ARTÍCULO DE OPINIÓN

La narrativa en la relación médico-paciente

Narrative in the Doctor-Patient Relationship

JORGE C. TRAININI

¿Qué es *ser* médico? Y aquí, el decir *ser* médico no incluye solamente la utilización de la técnica médica de acuerdo con el conocimiento imperante. En contra de la sentencia de "se *es* médico", en donde queda excluido el resto del *ser*, en el médico se debe complementar el arte de su técnica –definitivamente es un arte, porque cada enfermo es una única escultura a modelar– con las demás proposiciones que involucra no solo *ser*, sino también *deber ser*. Y este *deber ser* implica que el médico honre a la profesión, más allá de sus conocimientos y honores. Y compromete imbuirse del consabido "factor humano".

En esta sociedad médica positivista y materialista, organicista desde lo técnico, este paradigma debe cambiar hacia otras facetas del pensamiento. Somos lo que el estado cultural de la sociedad nos deja ser. Romper este postulado ha sido siempre en la historia del hombre una proeza. En medicina, hemos edificado nuestro accionar basado en los últimos tres siglos de positivismo e iluminismo. Funcionamos con este método de enseñanza y excluimos de nuestro pensamiento lo inductivo (principio esclarecedor en ciencia), volviendo siempre sobre los postulados mecanicistas. El factor humano –principio elemental y básico de la medicina– quedó relegado a la intimidad del médico, sojuzgado por el sistema mecanicista.

El *curriculum vitae* de la enseñanza da conceptos que no permiten salir de este, a modo del teorema de la incompletitud de Gödel, a riesgo de una falta de entendimiento con lo instituido. Así, el factor humano se fue replegando detrás de las empresas médicas, de las industrias farmacéuticas, de la tecnología. No basta con el pensamiento ni con el lenguaje para transmitir conocimiento, se necesita de la acción humana para el aprendizaje. Es preciso establecer texto y contexto sobre el hecho práctico de un enfermo inserto en una sociedad, en una cultura.

Con el racionalismo del siglo XVII y el positivismo del XIX se edificó el aprendizaje médico, hoy profundamente imbuido de estos movimientos. Lo que trabajó la ciencia desde otros campos, como la filosofía, la antropología, la ecología, la psicología del subconsciente, la física, la sociología y la logoterapia, poco influyó en la medicina que hoy se enseña en los claustros universitarios.

Todo esto sucede en un momento de la historia en que, por primera vez desde el inicio de la revolución industrial (Inglaterra, siglo XVIII), abandona los grandes relatos. El progreso se evidenció gradualmente inadecuado para avanzar sobre el humanismo y, por ende, terminó excluyendo al factor humano en la medicina. Este periplo nos deposita en la posmodernidad, con una situación grave para la condición humana, que llevó a filósofos posestructuralistas como Michel Foucault (1926-1984), Jacques Derridá (1930-2004) y Gilles Deleuze (1925-1995) a hablar de "la muerte del hombre". Se pierden los grandes relatos y el mundo se mimetiza. Es el triunfo del Iluminismo al que aludía Theodor Adorno (1903-1969) en su *Dialéctica negativa*. El médico debe asimilar que la conciencia humana es algo diferente de los entes. Ella sabe del tiempo y de la muerte, y si el médico desconoce esta angustia en su paciente soslaya el factor humano, base esencial de su arte.

Descartes y el positivismo se unen en el aspecto conceptual de divorciar al sujeto del objeto. El sujeto, de acuerdo con Immanuel Kant (1724-1804), se apropia del objeto y lo transforma de posible hasta poseerlo con el *logos*. Pero entre sujeto y objeto hay actitudes y emociones que sesgan esta apropiación. Además, el comportamiento del sujeto puede entrar en la alinealidad y quitar certeza a la predicción. Se debe aprender haciendo, pero hacer significa a su vez querer, poder y saber. La realidad nos muestra en medicina un objeto de estudio, el paciente, que se vuelve sumamente frágil cuando se lo considera externo al factor humano.

El hombre se enfrenta a lo real, imaginando. Aquí hay un sesgo que no puede abandonar porque el paciente se halla cercado por el miedo y la angustia. Por desconocimiento y también por intención, consciente o no, asume esta conducta. Este comportamiento psíquico del paciente juega un rol esencial en el curso de las enfermedades. Nuestra representación de lo mórbido no deja de ser un simbolismo de lo real. Nuestro aparato psíquico, con la información y la cultura recibidas, crea una verdad de conocimiento cuya auténtica realidad permanece oculta. Lo que es la realidad se piensa y se representa como se puede. Obviamente, la técnica da las herramientas para intentar descifrar la realidad hasta la verdad simbólica del conocimiento.

Se construyen de esta manera objetos para el aprendizaje, pero en este quehacer no está incluido el hecho personal del paciente, ni su sesgo cambiante que tiene un comportamiento propio, es decir, la manifestación del factor humano. Así, el objeto construido es una aproximación simbólica e inadecuada de la realidad que pretendemos atesorar. No todo es consciente en el comportamiento, ni en el sujeto-médico ni en el

sujeto-paciente. Los factores inconscientes son como un oleaje que permanentemente modifica la trayectoria de lo que deseamos comprender. Kant expresaba que el universo es una ilusión de la razón, puesto que no puede ser sometido a ninguna experiencia.

El paciente potencia su angustia existencial ante la enfermedad. Esta establece un incremento emocional que el médico deberá entender para neutralizar su negatividad y volcarla al proceso de la curación. No podemos soslayar el hecho de que el hombre, de por sí una figura frágil y angustiada, se precipita en un estado psíquico que potencia lo mórbido. Este comportamiento sucede también fuera del orden estrictamente de la salud. En lo social, el hombre acumula ante la inequidad en los recursos de la civilización una creciente búsqueda de lenitivos, en algunos casos, y de violencias sociales a las normas, en otros. Es decir, se vuelve imprescindible que lo histórico-contextual del paciente sea amarrado a la historia clínica, con el fin de obtener un producto más amplio: su biografía.

El pensamiento médico resulta fundamental para comprender estas herramientas y trasladarlas a la cabecera del paciente. Debemos crear en el estudiante de Medicina la tesitura de que sus conocimientos ante cada enfermo no son fijos ni invulnerables, sino que presentan una continua fluctuación que deberá ser interpretada en la evolución del paciente.

De acuerdo con la teoría cartesiana, creer que hay sujeto (médico) y objeto (paciente) en medicina es iniciar la relación en forma anómala, porque estaremos poniendo de un lado la *res cogitans* (el ser pensado) y en el otro la *res extensa* (sobre lo que se piensa). En realidad, debemos hablar de sujeto pensante y sujeto pensado en el mismo espacio-tiempo, lo cual nos acerca al factor humano. Obviamente, es muy difícil saber quién es "el otro", pero debemos avanzar sobre sus emociones para llegar al problema médico y no convertirlo en un mero tratamiento de elementos concretos como son las piezas orgánicas. En realidad, sujeto y objeto pertenecen a la misma fenomenología. El cosmos "es" en la medida que alguien como el hombre puede adjetivarlo y volverlo "observado" en su pensamiento y lenguaje. No hay manera de ejercer la medicina sin esta impronta sujeto/sujeto de sesgo sacerdotal, como "fervor al prójimo". Este punto fundamental en el inicio de la relación médico-paciente tiene un punto frágil, que es la dialéctica de entendimiento: esta establece una diferencia elemental entre ambos. Esta brecha es la que el médico debe salvar para ser efectivo con el mensaje del lenguaje.

Luego del proceso histórico del racionalismo y del positivismo, el médico no ha dejado de pensar en una linealidad conceptual de causa-efecto. La aleatoriedad, la transformación, la multiplicidad en las causas y los efectos que acercó el conocimiento de la física también tienen activa participación en el sujeto y su proceso mórbido. Y que el paciente esté sujeto a un comportamiento cambiante de su enfermedad hace que el médico deba analizar el proceso y el comportamiento azaroso del sistema paciente-enfermedad, sabiendo de la necesaria corrección permanente del rumbo. Para tal fin, dejar de lado lo inductivo en exclusivo favor de lo hipotético-deductivo ha constituido un error, al anular la complementariedad de lo metodológico con la observación.

Hay claros ejemplos de esta observación intuitiva en toda la historia de la evolución del conocimiento médico. Mencionaremos algunos:

1) **William Harvey (1578-1657).** Uno de los antecedentes en la observación que influyó con fuerza en Harvey, al considerar la circulación de la sangre, corresponde a Girolamo Fabrizi d'Acquapendente (1537-1619), quien fue su profesor de Anatomía en Padua. Efectivamente, en 1574, d'Acquapendente escribió *De venarum ostiolis* (*Sobre las válvulas de las venas*), que fue editada en Padua en 1603 con buenas ilustraciones en cobre. En ella se efectúa una completa descripción de las válvulas venosas, estructuras anatómicas de las que se habían ocupado ya otros autores. A pesar de este relato, todavía impregnado del espíritu galénico, d'Acquapendente ignoró su real significado, su verdadera función. Pensó que estaban destinadas a impedir un flujo excesivo hacia la periferia. Sus palabras fueron:

   > Opino que la naturaleza las formó para que demorasen hasta cierto punto la sangre, a fin de que esta, a modo de río, no inunde ya los pies, ya todos los dedos de la mano, se estanquen en ellas y sobrevengan los trastornos: que mientras las partes superiores de los miembros trabajarían con escasez de alimentos, las manos y los pies serían oprimidos por una perpetua tumefacción.

La enseñanza que recibió Harvey de su maestro con respecto a las válvulas venosas fue una contribución observacional fundamental para la idea de la circulación de la sangre. Robert Boyle (1626-1691), refiriéndose al acontecimiento, expresó:

> […] recuerdo haber preguntado a nuestro célebre Harvey, poco tiempo antes de su fallecimiento, cuáles fueron los motivos que le habían sugerido la idea de la circulación de la sangre. Me contestó que esta idea se presentó en su mente al reconocer que las válvulas venosas en muchas partes del organismo están colocadas de manera tal que dan paso libre a la sangre hacia el corazón, impidiendo su flujo en la dirección opuesta. Este hecho le indujo a pensar que la naturaleza previsora no hubiera colocado en las venas tantas válvulas sin una determinada finalidad; como la sangre no puede desplazarse en las venas hacia las extremidades, a causa de las válvulas interpuestas, estas le parecían tener la finalidad de que la sangre lanzada a través de las arterias volviera por las venas, cuyas válvulas no se oponen a este sentido en su curso…

2) **Lázaro Spallanzani (1729-1799).** En forma casual y por medio de la observación, la comprobación visual de la circulación sanguínea habría de corresponder al sacerdote Lázaro Spallanzani,

nacido en Scandiano, cerca de Módena, en 1729. Fue profesor en esta última ciudad y en Pavia. Escribió varias obras, entre ellas *Del azione del mori ne' vasi sanguigni* (Módena, 1768) y *De fenomeni della circolazione* (Módena, 1777).

En 1771 observa en un embrión de pollo a los hematíes circulando de las arterias a las venas. En su relato de 1773, describe el hecho con estas palabras: La habitación donde me encontraba no tenía la suficiente luz, y queriendo de todos modos satisfacer mi necesidad, decidí examinar el huevo a la luz directa del sol. Una vez dispuesto el huevo en la maquinita de Lyonnet, pronto le dirigí la lente y, a pesar de la gran claridad que le rodeaba, pude, agudizando la vista, ver correr la sangre por el circuito completo de los vasos umbilicales, arteriales y venosos. Preso entonces de inesperada alegría exclamé ¡eureka!¡eureka!

Su frase "La voz de la naturaleza debe prevalecer sobre la filosofía" demuestra el carácter inductivo de su investigación.

3) **William Withering (1741-1799).** Residía en Edgbaston Hall (Birmingham, Inglaterra). En su consultorio, los pacientes con hidropesía no tenían buena evolución en su tratamiento. Los enfermos, entonces, recurrían a la curandera del pueblo Mother Hutton, quien en 1775 le refirió a Withering los buenos resultados diuréticos que obtenía con unas hierbas conocidas como *digitalis*. En 1785, Withering publicó el trabajo "An account of the Foxglove and some of its Medical Uses", que contiene informes sobre pruebas clínicas y notas sobre la toxicidad de *Digitalis purpurea.* Expresa Withering en este informe: "Esta droga tiene un poder sobre el corazón que no ha sido observado con ninguna otra medicina".

El logos en medicina implica más que conocimiento, significa conocer los factores humanos que hacen a un sujeto. Aunque no son medibles directamente, estos factores están agazapados en la conformación de la enfermedad. La objetividad no es un patrón medible, ya que todo proceso humano es subjetivo. La ciencia no es objetiva, por lo tanto, se deberá prestar estricta vigilancia en el paciente sobre los factores "no medibles", como los influjos emocionales o los que están ocultos, tales como el entorno etológico.

Desde la doctrina cartesiana de *res cogitans* separada de la *res extensa*, todo el fundamento psíquico del paciente quedó relegado, sobre todo, lo oculto-emocional del paciente. Freud hizo un aporte fundamental en la interpretación de un psiquismo total en el hombre, aunque esta fase permanece aún alejada de los consultorios clínicos habituales como causa y concausa de las enfermedades. Ya Hipócrates en el siglo V a.C. nos alertaba de que "no hay enfermedades, sino enfermos".

Hemos retrogradado al utilizar exclusivamente una dialéctica matematizada en la cual construimos abstractos materiales de la enfermedad y desdeñamos la *aletheia*, (del griego, desocultamiento), entendiendo que la búsqueda activa de lo oculto obliga a la naturaleza a revelar sus secretos. De la misma manera, debemos indagar en el factor humano del paciente para que el médico se acerque al problema que motivó la consulta.

La fragmentación del paciente basada en la construcción virtual del conocimiento, sin lo traslacional multidisciplinario, ha llevado al médico a la ultraespecialización, y se ha perdido la integridad que corresponde al enfermo. Este ya no es un todo sino la parcialidad, el fragmento, en que toma las características del modelo abstracto. Adquiere una forma y materialidad en donde los componentes ausentes en su formato como lo psíquico, lo espiritual, lo emocional, no tienen cabida en la imaginación que establece el médico ante la enfermedad. Se soslaya al paciente y se pone énfasis en la enfermedad. Esta posición médica ante lo mórbido no solo hoy es utópica, sino que atenta contra la ética humana. El médico atiende con la misma inmediatez en que la sociedad compromete su existencia. La deshumanización creciente ha llevado al abandono del factor humano en cualquiera de las vertientes que lo alimentan.

Aledañas al mundo positivista, que materializó una ciencia con leyes devenidas de un pensamiento que construye abstractos y los denomina a través del lenguaje, existen observaciones permanentes que no deberían desecharse porque están fuera de la consideración de la ley científica actual. Estas opiniones han cumplido desde la observación ingentes beneficios a la ciencia (Pierce, 1877) y constituyen un grupo de creencias que se desechan, pero que la ciencia incorpora muchas veces sin saber de sus mecanismos. Estas creencias vienen del pensamiento y si bien se hallan fuera de las leyes positivistas de la ciencia actual, tienen una profunda base de verdades que no se pueden invalidar con el traje mecanicista que se le coloca al conocimiento. Peirce enumeraba a la tenacidad, la autoridad, la metafísica y la ciencia como los métodos para conseguir sustentabilidad en la creencia. El lenguaje no responde a la intención que puede tener la lógica de cierto entendimiento. Además, el conocimiento vigente no se ajusta a la estricta realidad, sino a las conveniencias de las creencias, a las imaginaciones, a los deseos de los hombres.