

EL ENCUENTRO: MOMENTO DE APERTURAS.

Hay dos días importantes en la vida de una persona: el día que nace y el día que descubre para qué.
(Mark Twain)

Marionsini Ricardo, 2019.

INTRODUCCIÓN.

La medicina no solo es una profesión de interacción humana “intersubjetiva”, sino que, además, es más compleja que la aplicación de reglas científicas (Naylor), está basada siempre en la incertidumbre (Rosenfeld), mezcla del arte de la incertidumbre con la ciencia de la probabilidad (Osler) y aboga por el equilibrio entre la evidencia y la experiencia (Martin-Granizo).

Pérez Tamayo, ha propuesto considerar que “la medicina no es ciencia y, quizás, tampoco arte, sino un espacio para que el encuentro humano colabore en la superación del sufrimiento, utilizando los mejores recursos de la ciencia y del arte”.

La idea de cómo el hombre enferma, por qué enferma, cómo su historia y su conducta inciden en el proceso de enfermar, se presenta desde siempre como una polémica fascinante.

Desde sus orígenes la medicina, ha oscilado entre dos tendencias opuestas en cuanto a sus concepciones de interpretar al padecimiento o la enfermedad. La primera, está fundamentada en el análisis específico, mecanicista basado en evidencias que busca minuciosamente, por la fisiopatología, la justificación del síntoma y la lesión anatómica (procedimiento analítico) y, la segunda, concibe al padecimiento o enfermedad como una reacción global de la persona a su ambiente -desadaptación-estrés (procedimiento narrativo).

Hoy sabemos que una enfermedad es una interrupción biológica y narrativa (biología y biografía), que tiene un *significado* y que la clínica no puede ignorarlo ni desconocer su origen. El significado y la experiencia afectiva permiten sentido a los estímulos que percibimos; está en nosotros la forma de cómo lo procesamos y la carga emocional que le ponemos a las situaciones del entorno (una interrupción biográfica, genera de manera inevitable una interrupción fisiológica).

Comenzamos a mencionar el término “adaptación”, que se refiere a las adecuadas o inadecuadas, coherentes o incoherentes respuestas a las exigencias del medio, y a la conexión operatoria o inoperante del sujeto a la realidad. Los límites adaptativos son individuales y no siempre constantes, dado que, las diferencias cuantitativas y cualitativas entre personas obedece a la genética, rasgos de personalidad, neuroplasticidad, características del estímulo y al contexto en el que vive el sujeto.

Necesitamos una transformación en nuestras ideas y categorías de pensamientos sobre nuestra profesión, dejar atrás el modelo biomédico y pensar en un modelo integrador biopsicosocial. No debemos rechazar evidencias y procedimientos tecnológicos, pero sí, entender que la mirada causal de una enfermedad es **más amplia**. Es imposible tener una perspectiva integradora que nos ayude a resolver problemas, sin comprender “la historia completa” de lo que asistimos en nuestros consultorios. Este desconocimiento suele generar respuestas inapropiadas, prácticas ineficientes y mutua incompreensión condenando a muchos enfermos a la expulsión del estrecho campo del conocimiento disponible. No hagamos transacciones, necesitamos hacer interacción comunicacional intersubjetiva clínica.

ANTES DEL ENCUENTRO.

En la entrevista, existen roles que no es lícito sustituir, pero es oportuno entender las responsabilidades que cada uno debe llevar a ese encuentro.

Para el médico. Este debe saber que:

- Asiste a personas, no a poblaciones.
- Examina “cuerpos vividos” con historia de vida (memoria-narrativas, emociones, afectos, creencias), no variables fisiológicas (datos).
- Recibe padecimiento humano que no siempre “encajan” en las categorías que el conocimiento científico nos propone para clasificarlos, e intenta tratarlos en función a las evidencias.
- La atención y la concentración son virtudes fundamentales en la entrevista.
- La narrativa no puede ser sustituida por las variables, éstas, se deben integrar.
- Los enfoques o métodos reduccionista deben ser revisados o reflexionados.

- Fragmentar a nuestro paciente, es un error, porque cada uno está viendo una porción de la realidad y cree ver la totalidad del fenómeno que analiza.
- Debe ser crítico con lo que se le ha inculcado si quiere evolucionar y crecer en la verdad. Se suele ver lo “falso” como conocimiento.
- Necesita comprender el sufrimiento y hacer preguntas.

Para el paciente. Éste debe saber que:

- Tiene que exponer la verdad.
- Toda información recibida por los medios, variables aritméticas por aplicaciones, no dicen quiénes somos, qué sentimos o cómo estamos. Son solo datos que no producen conocimiento.
- Entender que el “significado” solo puede ser captado por alguien, un sujeto, y no por algo, un método.
- Nuestros sistemas orgánicos tienen fortalezas y debilidades y esto da una condición previa (biología pre disponente – vulnerabilidad adquirida o genética).

Ambos, deben saber que:

- No hay enfermedad, sino enfermos.
- La sucesión de circunstancias es lo que lleva a enfermar (Rudiger Dahlke).
- Los recursos tecnológicos son importantes y deben ser integrados.
- La información contextual, no verbal, expresiva y emocional solo es recibida en la entrevista cara a cara.
- La información no alcanza, hay que saber qué hacer con ella.
- El valor de la información está en su relevancia y no en su abundancia.

RELACIÓN PACIENTE-MÉDICO.

“Soy un sujeto con formación científica médica, que paso a ser médico si tengo frente a mí un sujeto con padecimiento”.

La medicina actual ha alcanzado un extraordinario desarrollo científico-técnico y se encuentra en el umbral de una potencial revolución a través de la confluencia de la genética, manipulación celular, la nanotecnología, los biosensores y la informática.

La especialización médica profundiza el conocimiento del órgano o sistema alejándonos del concepto de integración como una unidad funcional. En cambio, no ha sido similar el desarrollo de la ciencia en la comunicación paciente-médico.

En muy contadas ocasiones recibimos lecciones respecto al proceder en una de las acciones elementales de nuestra profesión. Sin dudas, los programas formativos y de posgrado tienen contenidos escasos de conocimientos inherentes a la comunicación.

Por mucho tiempo se consideró que quienes iniciaban esta carrera universitaria debían traer consigo como patrimonio de sus características personales, la virtud necesaria para tolerar, saber escuchar y relacionarse con el paciente.

La comunicación como tal, configura un proceso, porque varía con el transcurrir del tiempo, constituyendo una instancia dinámica, en permanente interacción, transformación y retroalimentación. Cada individuo tiene un discurso público (lo que se expresa verbalmente), un discurso privado (se piensa, pero verbalmente no se dice) y un discurso oculto (ni siquiera él conoce que existe). No contar con las habilidades para poder conocer lo privado del proceso comunicacional y acceder a lo oculto es, en cierta manera, privarnos de muchos elementos de importante valor para el armado final del diagnóstico.

Pocas veces arribaremos al conocimiento acabado de la personalidad de un enfermo, y debemos entender que, en ocasiones, la manera del comportamiento de un sujeto es producto de estímulos momentáneos de la vida. Otras veces, es el resultado de nuestros prejuicios y en algunos casos, el sujeto reúne características que nos lleva a interpretar que es su forma de ser (ser ansioso o estar ansioso o creer que es ansioso).

Existen dos instancias de la entrevista que son consideradas consecuencias no controladas: **efecto placebo- efecto iatrogénico**. Estas situaciones que, si bien son conocidas por parte del profesional, y hasta, en parte, previstas por él, aun se ignoran sus causas íntimas y la magnitud que desarrollan en cada caso en particular.

Conocemos que existen mejorías que no pueden atribuirse a las medidas terapéuticas prescritas o a las acciones médicas instauradas, pero sin embargo

pueden darse por la confianza al médico y a la medicación que prescribe, la creencia de estar protegido. También sabemos de empeoramientos evolutivos que no pueden adscribirse a los mismos factores citados.

Independientemente de su verdad teórica, empíricamente se estima que una actitud cálida, comprensiva, asertiva, ayuda al profesional en el logro de efectos placebo, esbozando una hipótesis que involucra al sistema inmunitario en su relación con el sistema límbico y la secreción de sustancias moduladoras.

La realización de aseveraciones o gestos excluyentes, dogmáticos o inapropiados a la sensibilidad del paciente, o aventurar diagnósticos que no se encuentren cuidadosamente respaldados, o comunicarse con lenguajes demasiados técnicos o explicaciones desmesuradas, son factores involucrados en los efectos iatrogénicos.

Conociendo, aunque solo sea someramente, las particularidades del proceso de comunicación, podemos intentar describir dos estilos corrientes de entrevista:

1. La directiva.
2. La cooperativa.

Ambos estilos **no** son excluyentes, por el contrario, son complementarios, y es el médico el encargado de seleccionar su secuencia durante la entrevista.

La primera, se relaciona con la urgencia, con la consulta por síntomas muy específicos (dolor de garganta), centrado en la enfermedad y como foco el efecto y causa. El platillo del médico tiene más peso que el correspondiente al paciente e intentará, en el menor tiempo posible, convalidar su hipótesis y establecer la terapéutica.

La segunda se utiliza con mayor frecuencia cuando el médico desea conocer aspectos relacionados con el comportamiento, la biografía y las creencias del paciente. Se pone foco en la persona y su relación.

El médico otorga tiempo al paciente para que se explaye en sus respuestas, estudia sus silencios y modulación de las palabras, los contenidos ostensibles del discurso, establece una relación motivado por la comprensión y acercamiento para poder lograr que nuestro paciente, describa sus temores, evidencias conflictivas y sus estados de ánimo. Uno de los objetivos es recuperar el relato de la vida de los pacientes. Este entrenamiento implica una apertura: expandir nuestro análisis del discurso de los

pacientes, la forma de escucharlos y, lo que también es crucial, elaborar nuestro propio discurso.

Saber escuchar y usar un lenguaje adecuado son los principios básicos para una comunicación eficaz, no interrumpir el relato del sujeto es de suma importancia. Estar atento, concentrado y respetar, a quien nos está contando su padecer, lleva a no generar impaciencia en el dialogo. Hacer las preguntas en tiempo y en forma es mostrar que nuestra predisposición es plena y da seguridad de una comprensión exacta (comprender el sufrimiento).

Es muy importante el contacto visual y una buena disposición corporal al asistido, ya que esto permite no solo detectar gestos y actitudes útiles, sino, además, brindarle al sujeto importante contención de su dolencia.

Usar comentarios positivos, permite disminuir las preocupaciones del sujeto, lo que brindará una mejor escucha de la oratoria del médico y animará al paciente a no dejar preguntas o comentarios de cómo interpreta nuestro mensaje sobre el diagnóstico de su afección.

El médico, debe enseñar a convivir con la enfermedad.

Evitar adivinos es extremadamente importante, aleja dudas y no crea inseguridades en el desarrollo de la consulta. Además, se debe evitar una comunicación con verbosidad, inoportuna, insuficiente, entrecortada o con doble mensaje, porque, generalmente, se hace incomprensible o poco clara.

Las conclusiones siempre son al final, con sustentos claros para demostrar objetividad que nuestro diagnóstico es correcto.

COMO SE LLEGA A LA CONSULTA.

Es necesario comprender que el "*síntoma*" es un elemento de valoración subjetiva basado en la interpretación que le da el propio sujeto. Es la señal que atrae la atención y energía del sujeto, porque el individuo solo puede comprender lo que le resulta aprehensible, le es imposible asumir conscientemente los principios que no hayan descendido en el cuerpo.

El síntoma es portador de una información, la expresión visible de un proceso que ocasiona la sensación de una pérdida del equilibrio. Denota un defecto, que algo falta,

es una voz, una alarma. Su aparición ocurre en cualquier fase de una enfermedad (conflicto-reparación).

Esta manifestación, puede exteriorizarse en un individuo de una manera y en otros de manera diferente, aún proviniendo de la misma falla del funcionamiento psíquico; y se justifica por la complacencia somática, entendiendo la salida del síntoma por el lugar orgánicamente más débil del sujeto.

Todo síntoma que aparece en el plano somático tiene su “modelo analógico” en el plano psíquico. Es un conocimiento que percibimos por alteración de una función y lo podemos analizar, interpretar o justificar a través del camino de la fisiopatología, o por el camino del psicoanálisis (clave de una inervación deformada, sofocación de un afecto que es aquello que no ha querido experimentar conscientemente).

¿Cómo explicamos el síntoma sin disfunción fisiológica, sin organicidad o el síntoma medicamente inexplicable por la medicina tradicional? El modelo biopsicosocial postula que no tiene sentido dividir a los síntomas en funcionales y orgánicos. Todo síntoma está compuesto por dos elementos: una sensación periférica (componente perceptivo) y una elaboración cortical cerebral de esa sensación (componente reactivo).

Ocurre también, que el sujeto llega por “*un síntoma específico*” y al terminar el interrogatorio de la consulta tiene más de un síntoma. Ante esta situación, nos preguntamos:

¿No los advirtió?

¿No interpretó esas molestias como síntomas?

¿Son parte de su funcionamiento diario?

¿Cuál de todos los síntomas es el más importante?

¿El síntoma es parte de un espectro-enfermedad?

EL DIAGNÓSTICO.

El *diagnóstico* etimológicamente sirve para distinguir, diferenciar, separar, conocer y juzgar las enfermedades.

El diagnóstico es un instrumento indispensable para la buena atención de quien nos consulta. Es útil si hay algo que podemos hacer a partir de haberlo formulado y tiene

una fuerte ideología científica que puede no ser coherente con lo que piensa el asistido.

Esta ideología científica es solo una teoría, que, aunque supongamos que es la mejor y que es la que nos permite una buena práctica, no deja de ser una teoría.

A poco que hagamos un recorrido histórico recordaremos los cambios que han sufrido las teorías científicas y, es por eso, que no tenemos el derecho de imponer nuestra ideología a nuestros asistidos.

Es fundamental recordar que el paciente es el dueño de su cuerpo y de su vida y que el personal de salud involucrado, es el técnico que está en condiciones de sugerir soluciones, pero que deben ser discutidas para obtener su aceptación.

El diagnóstico siempre es tripartito:

1. diagnóstico de enfermedad.
2. diagnóstico de estructura de personalidad.
3. diagnóstico de situación.

El diagnóstico de enfermedad lo aprendemos en la carrera de medicina con todos los detalles que lo incluyen en las clasificaciones nosológicas, y no es el objeto de esta escritura.

El diagnóstico de estructura de personalidad está planteado fundamentalmente en términos de saber a quién tienes enfrente. Las diferentes maneras que los sujetos sienten o viven la enfermedad, sus miedos, prejuicios, creencias, aspectos reprimidos, inconscientes y no integrados a la situación son diversos.

Estos conocimientos permiten esperar con mejores expectativas el cumplimiento de las estrategias que se propongan.

Algunas frases del consultorio son tan elocuentes y significativas que nos permiten apreciar el lenguaje, cultura, nivel intelectual o vocablos particulares, pero todas aluden a problemas inherentes al hombre y a los modos de vivir la enfermedad.

Frases:

“Se me junto la máxima con la mínima”.

“Mi presión es nerviosa”.

“Cuando tengo alta la presión se me suben los calores”.

“Y, ¿Qué tendría que decir yo? ...tengo la mínima más alta que la máxima.”

“Yo deje las pastillas porque me sentía tan bien...”
“Me encontró alta la baja...que raro! Y eso que no comí nada.”
“Lo mío son nervios internos”.
“Los análisis me dan bien, pero yo ando cada día peor”.
“Nunca me encuentran nada. Nadie me lleva el apunte”.
“A mí lo que me engorda son los nervios”.
“Repito todo lo que como”.
“¿Qué quieres? Con la vida que me hace llevar ese...”
“Tengo algo metido aquí adentro y no lo puedo sacar”.
“La sangre espesa viene de familia”.
“Para mi tiene esclerosis...dice cada pavada y no quiere ir al médico”.
“La que me cuido soy yo...el que no tiene nada es él...”
“No sé cómo me fue a venir esto...Si yo nunca tuve colesterol”.

INCOVENIENTES DEL DIAGNÓSTICO.

Son múltiples los cambios cuando una enfermedad acaba de llegar.

El *diagnostico* no es un destino, ni tampoco permanente, puede cambiar debido a errores de quien lo formula o modificar su pronóstico debido a progresos técnico imprevistos. El paciente accede a la teoría que sustenta el médico y no a una verdad revelada.

El concepto de *vivencia* significa aquel tipo de relación inmediata en que entra, o puede entrar el sujeto con ciertas objetividades, algo revelado en el complejo anímico, dado por la experiencia interna. Esta teoría estará basada en las vivencias de la enfermedad que tiene el paciente, no solo en el dolor, el impedimento o la molestia por lo que viene a la consulta, sino también, en los aspectos emocionales que se ponen en juego relacionados con su biografía, con su personalidad y con su entorno.

La sospecha o la irrupción de una enfermedad producen un desequilibrio general en quienes la padecen, en su medio familiar y, en alguna medida, en su entorno más amplio.

Las personalidades bien estructuradas pueden recuperar o mantener el equilibrio en medio de vicisitudes del desarrollo de una enfermedad por tener incorporados recursos de afrontamiento, de adaptación o de acomodación, que le permite realizar

un proceso positivo de esta nueva situación en su vida. El mundo interno del sujeto esta preservado, hay pena, necesidad de curación y reparación. Se puede pensar en los caminos a recorrer para conseguir las modificaciones que lo llevaran a un estado saludable. A pesar del dramatismo con el que se derrumba la estabilidad inicial, esta desilusión es saludable.

La relación con el entorno está también preservada, aunque haya una disminución del interés, el sujeto acepta ayuda de quienes pueden proporcionársela.

En un primer momento, existe una carencia de respuesta emocional frecuentemente con un sentimiento de irrealidad y una incompleta aceptación. Posteriormente, gran tristeza. Los síntomas somáticos de la ansiedad son frecuentes. Aparecen dificultades del sueño y disminución de apetito. Esta situación presente no es más que una historia potencial de aprendizaje donde el protagonista aun no ha encontrado la forma de llegar a un desenlace feliz.

Por último, los síntomas calman y todos los días se va retornando a las actividades normales.

Sin embargo, existen otros sujetos con menores recursos que no logran soportar esta carga y su estructura deja organizada circuitos psicopatológicos que producen reacciones emocionales, representaciones mentales y conductas vinculadas a esta pérdida. La enfermedad instala en el paciente una pérdida de interés por el mundo externo. Generalmente, aparecen reproches, se carga con sentimientos de culpa y proyecta lo que padece sobre quienes los rodean. Toda la energía del paciente parece estar acaparada por lo relacionado con la enfermedad. Las fantasías de la muerte comienzan a estar presentes y no acepta la posibilidad de un restablecimiento total, aun confiando en su médico y observando clara mejoría de su estado. El mundo interior está vacío y agotado, por lo que necesita un trabajo terapéutico que intente resolver los nudos psicológicos que se ataron o desataron con el padecimiento físico.

¿CÓMO TRANSFERIR LO QUE PENSAMOS?

Debemos saber que la oratoria debe ser precisa, ordenada y en términos positivos. No debemos olvidar qué lenguaje es el apropiado para mi paciente (barrera comunicacional). Éste puede llegar con información (Google u de otro facultativo) y, lo

mejor que podemos hacer es conversar acerca de esa información que ha obtenido y ayudarlos a jerarquizarla y a ponerla en contexto con sólidos fundamentos.

La creencia del sujeto es un gran desafío, las personas tenemos creencias con distintos niveles de verdad, y en función de esas creencias son nuestras conductas. Tanto las *creencias* personales, familiares como las culturales dan “verdadero” el conocimiento o la experiencia que tienen acerca de un hecho (pre concepto) y debemos esforzarnos para poder revertirlo. Ejemplo: *“No voy a tomar nada para el colesterol, lo bajo con dieta y caminatas”*; *“No quiero tomar pastillas para los nervios, yo solo puedo controlarme, producen acostumbramiento”*.

Seguramente, iniciamos la transferencia de nuestro análisis por la esfera biológica, su problema, su tratamiento, su evolución y creemos terminar con nuestra función y haber cumplido satisfactoriamente la demanda. Pero hay dos aspectos que son importantes de tener presente desde el inicio, que es valorar la repercusión que tendrá la “transferencia diagnóstica”: los aspectos psicológicos y sociales del paciente. Estos aspectos secundarios para algunos diagnósticos, siempre son importantes.

En general, nuestros pacientes llegan sin cultura médica, donde la noción de vida se empieza a sentir amenaza, hasta pensar en su muerte. Pueden relacionar su diagnóstico sin observar diferencias con situaciones, recuerdos de familiares o amigos, que un día a partir de una consulta enfrentaron dificultades e incapacidad en sus acciones de vidas.

Por sentirse enfermo, el sufrimiento emocional, social, espiritual o físico lleva a reacciones de ansiedad-depresión-obsesiones-negación e interferir en el proceso para su recuperación médica y convivencia familiar.

Los cambios en los comportamientos buscan conductas que muchas veces quisieron tener y no pudieron tanto en el ámbito laboral como familiar. Dominar el ambiente para que lo atiendan, limitar su trabajo, evitar eventos sociales justificando su incapacidad, responsabilizar a otros por su afección o regresar a etapas en busca de sobre protección.

Todos sabemos que se inician cambios a partir de una enfermedad, con impedimentos para cumplir con los requerimientos físicos o psíquicos. Muchas veces, podemos sentir interrumpida la carrera laboral o profesional y encontrar dificultades en los ingresos.

Los conceptos esquivos o equivocados, llevan a una preocupación indebida, a una negación de la realidad y no permiten colaborar. Cierta vez, una mala comunicación es el comienzo de una enfermedad iatrogénica médica o una pérdida de confiabilidad.

CONCLUSIONES.

El modo en que entendemos los problemas determinan en parte las respuestas que escogemos para solucionarlos. El error es posible y es más frecuente de lo que creemos. El creer saber automatiza nuestras acciones diariamente.

La organización de nuestro psiquismo señala un funcionamiento y permite prever el modo de interpretar o analizar la información.

Los médicos somos humanos, las limitaciones de nuestra memoria inmediata, la falta de información o la incertidumbre acerca de las consecuencias de nuestras acciones provocan que recurramos de forma sistemática a atajos mentales ("sesgos heurísticos" según la psicología cognitiva). Estos son utilizados para simplificar la solución de problemas y para realizar evaluaciones en función de datos incompletos y parciales, generar distorsiones, juicios equívocos, interpretación incoherente o ilógica sobre el fundamento de la información.

El camino de selección, comprensión, interpretación y aplicación de la información (verdad-plausible-creíble) suele dividirse y tomar "procesos cognitivos diferentes". Por vía de la intuición (menor elaboración), llegar a la estación del creer saber, o por la vía de un proceso analítico y evidencias (mayor elaboración y exigencias en el proceso), a la estación del saber (conocimiento).

Creemos que somos capaces de ver la realidad tal como es, de pensar según reglas lógicas y de extraer conclusiones sustentadas en los datos epidemiológicos, pero eso es una ilusión. Las estadísticas mencionan que el 80% de nuestras consultas no tienen diagnósticos específicos, entonces, si es así:

¿Podemos entender lo que pasa?

¿Podemos resolver los problemas?

¿Tiene sentido lo que estamos haciendo o necesitamos nuevas categorías clínicas porque todo ya cambio?

Sin embargo, si de verdad deseamos lograr una mejor medicina, basada en la ciencia y en el respeto a la salud como un derecho que nos asiste a todos, tenemos la necesidad de romper definitivamente con el paradigma predominante de una medicina jerárquica, poco dada a la discusión y a la justificación de las decisiones clínicas.

El médico debe incorporar medicina narrativa y evolutiva para enriquecer y hacer más completo y suficiente el proceso del diagnóstico y poder diferenciar anomalías de defectos.

La medicina basada en evidencias es positiva con una adecuada aplicación, siempre integrando sus resultados al contexto del paciente, para alcanzar nuevos niveles de probabilidades que no suponen que sean verdades absolutas.

Quizás el mayor problema al que se enfrenta las ciencias académicas es que lo que es medible a menudo no es relevante, y lo que es relevante a menudo no se puede medir (Paco Maglio).