

# La medicina basada en el diálogo

Juan Carlos Ansín<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Médico cardiólogo

*email:* jcansinl@yahoo.com

---

## Palabras claves

Medicina, atención médica, relación paciente-facultativo, ética médica, cardiología

## La enfermedad como interpretación

En los comienzos del ejercicio de la medicina cuando los médicos no nos diferenciábamos de los magos, sacerdotes y chamanes, más bien eso éramos, el hombre era parte de una naturaleza de la cual se ignoraba casi todo y a la que cada uno se sometía con resignación. Los grandes cambios climáticos provocaban catástrofes que aún hoy nos asombran con igual intensidad y nos revela instintos y temores similares a los de nuestros antecesores primitivos. Un trueno, una erupción, un terremoto o una inundación, provocan aún hoy, en el hombre moderno, una inquietud atávica. En el inconsciente colectivo del hombre están grabadas aquellas primeras experiencias traumáticas. Así lo afirma Carl Jung en *El inconsciente colectivo* y en *El hombre y sus símbolos*.

En aquella época se creía que las enfermedades eran ocasionadas por espíritus malignos, creencia que para ser conjurada dio inicio a la magia, o en la encarnación de animales dañinos lo cual sustentó al animismo que aún hoy, en muchas partes se practica, aunque por distintos motivos y con diferentes intenciones. Sólo cuando el hombre halló en la divinidad una explicación para comprender la naturaleza, al mismo tiempo que admitía someterse a los designios de los distintos seres superiores, incorporaba para sí una actitud moral que ayudaba a regir su conducta. La toma de conciencia de valores superiores, como el bien y el mal, es una de las diferencias fundamentales entre el hombre y el resto de los seres vivos. Es en el hombre donde se manifiesta el sentido ético, pues es el único ser vivo que pudiendo obrar siempre el bien, en ocasiones escoge el mal. Así, la ética nace junto a la condición inherente a la dignidad humana, tanto, como a la toma de conciencia del valor hacia lo sagrado y en especial, de lo prohibido. Temas que fueron ampliamente expuestos por Sigmund Freud en su célebre ensayo, *Tótem y Tabú*.

De allí parte la dualidad que hoy se debate en casi todas las discusiones de bioética. La concepción que la dignidad humana, la vida misma, es y tiene un valor sagrado siguiendo el orden de una ética religiosa y aquella otra que afirma que desde el punto de vista secular, el hombre es un ser digno con una conciencia moral autónoma, con capacidad para discernir por propia voluntad entre lo bueno y lo malo. Ambos puntos de vista llevan al médico -un ser humano con las mismas inquietudes y las mismas fortalezas y debilidades- a contemplar frente al espejo, el rostro del enfermo reflejado como un mismo yo, idéntico pero distinto.

Desde entonces, muchas cosas han cambiado, cientos de años han transformado al brujo primigenio en el científico atiborrado de estadísticas, fórmulas, guías y procedimientos diagnósticos y terapéuticos que somos hoy. Pero lo que aún perdura desde aquel entonces, es el acto médico. Esa relación triangular entre enfermedad, enfermo y médico que en un comienzo se llevaba a cabo sin interposiciones y que hoy está condicionada por múltiples factores de distinta índole: filosóficos, éticos, políticos, económicos, institucionales, legales y socioculturales. Acto médico que debemos reconocer es algo más que una simple consulta, o un número en la estadística de la institución en la que se trabaje, o un ingreso económico, o un caso clínico interesante o un candidato a placebo en un estudio comparativo, o un potencial y peligroso caso legal o un feligrés para nuestra colección de pacientes seducidos.

A nada de eso se aproxima la importancia del acto médico porque el enfermo no es un objeto mercantil, ni un asegurado, ni un experimento. Es un hombre, mujer, anciano o niño cuya humanidad está por encima de cualquiera y de todos esos valores materiales. El Hombre que atraviesa la puerta para pedirnos ayuda, está buscando restaurar no sólo el cuerpo que tiene, sino la persona que es. Algo que no debiéramos olvidar los médicos cuya especialidad depende en gran medida de la tecnología disponible.

En el paradigma mecanicista de la Medicina, que se inicia con los griegos - Hipócrates atribuía la enfermedad a un desequilibrio de la naturaleza y la terapia resultante era dirigida a restablecer ese equilibrio perdido. De allí que a la fiebre se la trataba con frío, al enfriamiento con calor, a las convulsiones con hierbas sedantes, etc., etc., algo que todavía hacemos cuando solo podemos actuar con tratamientos sintomáticos, como en el resfriado común o la gripe no complicada.

Con el enciclopedismo la Medicina alcanza el dominio absoluto de la razón lógica que Aristóteles había esbozado y a la que luego Descartes puso su sello de oro. El concepto mecanicista se basa en que la enfermedad es una mala función del cuerpo. Si el paciente no ve bien se lo corrige con anteojos o cirugía, si tiene una insuficiencia valvular se le cambia la válvula, si tiene diabetes tipo I se le prescribe insulina.

Este concepto basado en la relación lineal entre causa y efecto es típico de las ciencias formales, como las matemáticas y la lógica, que son creaciones de la razón humana. Nadie ha visto nunca un número dos pasear por la calle, ni ha pesado una libra de silogismos. Las ciencias fácticas, están basadas en hechos mensurables, como la física, la química o, como hemos visto recientemente durante el eclipse anular de sol, en la astronomía. Si el problema depende de una sola variable, tal como medir la gravedad de la Tierra antes durante y después del eclipse, el concepto lineal de causa y efecto es

valedero, pero en medicina los problemas a resolver muy pocas veces son mono-variables, como una fractura o una hernia. La mayoría de las veces obedecen o dependen de muchas variables, algunas relacionadas entre sí, situación que no responde a una causa lineal, sino a la causa o causas probables y su respuesta es un número porcentual que se aproxima a lo que se juzga relativa o probablemente verdadero mientras no se demuestre lo contrario.

Porque la medicina cabalga entre las leyes del orden formal y las del caos biológico, nuestras verdades son solamente probabilidades que con el tiempo pasan a confirmarse o refutarse. De allí la diferencia entre la medicina tradicional basada en la experiencia, es decir, en la autoridad o en la fisiopatología, y la medicina basada en la evidencia de las matemáticas estadísticas. Aunque ambas son compatibles y en ocasiones concuerdan, en la mayoría de las veces no ocurre así. Este cambio de paradigma o de modelo, el de la Medicina Basada en la Evidencia (MBE), hoy en auge, ha traído al campo médico una mayor efectividad y uniformidad de criterios diagnósticos y terapéuticos y también de certeza, así como de nuevos elementos para rebatir futuros problemas legales, además de establecer un rango mensurable de la capacidad profesional acorde con los nuevos conocimientos. Pero lo que aún no ha resuelto la teoría mecanicista, ni la de las probabilidades, es el tema central de nuestro tema, el del acto médico y es el cómo relacionarnos con nuestros enfermos. Cómo aprender de ellos.

El hombre tiene conocimiento de su propio ser, sabe de su propia existencia y admite su yo como una individualidad irrefutable e inconfundible, como vimos, tiene conciencia moral primaria, pero además el hombre tiene algo que no es muy distinto a lo de otros animales, pero que en él se ha desarrollado en su máxima expresión, se trata de su capacidad comunicativa. De muy poco nos serviría tener conciencia y no poder expresarla por ningún medio. El lenguaje, ya sea oral, escrito o mimético, es la herramienta fundamental que tenemos para comunicarnos, y en lo que atañe a nuestro interés, es saber cómo utilizar este recurso en el diálogo con nuestros pacientes. Una parte esencial de todo buen examen médico es el correspondiente a la anamnesis. En su libro *Saber Escuchar*, Erich Fromm explica este arte en forma clara y profunda.

La Dra. Greengalgh pionera de la MBE con *The basics of evidence based medicine*, ha escrito otro, *Medicina basada en la narrativa: diálogo y discurso en la práctica clínica*.

Quizá como respuesta a un malestar social que se ha ido manifestando con mayor fuerza en los últimos años, sobre la deshumanización, en Occidente, de la relación médico paciente y de la enajenación del acto médico por una Medicina ejercida a la defensiva de demandas legales, y acaso por el auge de otras alternativas y distintos fundamentos curativos, como las teorías orientales del veda hindú y de modelos taoístas y budistas, nuestra medicina occidental a revisado sus pasos y en este momento parece haber nuevos aires de concepción integral. La enfermedad, tal cual la interpretamos hoy, tiene un eje biológico, psicológico y social que enfatiza su relación con la sociedad y con el medio ambiente cultural y físico donde se desarrolla ese diálogo, de tal forma que ya no sólo nos interesa tratar el cuerpo que se tiene, sino el cuerpo que se es.

## **El paciente como narrador**

No existen enfermedades sino enfermos es un viejo adagio que se enseña desde el primer día que cursamos clínica médica. Así como *primum non nocere* (primero no dañar) lo es de la clínica terapéutica. Pero de nada servirían ambos si primero no sabemos escuchar.

El enfermo, como sucede en la literatura, por lo general tiene un doble discurso, aquel que dice lo que piensa acerca de aquello que en realidad siente. Así como escuchar no es lo mismo que oír, percibir tampoco es lo mismo que interpretar. El médico de hoy, como el de ayer, debe estar atento a la narrativa de su enfermo y para ello necesita desarrollar una corriente de empatía acorde con las buenas costumbres, el respeto mutuo y la confianza suficiente que permita ir profundizando en el diálogo establecido. No se pretende que el médico general o el especialista, se convierta en un psicólogo o en un experto psicoanalista, sino en adquirir los rudimentos mínimos necesarios para que no ocurra lo que los maestros de ayer nos enseñaron, que durante el interrogatorio, o lo que ahora llamamos con mejor criterio, discurso o diálogo, no se escape el diagnóstico.

Tomarse unos minutos para memorizar el nombre del paciente y sus datos generales, acudir a su encuentro y acompañarlo al despedirse, darle la mano y sonreír con amabilidad crea un ambiente propicio y cálido y rompe la barrera del temor, la ansiedad y de no pocos prejuicios. Dar un tiempo mínimo adecuado al diálogo es una obligación, un requisito tan o más importante que la cantidad de enfermos por hora exigida por las instituciones de atención médica públicas y privadas. El rendimiento médico debe incluir un rubro que indique la calidad de la atención recibida y esa calificación sólo la puede y debe hacer el paciente y/o sus familiares o acompañantes. Nadie más.

Más de una vez es el enfermo mismo quien nos orienta a explorar el camino correcto para resolver su problema. Escuchémosle:

“- Dígame por que piensa usted que es diabético.

“- Es que estoy tomando mucha agua, tengo la boca seca y siento un malestar en la boca del estómago. Fui a un médico general y me dijo que era malestar de estómago.

“- ¿Pero por qué razón piensa que es diabetes lo que tiene?

“- Porque he conocido a un diabético que acaba de morir. Lo conocía desde pequeño y los síntomas que tengo son iguales a los de él. Así es que me fui a ver con otro médico que me dijo exactamente lo mismo que tenía una gastritis pasajera. Resolví volver a mi médico general cuando mi orina se cristalizó.

“-¿Qué quiere decir con eso?

“- Que cuando orinaba me ardía y entonces mi médico dijo que se trataba de una enfermedad venérea.

“-¿Qué paso luego?

“- Bueno decidí ir a la clínica de Enfermedades Venéreas. Como era viernes por la tarde le di la referencia a la enfermera que me preguntó cómo pensaba yo que había cogido la enfermedad. Yo le respondí que no creía que era una EV sino que tenía diabetes. El médico me oyó y me dijo que quién era el tonto que me había referido allí. Que él no podía hacer nada y que me fuera al día siguiente a un cuarto de urgencias.

Efectivamente, eso hice pero para ir a la parada del bus que solo me toma 5 minutos lo hice en 20.

“-¿Y eso por qué?

“-Me sentía muy débil. Apenas pude llegar a la sala, estaba mareado y no podía concentrarme bien así que pedí a la enfermera que me enviara a la clínica de diabetes. Ella leyó la referencia del último médico y me dijo que no podían atenderme sino al día siguiente porque ya las citas estaban dadas. Se me agotó la paciencia y comencé a gritarle. Una enfermera que por allí pasaba de casualidad me vio y leyó la nota pidió una silla de ruedas y regañó a la enfermera. Ella misma me llevó a la clínica de diabetes donde me dejaron internado durante cinco días.”

Como vemos en este ejemplo, un hecho real tomado de la Clínica de Diabetes del Imperial College School of Medicine de Londres, hacer una correcta historia clínica y haber interpretado sin prejuicios personales lo que claramente manifestaba este paciente, quizá hubiera evitado su hospitalización o el riesgo de un coma diabético. Levantar una historia clínica es un hecho interpretativo, es decir, involucra un discernimiento de los significados que se expresan por medio del lenguaje en todas sus manifestaciones, el médico se transforma así en etnógrafo, historiador y biógrafo con la capacidad de comprender los estados emocionales, la conducta y la personalidad del enfermo.

Hay formas de narrar los hechos que no necesitan de mentes demasiado aguzadas, pero sí que estén bien dispuestas a escuchar. Por ejemplo, esta paciente que concurrí a mi clínica porque le preocupaba un hecho, según ella, muy raro que había notado hacía un par de meses pero que al referirlo a sus familiares estos le recomendaron tomar un tranquilizante, consejo que siguió sin lograr mejoría. Ella lo explicó más o menos así, hago notar que la señora tenía 60 años, era obesa y me había dicho que su padre había fallecido de un ataque cardíaco. La señora había notado que cuando hacía grandes esfuerzos o subía los tres pisos de su apartamento se agitaba un poco pero que en ocasiones le pasaba lo mismo después de comer y curiosamente, esta vez se acompañaba de malestar en el pecho. En los últimos meses también le sucedía este extraño fenómeno, el mismo que le daba cierta pena contar y es que la agitación o respiración corta le aumentaba inmediatamente al acostarse, pero sin dolor. Como ya habrán diagnosticado los colegas lectores, la señora padecía de *angor pectoris post prandial* (angina de pecho de sobremesa) y de *clinopnea* (falta de aire al acostarse), lo cual indica una severa enfermedad coronaria, tal como lo reveló la *cinoronariografía*, donde se vio una obstrucción del 70 % del tronco coronario izquierdo. Se le realizó una cirugía de *revascularización miocárdica* con excelentes resultados.

Más difícil es este caso narrado por un médico francés al que acudió un famoso escritor musulmán que desde hacía dos años padecía una parálisis recurrente de su mano derecha. Había visitado una cantidad considerable de médicos, neurólogos, psiquiatras y de especialistas en enfermedades cardiovasculares. Durante la narración, ya terminado el diálogo médico, el facultativo francés que también era escritor con conocimiento de la cultura islámica preguntó sobre algunos hechos puntuales de su obra literaria, de sus planes etc. y comenzó a recibir una serie de datos valiosos. El enfermo había estado escribiendo una novela donde uno de los personajes era un ladrón pescado in fraganti. Sometido a la ley islámica se dictamina la amputación de la mano, charlando un poco alrededor de este tema, el paciente, con mucho esfuerzo, le reveló al médico que a su

padre le había sucedido lo mismo. El médico le hizo notar la coincidencia de su síntoma con la represión moral de esa conducta y que el castigo sufrido por su padre era el mismo al del personaje de su novela. Cuando el escritor anuló tal pasaje, volvió a reanudar la escritura y su parálisis recurrente idiopática ya no volvió a suceder.

### **El médico como crítico**

En la escuela de medicina británica antes mencionada, en la materia Medicina Basada en la Narrativa, uno de los profesores es un conocido crítico literario con experiencia académica en educación médica. El profesor Hunter dice que la clínica médica comparte sus métodos de conocimiento con la historia, las leyes, la economía, la antropología, y demás ciencias humanísticas las cuales son menos certeras pero se hallan más involucradas con los aspectos interpretativos que el de los aspectos físicos de la ciencia. Agrega que a diferencia de aquellas disciplinas, la medicina no se reconoce a sí misma este tipo de análisis interpretativos. Estamos demasiados sujetos a la búsqueda del gold standard (la referencia básica) científico en lugar de encontrar el conocimiento psicológico, moral o ético subyacente en el diálogo interpretativo de un razonamiento práctico.

Los pediatras neonatólogos y los patólogos son, quizá, los que tienen mayor habilidad interpretativa y crítica. De allí que en ellos se desarrollan habilidades propias de los expertos en criminología. En cierta forma todo médico es un detective o por lo menos debiera tener aguzada la misma lógica escéptica. Para quienes le interese ahondar en el tema, recomiendo una pequeña joya literaria del maestro ruso León Tolstoi, se trata del relato La muerte de Iván Illich, como lo dice su título, allí se narran los efectos de la enfermedad y la conciencia de la muerte, pero al mismo tiempo nos revela la conducta de los médicos rusos de la época.

Este análisis debe servir para promover en los médicos la necesaria formación cultural en las ciencias humanistas que le permitan comprender, aún más, a sus pacientes. En Panamá convivimos con casi todas las culturas de la tierra, la mayoría de los médicos tenemos que atender pacientes judíos, cristianos, musulmanes, budistas, agnósticos, ateos, hinduistas, taoístas, confucionistas, etc. y si desconocemos sus costumbres poco podremos ayudarles. Por ejemplo, es por todos conocido que los judíos no admiten ningún tipo de eutanasia, ni pasiva ni activa, ni de medidas que le permitan hacer sospechar al enfermo que está a punto de morir; esa es la razón por la que se prohíbe retirarle la almohada aún estando inconsciente.

Otra de las cosas que debemos buscar en los enfermos, así como lo hacemos con el dolor o el sufrimiento psíquico, es evaluar su dolor moral. Muchos enfermos de depresión o de neurosis de ansiedad tienen su raíz en un componente moral o de menoscabo de su sentido de la dignidad humana. Un padre que se avergüenza de la conducta de su hija o de los malos hábitos de su hijo, más de una vez lo manifiesta como molestias precordiales o trastornos digestivos, en ocasiones disfrazados de colon irritable, donde la represión o expulsión de sus angustias se somatizan en períodos de constipación o diarrea.

La relación médico paciente está sujeta a las sensaciones que ambos se transmiten mutuamente aún antes de hablar o de conocerse. El paciente que busca un médico, lo hace siguiendo una serie de averiguaciones sobre la personalidad y habilidad del profesional, además de muchas otras consideraciones. El médico, al recibir de la secretaria la ficha clínica, se hace una idea de la persona, sexo, edad, origen etc. Estos son los prejuicios iniciales, que luego se completan con la apariencia personal, modales, ademanes y conducta desarrollada durante la entrevista. Todos hemos experimentado la molestia que causa el paciente que entra al consultorio hablando por celular o interrumpiendo la consulta para hacer una llamada. Lo mismo le sucede al enfermo con el médico que no se levanta del asiento, que no lo saluda y que al entrar no le dirige una simple mirada. Esto tiene que ver con la empatía, pero ¿qué es la empatía?

Es la capacidad de percibir en uno las sensaciones o emociones que siente otra persona. Recientemente se realizó un estudio de resonancia magnética dinámica de cerebro en parejas. La mujer era en primera instancia sometida a un estímulo doloroso intenso. Se mapeaba el recorrido cerebral del estímulo así como su respuesta neurovegetativa (sudoración, frecuencia de pulso y vasoconstricción). En un segundo encuentro se la instalaba en un resonador magnético de tal manera que solo pudiera ver la mano estimulada de su pareja. En el momento de la descarga eléctrica en la mano de su pareja, la paciente reproducía en su cerebro el mismo circuito doloroso sin que haya sido ella misma la estimulada. Por tanto, empatía es la incorporación fisiológica en nosotros, de una experiencia vital provocada por las personas o por el medio que nos rodea. De tal modo que siempre estamos emocionalmente conectados, aún sin hablar.

Vivimos una época donde la medicina, los enfermos y los médicos se encuentran acosados por problemas bioéticos. El aborto y la eutanasia son dos de los temas más comunes entre nosotros. Aunque existe legislación al respecto, ciertas facetas que la ley no contempla nos involucra en un dilema para el cual debiéramos estar instruidos y además, sólidamente basados en el concepto de dignidad humana que tanto el médico cómo el paciente y la sociedad, admitan en su categoría de valores supremos.

El médico debe orientar al paciente que así lo requiera a hacer un testamento de última voluntad y de donación de órganos, haciendo especial referencia además de los padecimientos tradicionales, en el concepto de dolor moral. Hay personas que el estado de postración física y de incomunicación permanente e irreversible le es tan doloroso que le ocasiona sufrimientos morales mayores que el dolor físico. Debe dejarse constancia de esto en un testamento de última voluntad y además, el médico debe velar porque ese testamento sea renovado en un tiempo prudencial o en el momento adecuado según el devenir de los acontecimientos. El caso reciente de la Sra. Terry Schiavo debe servir de experiencia fundamental en el tema y el médico debe ayudar a evitar discrepancias familiares con consejos científicamente apropiados y éticamente sólidos acordes con la cultura familiar. Tanto la judicialización, como la politización de este problema, desafortunadamente, aumentará el sufrimiento de todos como ya lo hemos visto.

La medicina debe volver al concepto de médico de cabecera o de médico familiar, porque ahí es donde se resuelven la mayoría de los problemas de la salud integral, tanto del individuo como de la familia y de la población en general. Es el médico que convive

con sus pacientes el que conoce íntimamente sus problemas y la mejor forma de abordarlos. Cuanto más estrecha sea esta relación, estaremos expuestos a menos sinsabores o malos entendidos y evitaremos muchas consecuencias negativas. Debemos reconstruir en pleno siglo XXI el edificio que nuestros colegas humanistas edificaron con tanto sacrificio y lealtad. Como decía Pasteur Valery Radot, aquel viejo maestro de maestros de la medicina interna de Francia:

“El médico ha de ser lo más que puede un sabio, pero lo será más si tiene el corazón abierto a la piedad y la mente enfocada a la comprensión integral del ser humano y de su medio”.