

Acerca de la comunicación médico-paciente desde una perspectiva histórica y antropológica

Anneliese Dörr A¹.

On doctor-patient communication from an anthropological and social point of view

This paper attempts to perform a historical anthropological analysis of the factors that currently either favor or obstruct the doctor-patient relationship. For this purpose, the main works of reference are the sociologist Gilles Lipovetsky and the Spanish author Pedro Laín Entralgo. The former, identified with the concept of Postmodernity and individual Hedonism, is crucial in understanding what are the main determinants in the most recent developments affecting the doctor-patient relationship. Since the technological revolution, advances in science have surpassed all imagination, information technology has worked its way into all types of relationship, and thus medical practice has been particularly affected. On the other hand, the work of Laín Entralgo enables us to perform a review of the history of the doctor-patient relationship in the Western world, which affords a more accurate view of the origins and evolution of the current situation (Rev Méd Chile 2004; 132: 1431-36).

(Key Words: Anthropology, cultural; Ethics, medical; Postmodernism; Social sciences)

Recibido el 12 de abril, 2004. Aceptado en versión corregida el 15 de agosto, 2004.

¹Psicóloga, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Campus Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

El presente trabajo intenta hacer un análisis histórico, antropológico, sobre los factores que favorecen o dificultan la relación médico-paciente, con el fin de obtener una comprensión más contextualizada de dicha relación.

A través de la mirada, la expresión verbal, contacto manual y la relación instrumental, médico y enfermo se comunican en cuanto tales entre sí, uno como «persona enferma», el otro como «persona capaz de prestar ayuda técnica»; ambos, por tanto, como «personas». Con ello queda

constituido el fundamento específico de su mutua relación. Esta relación es la versión médica de la amistad entre hombre y hombre, la «amistad médica». Los distintos momentos que integran esta «amistad médica» son: el afectivo, el noético o cognoscitivo, el operativo y el ético-religioso¹.

Analizaré las instancias históricas y sociales que hoy condicionan, favorecen o dificultan esta «amistad médica», o relación entre el terapeuta y el enfermo.

En los años ochenta, Gilles Lipovetsky² acuñó el término de «Postmodernidad» para describir los tiempos actuales, en donde estaría primando fundamentalmente el hedonismo individual. Esta

Correspondencia a: Prof. Anneliese Dörr A. Avda. Salvador 486, Providencia. Fono Fax: 2748855. E mail: adorr@med.uchile.cl

era de la Postmodernidad tiene ciertas características propias tales como: el imperio de la técnica, una sobrevaloración del trabajo, la indiscreción y la obscenidad.

La indiscreción constituye algo absolutamente novedoso en la historia humana y ha sido facilitada por el peso de los medios de comunicación en la vida de los individuos, existiendo infinitos ejemplos de esta permanente y abusiva invasión a la privacidad de las personas. En lo que respecta a la obscenidad, no sólo se trata de la tendencia progresiva a eliminar toda forma de pudor, sino que también alude al hecho que nuestro mundo actual está dominado por el sentido de la vista. Se busca desesperadamente mirar los objetos hasta en su más ínfimo detalle, desde todas las perspectivas posibles, repitiendo la contemplación una y otra vez, por medio, por ejemplo, de la filmadora manual o del vídeo. Un último rasgo de la postmodernidad es la pérdida del sentido religioso. La relación fundamental del hombre con lo divino, que lo sostuvo por siglos y milenios, ha sido reemplazada primero por la razón, después por la ciencia, y en las últimas décadas por el dinero y el placer³.

Si observamos en la actualidad el encuentro entre el médico y el paciente, nos encontramos con que el fenómeno de la postmodernidad también repercute en su relación. Se están perdiendo las palabras relativas al padecer, la historia del dolor, el contexto familiar del sufrimiento, su entorno psico-social; en síntesis, se está perdiendo al «Hombre». El médico queda relegado al rol de experto en mediciones y manejo de técnicas, y es así como los afectos que se desarrollaban en el encuentro entre el médico y el paciente, quedan fuera del campo. Es decir, se recurre a la disociación afectiva, al discurso distante, a la carencia de información y, por ende, al dominio y control de toda implicancia emocional (Ingratta, Documento docente, 2003).

Si revisamos un poco la historia occidental de la relación médico-paciente, nos podremos hacer un panorama más cabal de la génesis y desarrollo de la situación actual.

Pedro Laín Entralgo describió cómo, en los siglos VI y V a.c., aconteció el hecho más importante de la historia universal del saber médico: la constitución de la medicina como técnica¹.

Desde el paleolítico hasta la Grecia Clásica tres fueron los puntos cardinales de la relación médico-paciente:

1. La ayuda espontánea: se refiere al instinto de auxilio que opera en el alma humana, en donde no se recurre a usos tradicionales ni a ritos mágicos. Es el caso de la madre que aprieta contra su regazo al hijo con fiebre. Esta ayuda espontánea no implica una verdadera «necesidad», ya que en el ser humano se da una actitud ambivalente frente al enfermo; es decir, por un lado aparece ese instinto de ayuda, pero a la vez también existe una tendencia a abandonar al enfermo. La enfermedad llama y repele, y es por eso que Laín Entralgo piensa que el instinto de auxilio sólo puede prevalecer en nosotros merced a un acto de decisión, que nos permite reprimir la tendencia al abandono.

2. La curación mágica: es una forma de curar relativamente tardía, cuya principal característica es la creencia en poderes y recursos capaces de modificar la realidad del enfermo. Para los creyentes los fracasos se atribuyen a la impureza del hechicero o del enfermo. Las personas creyentes en estas prácticas carecen de la noción de «imposible».

Esta relación no puede ser personal puesto que el hechicero no posee realmente los poderes que administra, es decir no cuenta con ellos. Tampoco es amistosa, ya que el enfermo que se somete al ritual mágico cree en la «virtud», lo cual no es equiparable a la del sujeto que le dice a su amigo «te creo». El enfermo cree que el hechicero posee por un modo incierto la virtud de manejar un poder ajeno a él, ilimitado e incalculable. En cambio, decirle a un amigo «creo en ti» implica no suponerle capaz de todo, admitir que tiene límites. Sólo así puede entenderse la amistad. Es por ello, que el hechicero no invita a la amistad, sino a un sentimiento ambivalente en que se combinan la veneración y la aversión.

3. Tratamiento empírico: consiste en repetir una práctica curativa descubierta por azar, que en ocasiones fue útil. Frecuentemente en las culturas primitivas se asociaba el empirismo a la magia.

En Grecia, en los siglos VI y V a.c., se inventó la medicina técnica, que es el pilar de la medicina hipocrática. Esta medicina se caracteriza por la idea de la existencia de una naturaleza universal común a todas las cosas, y de naturalezas particulares (caballo, roble, mineral, hombre). A su vez, se puede conocer las constituciones y regularidad-

des de esta naturaleza a través de la razón o saber racional, que en último término es el *logos*. Finalmente, al ser esta naturaleza susceptible de ser conocida, se la puede ayudar o perfeccionar a través del arte o *téchnê*.

Por lo tanto, las causas y conceptos generales de las naturalezas, son conocidas mediante el raciocinio y la observación rigurosa, lo que finalmente constituirá el fundamento de la acción terapéutica, dejando así el médico de ser curandero, hechicero o mago, elevándose a la condición de «técnico de la medicina»¹.

¿CÓMO SE RELACIONABAN EL MÉDICO Y EL ENFERMO EN LA GRECIA CLÁSICA?

Nuevamente, según la magistral obra de Laín Entralgo, la relación entre el médico y el enfermo se caracterizaba principalmente por una *philia*, es decir una amistad particular fundada en el amor a la perfección de la naturaleza, por ejemplo: del hombre, y al arte, en cuanto éste es el recurso capaz de proporcionar perfección. Esta peculiar amistad no poseería un carácter «técnico» si no que se manifiesta, ante todo, en un conocer. Un médico que no supiera el «qué» y el «por qué» de lo que hace, no sería un técnico.

Estas actitudes del médico, en el sentido de estar movido por un amor a la naturaleza y al arte, se concretaron en dos principios: primero, «no hacer daño», y segundo, abstenerse de intervenir en aquellos enfermos en los cuales todo hace pensar que están cerca de la muerte.

Según Hipócrates, la medicina es de aquellas artes que se caracterizan por ser benéficas para los que de ella se sirven, pero penosa para quienes la ejercen. El médico, continúa, «tiene la vista contristada, el tacto ofendido y en los dolores ajenos sufre penas propias, mientras que los enfermos, por obra de este arte, escapan a los mayores males, enfermedades, sufrimientos, penas, muerte, porque contra todos ellos encuentra recursos la medicina». El médico debe dedicarse con gran empeño y decoro a la recuperación de la salud. Pero la salud no debe entenderse sólo como ausencia de enfermedad: el médico debe procurar también que su paciente logre una *enekén hygieiés*, un bienestar físico y espiritual, condición de posibilidad de la verdadera salud que conduce a la curación «*sophrosinê*» (sensatez, sabiduría)⁵.

EL CRISTIANISMO Y LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

Desde el seno mismo de la concepción cristiana de la vida, la relación entre médico y enfermo había de ser entendida como un acto de amor. Para un médico cristiano, diagnosticar y tratar al enfermo debe ser expresión y consecuencia de un amor previo al conocimiento técnico y a la prescripción de fármacos¹. Esta forma de amor humano posee una consistencia religiosa y metafísica derivada de los mandamientos del Nuevo Testamento: «Ama a tu prójimo como a ti mismo», y «Ama a tu prójimo como si éste fuera Jesucristo». Ejemplo de esta nueva forma de amor es la parábola del buen samaritano: sin preguntar quién es el caminante herido, si samaritano, israelita o gentil, pobre o rico, el buen samaritano procede a curar sus heridas, a regalarle dinero y ropas y a ofrecerle su compañía; y todo esto, ¡sin pedir nada a cambio! A diferencia de la *philia* y del *eros* griego, demasiado cogidos por el qué del otro, por la belleza física o la virtud espiritual, en el amor cristiano sólo importa el «quién», vale decir, el que sea una persona única, hecha a imagen y semejanza de Dios: un prójimo¹.

En síntesis, el Cristianismo introduce a la relación médico-enfermo dos conceptos fundamentales y revolucionarios: el amor y la igualdad.

LA RELACIÓN MÉDICA EN LA SOCIEDAD MODERNA SECULARIZADA

El hombre occidental secularizado es aquel que para orientar su vida se atiene exclusivamente a las posibilidades y recursos de su propia naturaleza; a sus propios impulsos, su propia razón, su propia voluntad. Es decir, cuando elimina de su existencia histórica todo lo que sea o pretenda ser «sobrenatural» o «revelado»¹.

Las revoluciones político-sociales del mundo moderno acogieron la idea de que el orden político y social vigente en Europa desde la Edad Media hasta 1789 (Revolución Francesa) no era justo ni natural. Esta transformación política y social tiene consecuencias para la relación médico-enfermo:

1. Se pasa de una entrega del propio cuerpo, más o menos confiada y sin condiciones, a una presentación del cuerpo al médico, con conciencia del derecho que se tiene a la asistencia

por recibir. Por lo tanto, la ayuda médica deja de ser pura beneficencia y adquiere un matiz contractual.

2. De una apelación limitada al médico (es decir, antes se recurría a éste sólo en casos de extrema gravedad) se pasa a una exigencia de asistencia para toda dolencia posible.

En el aspecto clínico el enfermo se rebela de manera más sutil. Protesta contra el hecho de que, siendo una «persona» dotada de inteligencia, intimidad y libertad, se le trate técnicamente cuando está enfermo, es decir como un objeto.

Al mismo tiempo surgió a fines del siglo XIX el fenómeno de la neurosis, en que se contempla la posibilidad de que el sujeto enferme psíquicamente como producto de un estrés social. Ya no se dispone de un sistema firme de creencias que permita soportar cualquier situación sin repercusiones psíquicas. Es así como con Freud y su teoría sobre las neurosis, se introduce «al sujeto» en la medicina. Hasta ahí, el tratamiento del enfermo psíquico era compasivo o consolador, no técnico¹.

Frente a esta realidad en que nos encontramos, y de la cual somos parte, puesto que tal como dice Hegel «nadie puede saltar por encima de su tiempo», es que reflexionamos sobre las repercusiones que ha tenido esta nueva era o tiempo en la relación médico-paciente, específicamente en la comunicación entre ambos.

Actualmente vivimos en una sociedad secularizada en la que el hombre ya no se sostiene en creencias religiosas y, por ende, no ve la enfermedad como una fatalidad que deba simplemente aceptar como la voluntad de Dios. Es por esto que hoy en día el paciente tampoco acepta sin objeción ni crítica la voluntad del médico. Este cambio ha surgido paulatinamente. Vimos como en el siglo XIX y a partir de Freud surgió la posibilidad de que el sujeto enfermase psíquicamente producto de un «stress social», tomándose a éste no como un objeto sino como una persona.

Paradójicamente esta introducción en la relación médico-paciente de una visión del enfermo como «persona» y no como objeto, se ha ido perdiendo en el último tiempo. La nueva era de la «tecnologización» extrema, que se ha denominado

«postmodernidad», ha traído consecuencias insospechadas en la comunicación médico-paciente y, por ende, en la relación que surge entre ambos.

Si antes existía una suerte de amistad particular con un conocimiento acabado de la naturaleza general y particular del hombre, hoy esta relación se caracteriza por estar constituida por un médico que está relegado al rol de experto en indicación y manejo de técnicas, quedando fuera del campo los afectos. Se recurre a la disociación afectiva, al discurso distante, al recorte de toda información, al dominio y control de toda implicancia emocional. Incluso la «pasión por asistir» que sería lo más constitutivo de la vocación médica, también se ha visto afectada en los últimos tiempos. Es en este sentido que el sociólogo Gilles Lipovetsky postula que el consumo de masa ha transformado nuestro modo de vida. Refuerza el deseo de bienestar individual a la vez que destruye las grandes pasiones en torno a revoluciones, idealismos y, por ende, vocaciones.

Este hecho ha llevado a que, en 1993, la Organización Mundial de la Salud⁶ señalase la relevancia que tiene la asistencia mas personalizada en la práctica médica. Para ello enfatiza la importancia de la entrevista como base de la práctica clínica, en donde el desarrollo de habilidades y destrezas comunicacionales genera una serie de beneficios que facilitan el buen diagnóstico y mejoran la calidad de la relación médico-paciente.

CARACTERÍSTICAS PERMANENTES DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE A TRAVÉS DEL TIEMPO

Como ya vimos, la relación médico-paciente ha tenido distintas modalidades en diferentes culturas y épocas, pero su rasgo esencial, es decir, el encuentro entre el que busca ayuda y el que puede proporcionársela, se mantiene incólume en el tiempo. Esta relación incluye todo lo que acontece antes y después de ese encuentro y su efecto sobre los actores de la relación y el curso de la enfermedad⁷.

Goic describe tres hechos fundamentales y permanentes que caracterizan el encuentro del médico con su paciente⁷:

1. Es un acto libre basado en la confianza en el médico, tanto en su honorabilidad como en su capacidad profesional.
2. Transcurre en la intimidad de la consulta, a la cual habitualmente no tienen acceso otros actores que no sean el médico y su paciente. La transgresión de la confidencialidad, provocaría un quiebre irremediable de la confianza que el paciente depositó en su médico.
3. Constituye un acto basado en la confianza mutua: la del enfermo en la integridad e idoneidad del médico y la de éste, en la voluntad del enfermo de colaborar en su recuperación para reintegrarse a su labor en la sociedad.

Por lo tanto, libertad, intimidad y confianza, son los elementos esenciales y constitutivos del acto médico.

Siempre que hablamos de relación médico-paciente, estamos también aludiendo a la comunicación. El cómo se miran, cómo se hablan y se escuchan, pueden ser fuente, cauce y resultado de la amistad que se establezca entre ambos, como también será un factor determinante en el diagnóstico y tratamiento a seguir. La mirada, la palabra y el silencio, la exploración manual y la exploración instrumental son constitutivos de la relación médico-paciente¹.

El médico y el paciente se relacionan a partir de un encuentro y una conversación, que no es una conversación cualquiera, sino que estructurada y con objetivos precisos. Esta conversación es la entrevista médica, que se caracteriza por ser técnica, puesto que persigue un objetivo preciso: obtener en un tiempo razonable el máximo de información relevante para así tener claro el diagnóstico.

El enfermo que acude al médico, siempre, en mayor o menor grado, será un ser angustiado, puesto que no sabe con certeza la naturaleza y pronóstico de su mal. El rol del médico es contribuir a aliviar esa angustia y no acentuarla por actitudes inconvenientes, lo cual sería iatrogenia. El médico debe ser prudente en lo que dice, y tener control sobre sus expresiones no verbales: nunca expresar asombro o alarma ante

un síntoma o situación que relata el enfermo ante un hallazgo grave en el examen físico, ni tampoco reprocharle o escandalizarse por una confidencia del enfermo⁷.

Finalmente y respecto al «escuchar», pilar central de la comunicación, es necesario señalar que el «hablar efectivo» sólo se logra cuando sigue a un «escuchar efectivo». La habilidad de escuchar al otro determinará en gran medida cómo se va a desarrollar esta comunicación. Desarrollar nuestra capacidad de atender y escuchar es tan importante y puede ser tan difícil como desarrollar la habilidad de expresión⁸.

Muchas veces no verificamos si el sentido de lo que escuchamos corresponde a aquel que le da la persona que habla. Es por ello que gran parte de los problemas de la comunicación surgen porque las personas no se dan cuenta de que el escuchar difiere del hablar.

Escuchar no es lo mismo que oír. Oír es un fenómeno biológico relacionado con la capacidad de distinguir sonidos en nuestra interacción con el medio. Por su parte, el escuchar tiene raíz biológica y descansa en el oír, pero pertenece al dominio del lenguaje y se constituye en nuestras interacciones con los demás. El acto de escuchar implica comprensión y, por lo tanto interpretación. En síntesis, podría decirse que escuchar es «oír más interpretar». De esta manera vemos cómo el escuchar es siempre activo. No somos receptores pasivos, cuando escuchamos construimos historias y atribuimos sentido a lo que el otro dice⁸.

Por lo tanto, para contrarrestar en cierto modo los efectos nocivos que la posmodernidad ha tenido en las relaciones humanas en general, y por consecuencia en la que se da entre el médico y el paciente, es que se hace necesario no olvidar que dicho encuentro tiene siempre un aspecto personal. El médico debe darse tiempo, detenerse y ser receptivo a lo que expresa la otra persona tanto verbal como no verbalmente. Demostrar interés en la otra persona, en lo que le está pasando y lo que siente es parte fundamental de una comunicación empática, y determinará la relación entre el médico y el enfermo.

REFERENCIAS

1. LAÍN ENTRALGO P. *El médico y el enfermo*, Madrid: Ediciones Guadarrama SA (1969).
2. LIPOVETSKY G. *La Era del vacío*, Edit. Anagrama, Nov. 2003.
3. DÖRR O. La Postmodernidad y la pregunta por el sentido, *Revista Atenea*, Año 2001, N° 484: 29-42, Editorial Universidad de Concepción, Chile, 2002.
4. ARUGUETE G. Humanizar la atención médica. *Revista del Círculo Médico de Moron*, Buenos Aires, Argentina. 2000; 123: 12-23.
5. DÖRR O. El desafío ético en la Psiquiatría. *Rev Méd Chile* 1993; 121: 811-8.
6. *Organización Mundial de la Salud: Doctor Patient Interaction and Communication*. Division of Mental Health, Publicación WHO-MNS-PSF-93. 11, Ginebra, 1993.
7. GOIC A. *El fin de la medicina*. Editorial Mediterráneo, Santiago de Chile, 2000.
8. ECHEVERRÍA R. *Ontología del Lenguaje*. Dolmen, Santiago, Chile. 1994.