captar todo lo que el paciente expresa sobre su vida y su salud. No solo atender al contenido de su relato sino también a su forma, su temporalidad, sus metáforas, sus silencios, en que momento decide comenzar a hablar de sí mismo, y cómo relaciona sus síntomas con otros eventos de su vida. También, a la escucha, prestar atención al lenguaje no verbal, los gestos, las expresiones, las posturas corporales, el tono de voz. Después de unos minutos, usualmente el paciente deja de hablar y es casi sistemático oírle decir: "Nunca nadie me dejó hablar así antes". Cada vez más profesionales de la salud y pacientes reconocen la importancia de las historias que se relatan unos a otros acerca de la enfermedad. No solo el diagnóstico se establece por el relato de los pacientes al hablar de sus síntomas sino también por la comprensión profunda y empática del padecer de la persona que sufre los síntomas, lo que se hace posible mientras se escucha el relato que de su enfermedad hace la persona.

La entrevista médica y la atención primaria se transforman a través de este feliz encuentro entre literatura y medicina que contribuye a reforzar la, tan a la moda, atención centrada en el paciente. Esto puede suceder ya sea en la visita privada del paciente en el consultorio, con el residente cuando presenta a los pacientes en el paso de visita, o cuando el médico evoca una muerte décadas después de haber finalizado la atención.

En un esfuerzo para ayudar al médico a comprender lo que él y sus pacientes experimentan en presencia de la enfermedad, hay que desarrollar la atención a la capacidad narrativa, definida como el conjunto de habilidades para reconocer, captar, interpretar y emocionarse por las historias que uno escucha o lee. Esta nueva competencia clínica, inusitada en el currículo médico actual, pero otrora común, requiere de una combinación de habilidades de redacción para identificar una estructura narrativa, adoptar sus múltiples perspectivas, reconocer las metáforas y las ilusiones, y se beneficia de habilidades creativas para imaginar muchas interpretaciones, fomentar la curiosidad o inventar múltiples finales; y, habilidades afectivas que permiten tolerar las dudas acerca del desarrollo de la historia, y una aproximación empática al estado de ánimo de la historia¹³.

Estas competencias contribuirían al desarrollo de un profesional atento a captar el mensaje de las historias y presto a comenzar a entender su significado. En el fondo hablamos de empatía, que da al médico no solo los medios para comprender al paciente sino también para comprender a la enfermedad misma. Cuando un médico practica la medicina con empatía, puede rápidamente y con precisión escuchar e interpretar lo que el paciente intenta decir. El médico que refuerza su empatía con competencia narrativa utiliza más eficientemente el tiempo de la entrevista clínica, utiliza al máximo los conocimientos médicos acerca de lo que el paciente expresa sobre su enfermedad y cómo lo transmite. No solo la historia de una enfermedad, sino la propia enfermedad se desarrolla como una

narración. Una enfermedad tiene una evolución y duración características, una mezcla compleja de causas y contingencias, particularidades y similitudes genéricas respecto de las enfermedades relacionadas, una referencia contextual dentro de la cual puede ser comprendida, y aun un sistema metafórico que lo revela.

Reflexiones finales

Los mecanismos y los procesos a través de los cuales los grupos Balint, el reconocimiento y la interpretación de las metáforas, y la narración brindan un beneficio tanto al médico como a su paciente deben ser objeto de un interés renovado. Pues han demostrado un impacto significativo en el cuidado de los enfermos que son cada vez más comunes: enfermos complejos, crónicamente enfermos y comúnmente afectados por condiciones psicósomáticas, o bien con enfermedades somáticas matizadas por la comorbilidad psiquiátrica. Estas condiciones son particularmente frecuentes en el que se está convirtiendo en el principal usuario del sistema de salud: el enfermo geriátrico.

Este enfoque tiene su costo; en particular en términos del tiempo necesario para adquirir las competencias, para participar en los grupos, pero sobre todo para dedicar a la escucha. La “entrevista larga” de la que habla Balint como necesaria para desentrañar los misterios del paciente y lograr la “iluminación” no toma menos de una hora larga.

Conforme la medicina se abra al reconocimiento de la complejidad de la enfermedad, y en particular de la experiencia del padecer; los clínicos estaremos en mejor posición para ejercer a plenitud el abordaje de la relación médico paciente en sus dos niveles: el objetivo o instrumental y el subjetivo.

La empatía, alcanzada ya sea a través de los recursos de la narrativa o de la interacción humana constituye la herramienta fundamental para acompañar en su padecer a los pacientes a través de la enfermedad y para fortalecer a los médicos que cuidan de ellos.

Resumen

La tecnificación creciente de la práctica médica, el tiempo limitado en la consulta y las insuficientes habilidades de comunicación, así como la postura distante y objetiva del profesional médico frente al paciente; son factores todos que obstaculizan la percepción de las necesidades no manifiestas y las expectativas del paciente en el encuentro con el médico, más allá de la mera prescripción. Ello es particularmente claro en el enfermo crónico y con comorbilidad psiquiátrica. El presente ensayo propone una reflexión sobre la necesidad de reconocer el nivel subjetivo en la entrevista clínica y algunas herramientas para favorecer un abordaje eficaz y empático de la misma. Los grupos Balint, y la más reciente propuesta de la medicina narrativa contribuyen no sólo a mejorar la calidad de la atención, sino también la calidad de vida de médicos y pacientes.

Palabras clave: Grupos Balint, medicina narrativa, entrevista clínica, relación médico paciente.

Summary

The increasing modernization of medical practice, the limited time on consultation and insufficient communication skills as well as the distant and objective stance of the health care practitioner to the patient; are obstacles that limit the perception of non-expressed

needs and the true expectations of the patient in the clinical encounter, further than the mere prescription. This is particularly clear in the chronically ill with psychiatric comorbidity. This essay proposes a reflection on the need to recognize the subjective level in the clinical interview and some practical tools to promote an empathetic and effective approach. Balint groups, and the most recent proposal of narrative medicine, contribute not only to improve the quality of care, but also the quality of life of doctors and patients.

Key words: Balint groups, narrative medicine, clinical interview, patient doctor relationship.

Bibliografía

- ¹ WHITEFORD HA, DEGENHARDT L, REHM J, BAXTER AJ, FERRARI AJ, ERSKINE H ET AL. (2013) Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010 *The Lancet*, Volume 382, Issue 9904, Pages 1575 - 1586, 9 November 2013 doi:10.1016/S0140-6736(13)61611-6
- ² VINCENT DELAHAYE, LUCIE GUYOT-Delahaye *Le désir médical: Un parcours pour retrouver l'espace de la relation* Publicado por Editions L'Harmattan
- ³ VELÁSQUEZ-PÉREZ L, COLIN-PIANA R, GONZÁLEZ-GONZÁLEZ M. (2013) Afrontando la residencia médica: depresión y burnout *Gaceta Médica de México*. 2013;149:183-95
- ⁴ MORIN E. (2011) *La voie pour l'avenir de l'Humanité*. Paris Fayard, collection Essais.
- ⁵ BORDELOIS I. (2009) *A la escucha del cuerpo, puentes entre la salud y las palabras*. Libros del Zorzal Buenos Aires.
- ⁶ RÖNTGEN, W. K. (1972), On a new kind of rays. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 22: 153–157. doi: 10.3322/canjclin.22.3.153
- ⁷ SMITH JJ, The Invenum Novum of Joseph Leopold Auenbrugger *Bull N Y Acad Med*. Oct 1962; 38(10): 691–701.
- ⁸ UZORSKIS B. (2002) *Clínica de la subjetividad en territorio médico*. Buenos Aires, Editorial Letra viva
- ⁹ WINCKLER M. (2004) *Les Trois Médecins, P.O.L.; les années d'université de Bruno Sachs*. Prix Jean Bernard de l'Académie nationale de médecine.
- ¹⁰ BALINT M. The doctor, his patient, and the illness. Original Research Article *The Lancet*, Volume 265, Issue 6866, 2 April 1955, Pages 683-688
- ¹¹ TAJER C. (2012) Metáforas para pensar la medicina *Rev Argent Cardiol* 2012;80:496-504.
- ¹² CHARON R. (2004) Narrative and Medicine *N Engl J Med* 2004, 350;9 862-864
- ¹³ ARNTFIELD SL, SLESAR K, DICKSON J, CHARON R. (2013) Narrative medicine as a means of training medical students toward residency competencies. *Patient Educ Couns*. 2013 Jun;91(3):280-6. doi: 10.1016/j.pec.2013.01.014. Epub 2013 Feb 23.