

VENTANAS EPISTEMOLÓGICAS A LA CUESTIÓN DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

Ricardo T. Ricci

Resumen

El presente artículo pretende abordar la cuestión de la Relación Médico–Paciente, nuclear en la práctica médica, desde algunas perspectivas a mi juicio pertinentes.

El tema ha sido meditado frecuentemente desde el “deber ser” de la RMP, no es frecuente un intento de descripción epistemológica del mismo. Creo que la epistemología tiene algo que aportar en este sentido, con el fin de estudiar el fenómeno de la interacción médica tratando de desentrañar sus particularidades distintivas dentro del marco de los encuentros humanos.

Physician – Patient Relationship: epistemological windows

Abstract

This essay addresses the physician – patient relationship (PPR) question, central to medical practice, from some perspectives I consider relevant.

The matter has frequently been reflected upon from a normative standpoint -what the PPR “ought to be”-. Contrarily, the attempt to describe the PPM epistemologically is rare. I think epistemology has something to contribute here, in order to study the medical interaction phenomenon, trying to unravel its distinctive features in the framework of human encounters.

La cuestión de la relación médico-paciente (en adelante RMP) es un asunto de gran importancia, pues en torno a esta díada cuasientológica gira todo lo que se conoce con el nombre genérico de acto médico. Históricamente, los médicos han tenido en cuenta esta realidad; sin embargo, tanto en la práctica profesional cuanto en la formación de los futuros médicos, su consideración ocupa un lugar periférico de escasa importancia en comparación con los denominados aspectos científicos y tecnológicos de la profesión. Ocurre que la RMP tiende a ser menospreciada en el contexto del paradigma biomolecular imperante.

Cuando los médicos o los estudiantes de medicina tienen la oportunidad de comparar sus prácticas con las de los sanadores no canónicos, advierten que los éxitos terapéuticos y la popularidad de los mismos resulta frecuentemente explicada por la proximidad relacional que éstos logran con las personas que a ellos recurren. Esta proximidad, que a la vez es lejanía respecto de los planes científicos de salud, está fundada en una instrumentación aparentemente más adecuada de la relación humana y en prácticas de interacción más eficaces. Dada esta realidad, que por otra parte no

resulta novedosa, creo que la epistemología de la medicina está llamada a decir algo al respecto. Una visión desde la filosofía de la ciencia aplicada a la medicina y, en particular, al acto médico, resulta novedosa pues puede intentar efectuar esa visión mediante algunas ventanas que, a la vez, permitan ver con otros ojos esta vieja cuestión de la RMP y faciliten la entrada de nuevas luces y nuevos aires que refresquen la actividad diaria del médico.

Ahora bien, creo que las perspectivas desde las cuales se puede observar esta cuestión que nos convoca son innumerables, acaso infinitas. Mi propósito es proponer tres, a mi juicio importantes, que de ninguna manera pretenden iluminar definitiva ni concluyentemente el tema. Brevemente voy a intentar desarrollar las siguientes perspectivas, que denomino a propósito del presente trabajo: 1) Ventana Formal, 2) Ventana Fenomenológica y 3) Ventana Semiótico- hermenéutica.

Ventana Formal

Denomino de este modo a la mirada de las ciencias formales, en particular la lógica. ¿Puede ayudarnos la lógica a otear la realidad de la RMP de la manera que ha ayudado a conocer los fenómenos de la física?

Tanto la lógica como la matemática, ciencias formales, han brindado generosamente su metodología para desentrañar los misterios del macro y del microcosmos físico. En las ciencias biológicas y en las sociales su aporte ha sido de menor significación. En medicina, en particular en el aspecto interaccional que nos ocupa, aparentemente tienen poco que decir. Sin embargo, nos aportan un elemento significativo, la noción de función y de funtores.

La noción de función destaca la importancia de considerar partes en relación. A su vez, los signos matemáticos y los signos lógicos definen de qué se está hablando cuando ellos aparecen. El signo + (más) determina que la operación en cuestión es una suma, de igual modo los funtores lógicos determinan la negación, la conjunción, la disyunción, la implicación, etc. Los signos unen operativamente y esencialmente los factores que intervienen. Por ejemplo: “Llueve, si y solo si cae agua desde una nube”.

En el caso de la RMP el signo no convencional (-), el guión, denota la existencia de una díada inseparable. En “Médico-Paciente”, el guión esta funcionando a modo de ligadura. Ligadura que de no existir directamente nos dice que estamos hablando de cualquier otra cosa menos de la RMP. “Médico, Paciente”, “Médico: Paciente” o “Médico; Paciente” son modos que están expresando relaciones distintas, que nada

tienen que ver con nuestro tema. El pequeño guión tiene tanta importancia como para hacer que dos palabras representativas de dos modos humanos de estar, se vinculen constitutivamente en una relación. Lo que intento decir es que la lógica, en este caso elemental, nos sirve para afirmar indubitablemente que los componentes M y P de la RMP están ligados de tal modo que si el guión no existiera tampoco existiría la relación médico-paciente misma y lo que es más importante no existirían tampoco “médico” ni “paciente” como tales. Tanto “médico” como “paciente” adquieren existencia en la relación, uno está en función del otro.

Quizá lo dicho pueda ser tomado como una torsión extrema de la cuestión; se podría decir: “la cosa es más sencilla”, “no es necesaria una reducción de ese tipo”, etc. Es cierto; sin embargo, la presencia del functor (guión) pone en evidencia la relación en toda su magnitud e importancia y define el modo en el que la cuestión de marras va a ser tratada en lo sucesivo en el presente trabajo.

Ventana fenomenológica

Vamos pues a las cosas. Esta premisa, típica del pensar y decir fenomenológicos, nos permite asomarnos a otra ventana, esta vez intentando ver directamente cómo se puede describir la cuestión de la RPM. Es propio de esta perspectiva el intento de mirar directamente las cosas, sin hacer demasiadas consideraciones metafísicas ni históricas al respecto. La RMP es eso que vemos cuando se da que un ser humano recurre a otro en busca de ayuda o consejo médicos.

Podemos decir, en primer término, que se pone de manifiesto un sistema humano. La RMP se patentiza en un tiempo/lugar determinados, constituida por los individuos interactuantes, con una finalidad expresa.

Como en cualquier sistema, el todo representa más que la suma de las partes, la RMP se muestra como una entidad fugaz en la que se lleva a cabo una interacción bilateral y recíproca, en la que los fenómenos de retroalimentación son frecuentes y esenciales. La interdependencia y el diálogo son moneda corriente. Toda manifestación conductual en este contexto tiene características comunicacionales. No resulta posible que se haga o se deje de hacer algo que resulte intranscendente, todo tiene importancia en mayor o menor medida. Los aspectos interaccionales que se ponen de manifiesto de modo consciente o inconsciente, se expresan mediante el lenguaje hablado y mediante el lenguaje corporal. Consecuentemente, todos los ingredientes de la razón y de la

pasión humana se ponen en juego en la interacción del binomio, a saber: vanidad, comodidad, prestigio, dolor, lucha por el poder, paciencia, mezquindad, generosidad, egoísmos, en fin, las grandezas y bajezas de los hombres.

No se puede entrar al mundo de los sistemas humanos sin considerar que con ello se entra al mundo de la causa imprecisa y de la consecuencia aproximada y aleatoria, al mundo de la probabilidad y de la indeterminación. Se conforma un espacio común de libertad condicionada y de responsabilidad punible que adopta las características de una intrincada y polifacética trama. Esta compleja red de relaciones se recicla y actualiza en cada encuentro del médico con el paciente de modo que la narración de la historia común permite y enmarca a la vez el renovado vínculo. En definitiva, podríamos aceptar que este modo de interacción humana, como todos, posee características de aprendizaje compartido y bipolar.

No decimos nada nuevo; lo descrito es la realidad, claro que diferente de la consideración paternalista y de unilateralidad compasiva con que tradicionalmente se aborda la RMP.

En segundo lugar, la RMP es un fenómeno de “acción comunicativa” al estilo de lo descrito, en otro contexto, por el filósofo Jürgen Habermas. Dentro de ese marco se afirma que la posibilidad de una descripción cabal de la misma sólo se puede efectuar desde dentro. Lo que para un observador externo es un simple rumor o un juego de intercambios comunicativos con sentido incierto, es para los constituyentes la trama y el drama real que los compromete. Sólo entre las cuatro paredes de un consultorio, un quirófano o una habitación de internación, se tiene noción cierta de las características particulares de cada interacción. Lo dicho implica que sólo siendo un participante activo del vínculo médico-enfermo podemos ser capaces de efectuar una descripción de cada encuentro.

Podemos postular que toda RMP puede ser mejor entendida desde una posición de metacomunicación. Esto es, comunicando los participantes acerca de su propia comunicación.

¿Qué significado puede tener tal observación? Uno de gran importancia para el médico, a saber: es él mismo quien puede reflexionar acerca de las características de cada encuentro con los pacientes, quien puede sopesar los aciertos y los fracasos en la relación. A la pregunta de un médico acerca de qué es la RMP se podría responder: eso que usted con su paciente dicen/hacen cuando se encuentran. En el acto metacomunicativo está la clave de la optimización de la RMP.

El acto médico podría considerarse en realidad un espacio vedado al observador externo que no comparte los códigos, los modos, las alianzas, las complicidades, los enfrentamientos. Todo esto carece de sentido completo desde fuera.

Quien se dedica a la profesión y está acostumbrado a los encuentros fugaces, muchos de ellos de pasillo de hospital, quienes se encuentran habituados a la consulta rutinaria de patología repetida con terapéutica reglada o protocolizada, naturalmente dejan de lado y menosprecian a menudo lo que venimos considerando. Es comprensible que enfrascados en el ajetreo de la actividad diaria, cuestiones como las que venimos considerando parezcan arabescos y retruécanos delirantes de pensadores con tiempo. Es verdad. Sin embargo, lo dicho en este trabajo tiene plena vigencia y las características de la RMP compartidas hasta ahora son absolutamente reales.

En cada encuentro entre un médico y un paciente sean cuales sean las coordenadas de espacio-tiempo, se hace patente este sistema humano de características tan particulares que hemos dado en llamar RMP. Podrán haber consideraciones acerca de la calidad de los encuentros que los médicos hemos sido llamados a compartir con nuestros pacientes, pero que las características de los mismos expresadas mediante esta ventana llamada fenomenológica se producen, es una cuestión incontrovertible. Los médicos debemos hacernos cargo de eso.

Ventana semiótico-hermenéutica

El hombre es un signo, su estar en el mundo forma parte de un proyecto; sus acciones y omisiones son siempre portadoras de sentido. Desde el mismo momento en que el hombre ingresa al mundo éste se le presenta como un lugar significativo. El hombre ingresa simultáneamente al mundo y a la cultura. Podría decir directamente que el mundo del hombre es la cultura. El primer grito del ser humano no sólo está dado en el contexto físico de una sala de partos, sino en el medio cultural que esa misma sala de partos representa. El hábitat del hombre no sólo es el mundo, sino el mundo de los hombres.

En ese contexto significativo es en el que también se produce la relación médico-paciente con sus peculiaridades, así como todas las otras relaciones de las que participamos.

Cuando el médico y el paciente se comunican están siempre haciendo realidad esto de transmitirle algo a alguien. Se conforma una tríada de significación compuesta por ese algo a que se hace referencia (la enfermedad), comunicada por quien la padece y

la interpreta a un alguien predisuesto a la consulta que a su vez efectúa una nueva interpretación, es decir, le da su significado. En la interacción humana esa cadena de significación es interminable; se conforma de este modo una espiral ascendente de interpretación que, en el caso particular de la RMP intentaría una aproximación y sólo eso, a la univocidad interpretativa del relato del paciente. El objetivo de la comunicación en la RMP es que ambos participantes hablen lo más aproximadamente posible de lo mismo.

Cada ser humano es un intérprete privilegiado de su propia enfermedad. Los procesos morbosos son reinterpretados por quien los padece. La enfermedad es en realidad la interpretación de la misma por parte de su portador. El médico debe estar advertido de esto si pretende que su diagnóstico y sobre todo la terapéutica instituida sean acertadamente personales. Las personas interpretan sus signos, los resignifican. Sucede, no está de más aclararlo, que el médico es asistente de personas, no de síntomas, síndromes o enfermedades.

La perspectiva semiótica incluye considerar los aspectos sintácticos, semánticos y pragmáticos de la RMP. A pesar de compartir generalmente, ambos participantes, los rasgos de la misma cultura, son frecuentes los malentendidos y los errores básicos de interpretación. El aspecto sintáctico focaliza su atención en la gramática, es decir en el respeto de las leyes que permiten la buena construcción de las frases dichas. El semiótico atiende las cuestiones relativas al sentido de las palabras y los discursos. Finalmente, la pragmática tiene que ver con el uso práctico de las sentencias en un momento/lugar determinado. Los tres son aspectos de la comunicación que deben ser tenidos en cuenta a la hora de intentar efectuar la interpretación. Acaso sea el médico el que deba poseer fundamentos de semiótica que lo capaciten a generar entre él y su paciente el ámbito de saludable entendimiento esencial para un buen diagnóstico y una eficaz terapéutica.

Todo lo que se encuentra involucrado en la RMP tiene carácter simbólico, todo está cargado de sentido. Es conveniente aclarar, por lo tanto, lo que quiero significar con “todo”. Con esa expresión digo: la vestimenta, el entorno edilicio, el lenguaje utilizado, el tiempo empleado, las posturas corporales, los énfasis, la camilla, el tensiómetro, la higiene, los ruidos, para nombrar sólo algunos aspectos a ser considerados. El paciente, y eso lo sabemos bien por nuestra semiología (la médica, no la lingüística), es un signo; pues bien, nosotros también lo somos para él.

La hermenéutica es la ciencia de la interpretación. Mediante ella nos aproximamos al mundo despojados de la pretensión de conocer la verdad última. Acaso logremos conseguir, con sentido, una aproximación útil a una verdad operativa. No significa esto la renuncia escéptica al logro de la verdad; por el contrario, se trata de rigurosidad científica, de humilde reconocimiento de la falibilidad y provisoriedad de nuestros conocimientos, de apertura a la intersubjetividad, en fin, de fidelidad al modo humano de conocer. Estoy convencido que mediante el transitar genuino por esta senda seremos sorprendidos por la verdad.

Es evidente que tenemos que vérnosla con nuestra interpretación de la enfermedad y del paciente, no con la verdad. Nuestros propios conceptos referidos a la enfermedad, al enfermo y a nosotros mismos son interpretaciones más o menos verosímiles. Debemos ser conscientes que ejercemos nuestra profesión con recursos cognitivos que responden a modelos instituidos, carecemos casi por completo de originalidad. Asumir la RMP como ocasión reinterpretativa, como novedad, puede ayudar a que descorramos el velo de la cotidianidad que nos ciega y rutiniza. Nuestra mayor aspiración hermenéutica consiste en un ir despojándonos de prejuicios para lograr la mejor interpretación posible de la necesidad propia y la de nuestros pacientes.

Concluyendo

La RMP, quizás como toda interacción humana, se encuentra en el terreno común de la necesidad humana. Los hombres vivimos en el imperio de la necesidad, es una muestra de honestidad aceptarlo. Nuestros pacientes concurren a nosotros en necesidad, de manera similar nuestra placa en la puerta del consultorio anuncia nuestra propia necesidad. ¿Cuáles fueron los genuinos motivos que nos llevaron a elegir esta bendita profesión? Es posible que no podamos responder en verdad esta pregunta.

El ser humano está sediento de completud, sus carencias acaso puedan sintetizarse en una: su imperiosa necesidad de encontrarle un sentido cabal a su vida, de lograr satisfacer esta especie de orfandad que siente mientras transita este mundo. Nuestra cultura nos protege a modo de tienda de campaña mientras somos impelidos por nuestra insaciable apetencia de una casa, de nuestro hogar.

La RMP es uno de los modos que tenemos de no sentirnos tan solos, quizá uno de los más explícitos y por lo tanto más dramáticos. La RMP intenta ser una respuesta balsámica a nuestra necesidad, acaso sea uno de los modos en los que logramos respirar ese aire de familia que tanto necesitamos.

Amar es compartir la tienda de campaña. Amar es escucharte hoy porque escuchándote me escucho, amar es abrirte la puerta porque de ese modo me la abro. Amar es dártelo todo porque nada es mío.

Quizás después de mirar por estas ventanas las próximas anginas nos resulten algo diferentes a las que vimos anteriormente. Que así sea.