

## LA ENTREVISTA MÉDICA EN EL CONTEXTO DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

*Guillermo Ruiz Rodríguez*

Entrevista médica y relación médico-paciente, aún cuando no son términos idénticos, sí conforman los procesos necesarios que se materializan no sólo en el documento básico de toda acción médica, la historia clínica, sino en la dimensión terapéutica.

Pero como el objetivo de este trabajo se dirige más bien al componente sutil de esta interrelación, comencemos subrayando que la entrevista médica constituye un “coloquio singular y único”, que siempre y a lo largo de la historia ha reflejado las condiciones de vida del entorno donde tiene lugar. Por tanto, el tipo de relación que se establezca, estará signada, entre otras, por las condiciones sociales concretas en las que tiene lugar.

Obviemos, por conocidas, las diferentes connotaciones que ha tenido la salud a lo largo de las formaciones económico-sociales: desde la salud integral de la comunidad primitiva hasta la salud “mercancía”, magnificada hoy día en los ámbitos neoliberales.

Intentemos centrarnos pues, con agudo refinamiento, en aquellas circunstancias que pudieran contribuir al rescate del hombre, que devenido en paciente, lamentablemente en múltiples ocasiones se “disuelve” en imágenes, en datos numéricos o en “casos”.

Y es que la electrónica, la computación y el ciberenfoco de la realidad ha llevado a una alienación de tal magnitud, que con absoluta sensatez pudiera plantearse que hoy día a escala mundial, la relación médico-paciente está en crisis.

¿Es que acaso se intenta que en el siglo XXI la pauta científica del enfoque médico sea la relación “médico-realidad virtual”? ¿Será que el interés por la dramática cotidianeidad del ser humano no forma parte del tratamiento “científico”, y mucho menos importante para el diagnóstico clínico, la terapéutica, el pronóstico y la evaluación? ¿No se estará validando entonces una relación más bien médico-órgano que médico-paciente, y en muchos casos, hasta de manera indirecta?

Muchos autores de prestigiosos artículos científicos, señalan los siguientes factores que influyen más en ver “el caso” que a la persona:<sup>1,2</sup>

- el “cientificismo” a ultranza a expensas de despreciar los valores subjetivos,
- el modelo médico que pondera los hechos (los signos),
- el esquema flexneriano basado en la ciencia biomédica, linealreduccionista, donde la dimensión humana no se

considera ciencia y el factor económico y simplificador hace que aquel internista de ayer, se convierta en el cateterólogo de hoy, luego de haber pasado por “organólogo” y endoscopista respectivamente.

Y es que en los llamados países desarrollados, este “ilustre” cateterólogo gana mucho dinero en menos tiempo y quizá con menos responsabilidades que aquel clínico o internista que consumía en un solo paciente gran parte de su tiempo con menor recompensa financiera.

Advirtamos que no nos pronunciamos contra los progresos tecnológicos *per se*, sino por el lugar en que se coloca en el quehacer médico.

Situemos a la entrevista médica en el centro de la semiotecnia, confiémosle el papel central que desempeña en todo el universo semiológico y sin desdeñar la información que nos brindan los diversos colores, texturas y ruidos de la piel y su contenido, valoremos esa dimensión subjetiva del hombre que se da en ese “coloquio singular”... pero no sumando a, sino integrando con: lo que “objetivamente” se va encontrando a lo largo de la exploración médica.

Desde el siglo XVII en que la Iglesia vio con agrado la puesta en práctica de los postulados cartesianos, pues se pudo disecar el cuerpo sin tocar el alma, y posteriormente la física newtoniana adelantó la concepción mecanicista del universo, el cuerpo era vislumbrado como el funcionamiento de un reloj. Si se dañaba una de sus partes, bastaba con restañar o sustituir ésta, y se garantizaba su funcionamiento posterior.

Pero la realidad del hombre, incluyendo su fisiología, no es así exactamente. Los organismos vivos tienen la capacidad de autoorganización y de reproducción; y el ser humano, además es consciente de todo ello. ¿Qué médico no ha tenido la experien-

cia de ver cómo un paciente que desea morir, muere a pesar de todo? ¿O cómo a aquél que diagnostica y trata de un cáncer, finalmente se salva porque quizá su personalidad o su actitud sean diferentes?

Por lo tanto, no es suficiente postular la integración biopsicosocial en el discurso, es necesario que cobre vida en la práctica.

Lo que mueve a una persona a ir al médico, invariablemente va más allá de la necesidad inmediata “tecnológica” de buscar un diagnóstico y un subsiguiente tratamiento médico. Todo ser humano que asume el rol de paciente, está indisolublemente comprometido con las circunstancias emocionales, sociales, económicas, así como con las consecuencias interpersonales que se derivan de su padecimiento. Y este conjunto constituye una integración sindrómica cualitativamente *sui géneris* que va más allá de lo que generalmente se concibe como el diagnóstico.

En consonancia con estos presupuestos, formulamos y argumentamos las siguientes 3 afirmaciones o proposiciones:

- a) La relación médico-paciente que se genera al calor de la entrevista médica, sólo asume una acción desarrolladora cuando se establece una simetría en el desempeño de los roles entre el médico y el consultante.

Toda relación implica una interrelación, y la relación que se establece entre médico y paciente no escapa a ello. Sin embargo, al ser el médico la figura que socialmente tiene un alto prestigio, tener acceso al cuerpo del paciente, poder intervenir en su conducta, tener ascendencia en cuanto a su familia, y su palabra estar revestida de autoridad, lo sitúa en una posición privilegiada en relación con su interlocutor.

El paciente, por lo general, asume un papel pasivo. El aporte que hace a la relación no es otro que su dolor, su moles-

tía, su necesidad de alivio y en muchos casos, saber lo que tiene y curarse. Sería curiosos indagar si la etimología del vocablo paciente está relacionada con paciencia, aludiendo así a esa dimensión de pasividad antes señalada: la persona que espera todo o casi todo, en este caso del médico, en quien ha depositado no sólo su confianza, sino su fe, como expresa la mayoría. ¿Y no tendrá esto un trasfondo místico-religioso? ¿Acaso podemos desvincular esta relación de su expresión ideológica en su sentido más amplio?

Pudiéramos especular que justamente aquí se situaría la base de esa asimetría: el médico deviene un ser todopoderoso frente al paciente. Y ese ejercicio del poder, donde el paciente está en “desventaja”, lleva a este último a ser objeto. Por supuesto que no incluimos aquí situaciones de emergencia, como por ejemplo: pérdida de la conciencia por traumatismos o circunstancias que impidan el libre ejercicio del pensamiento y conducta del paciente.

Cuando percibimos la relación que se establece entre el médico y el paciente bajo otra óptica, o sea, el intercambio de 2 personalidades, en la acepción psicológica del vocablo, se hace necesario redimensionar el proceso de la entrevista médica.

Aquí, ambos tienen mucho que aprender, que aportar, que hacer en beneficio mutuo. Es esta una oportunidad donde los 2 pueden “crecer”. Al terminar la consulta, ya no serán los mismos.

Esta sería una relación médico-paciente desarrolladora, pues tanto uno como otro devienen sujeto. Y no por ello se disminuye la acción del médico. Es que el proceso discurre bajo otros presupuestos psicológicos y sociológicos.

Sin desvirtuar un ápice el quehacer profesional, en este tipo de relación, el médico ayuda al paciente a ayudarse, lo enseña a pensar, parafraseando al Padre Varela; convierte el acto en un verdadero asiento de docencia.

Y por tanto, se retroalimentan. Al terminar, el médico se sentirá con más paciencia y el paciente no estará tan impaciente.

- b) La relación médico-paciente debe descubrir los contenidos no manifiestos, implícitos, ocultos o latentes en la entrevista.

Las motivaciones que mueven a la persona para ir al médico, invariablemente van más allá de su molestia o dolor, que desde el punto de vista profesional se percibe bajo la forma de diagnóstico y tratamiento.<sup>3,4</sup>

Muchos pacientes también sienten preocupación por las consecuencias sociales, financieras, interpersonales y emocionales de su padecimiento. En nuestra propia práctica médica es común que la mayoría de las consultas de atención primaria estén motivadas por o sean manifestaciones psicológicas de problemas emocionales.

Por otra parte, la relación médico-paciente ha sido estudiada por diversos autores empleando términos tales como: transferencia y contratransferencia,<sup>5</sup> modelos contractuales,<sup>6</sup> espacios de negociación,<sup>7</sup> observaciones antropológicas y transculturales,<sup>8</sup> así como análisis sociológico.<sup>9</sup>

*Doherty*, partiendo del análisis sistémico familiar, reconoce una relación triangular entre el clínico de atención primaria, el paciente y la familia de éste.<sup>10</sup> La relación que se establece entre el médico y el paciente pudiera ser un espacio donde se activan y se ponen de manifiesto de manera latente y oculta, las influencias de los demás miembros de la familia en general o de alguno en particular. Por lo tanto, pudiéramos extender esta relación a una dimensión un tanto mayor y vislumbrar que cuando el médico y el paciente entran en relación, ésta se amplifica con la presencia psicológica del entorno familiar en primer lugar, así como el laboral, vecinal, comunitario, etc.

De ser así, ¿podríamos hablar legítimamente entonces de una relación médico-paciente-familia-comunidad?

*Hahn* y colaboradores, postulan un tipo de relación médico-paciente-familia como un espacio donde se ponen de manifiesto lo que ellos denominan “alianzas compensatorias”.<sup>11</sup>

Estos autores han observado con frecuencia cómo muchas familias comprometen al médico a través de un patrón en donde un miembro, que presenta un síntoma físico (el paciente identificado), intenta reclutar al médico en una alianza que compense la disfunción existente en el sistema familiar.

Por ejemplo, una mujer de mediana edad, vista en varias ocasiones por síntomas vagos de dolor abdominal acompañado de retardo psicomotor y depresión. La paciente describe al cónyuge como una persona fría, que la rechaza, quisquillosa, que lo que ha hecho es convertirla en una mártir. Al expresar que “ya no sabe qué hacer”, intenta dejar al médico con un sentimiento de que es él el que debe encontrar la solución.

En este caso, es necesario reconocer cuándo se ha formado o intentado formar una “alianza compensatoria” disfuncional, de manera que pueda descubrirse el patrón básico de la interacción médico-paciente-familia, y pueda manejarse adecuadamente.

- c) La relación médico-paciente debe hacer sentir al médico y al paciente, como parte de una relación transpersonal.

Esta afirmación, va un tanto más allá de los enfoques tradicionales y clásicos que se han estudiado acerca de la relación médico-paciente.

Hay autores que plantean que dentro de cada uno de nosotros existe como una sensación de separatividad que parecería

ser una consecuencia inevitable de lo que hemos aprendido a lo largo de la vida al diferenciar el “yo” del “otro”.<sup>12</sup>

Pero junto a esa desagradable sensación no siempre consciente, surge a veces como un deseo de ir más allá de los límites del ser, de sentirse conectado a las personas y al universo. *Suchman*<sup>13</sup> denomina este sentimiento con la palabra “significado”. Esa necesidad de conexión y significado no es usualmente reconocida en nuestra cultura occidental, aún cuando todo el mundo la experimenta. Y es precisamente a través de esa experiencia que se satisface esa necesidad.

Es muy común que a la mayoría de los clínicos les guste compartir momentos de mayor acercamiento o intimidad con muchos de sus pacientes. Esos momentos tienen (aunque no se haga deliberadamente), un marcado sabor terapéutico de incalculable valor.

Esta relación, cualitativamente diferente del espacio reservado a la consulta médica, apunta a un espacio donde se borran en cierta forma los límites entre el “yo” y los “demás”. Ahora están en una casa, en un restaurant, en la playa, etc. y los “espacios” separados correspondientes a “médico” y “paciente”, comienzan a fundirse, y conforman una dimensión que desborda la díada. Como el cloro y el sodio, que bajo determinadas condiciones se convierten en otra cosa cualitativamente diferente de sus características individuales aisladas para ser sal común.

Este tipo de relación, en cierto sentido, borra esa sensación de sentirse separado, consecuencia inevitable de lo que hemos aprendido a lo largo de la vida; esto es, a diferenciarnos de los demás: lo que los psicoanalistas denominan el “yo” y el “otro”.

En esas circunstancias, uno se siente formando parte de una totalidad mayor, que inclusive escapa a nuestros procesos de

intelectualización. Resultaría difícil describir esos estados .

En los enfoques orientalistas de la medicina tradicional sí es común encontrar esas circunstancias, cercanas a experiencias místicas, yogas o trascendentales, donde se incluye la acción de sanadores, médicos y shamanes, y donde se han podido ver acontecimientos que escapan a toda lógica formal.

*Barnard* señala: “La base de la resistencia de los médicos al rol del sacerdote, no es más que su total incapacidad de conocer en última instancia los miedos y anhelos más profundos de las personas”.<sup>16</sup>

Recientemente, un grupo de clínicos ha intentado caracterizar lo que han denominado “experiencias conectivas” con pacientes.

Tales momentos se pueden distinguir por una intensa comprensión de los sentimientos de la otra persona, del acercamiento mutuo, el cual se acompaña con frecuencia de una peculiar sensación física, tal como ponerse a uno la “carne de gallina” o sentir un estremecimiento extraño. Este momento puede estar seguido de una fuerte sensación de afecto, de cercanía, de totalidad, una sensación de privilegio por haberse permitido acceder tan íntimamente a la vida del paciente, así como una indescriptible sensación de que uno es parte de algo que va más allá de uno mismo.<sup>14</sup>

Esta experiencia puede sentirse como universal y engrandecedora. El paciente también se siente profundamente comprendido y ya no está tan desvalido y solo en su sufrimiento. Ambos experimentan un momento de paz y disfrute en la medida en que también comparten el sufrimiento.<sup>15</sup>

La experiencia transpersonal se caracteriza por una extraña, única e inusual sensación de conectividad o unión con algo o con alguien, que puede ser una persona, un grupo, una melodía, un aspecto de la naturaleza o una actividad. Es algo más que el experimentar gusto o bienestar cuando compartimos. Es como un darse cuenta o “despertar” a un sentimiento de profunda armonía y resonancia. Esto puede suceder en múltiples circunstancias: cuando “sentimos en nosotros” lo que está sucediendo a un paciente, amigo o familiar; cuando escuchamos una determinada melodía musical; cuando expresamos algo muy profundo y sabemos que somos comprendidos y sentimos que estamos en “sintonía” con nuestro interlocutor, o cuando “algo” escapa al intelecto y “le dice” al terapeuta lo que tiene el paciente y la conducta a seguir.

En resumen, pudiéramos preguntarnos: ¿será esta tercera afirmación la base de lo que se le atribuye de “arte” a la medicina?

## REFERENCIAS

1. Engel B. Physicians-scientists and scientific-physicians. Resolving the humanism-science dichotomy. *Amer J Med* 1987;82:107-111.
2. Eisenberg L. Science in Medicine. Too much or too little and too limited in scope? *Amer J Med* 1988;84:483.
3. McWhitney JR. Beyond diagnosis: An approach to the integration of behavioral sciences and clinical medicine. *N Engl J Med* 1972, 287:384-387.
4. Barsky AJ. Hidden reasons some patients visit doctors. *Ann Intern Med* 1988;94: 492-498.
5. Balint M. The doctor, his patient and the illness. 2<sup>nd</sup>. Ed. New York: International Universities Press, 1964.
6. Quill TE. Partnerships in patient care: a contractual approach. *Ann Intern Med* 1983;98:228-34.

7. Lazare A. The customer approach to patienthood. *Arch Gen Psychiatry* 1975;32:553-8.
8. Kleinman A. Culture illness and care: clinical lessons from anthropological and cross-cultural research. *Ann Intern Med* 1978;88:251-8.
9. Leigh H, Reiser M. *The patient: biological, psychological and social dimensions of medical practice.* New York: Plenum Medical Book Company, 1980:16-7.
10. Doherty WJ, Baird MA. *Family therapy and family medicine: toward the primary care of families.* New York: The Guilford Press, 1983.
11. Hahn R y cols. The doctor-patient-family relationship: a compensatory alliance. *Ann Int Med* 1988;109:884-889.
12. Wilber K. *No boundary, Shambala Publs. Inc, 1979: 75-6.*
13. Suchman AL. & Matthews DA. What makes the patient-doctor relationship therapeutic? Exploring the connexional dimension of medical care. *Ann Int Med* 1988;108:125-130.
14. Ibid.
15. Ibid.
16. Barnard D. The physician as priest revisited. *J Relig Health* 1985;24:272-86.

Guillermo Ruiz Rodríguez  
Psicólogo, Profesor Titular.  
Instituto Superior de Ciencias Médicas.  
Facultad "Miguel Enríquez".  
Ramón Pintó y Ensenada. Luyanó, Ciudad de La Habana.