



“La conversación es en sí misma terapéutica”

Ricci Ricardo T.¹

1. Médico Clínico. Profesor Titular (Retirado) de Antropología Médica- Facultad de Medicina – Universidad Nacional de Tucumán – Argentina.
Correo electrónico de contacto: riccirt@fm.unt.edu.ar
Recibido: 29 de octubre de 2020 – Aceptado: 4 de noviembre de 2020

El presente artículo pretende exponer una reflexión acerca de la relación médico – paciente (RMP) bajo la iluminación del pensamiento de Hans Georg Gadamer quien, oportunamente, escribió un capítulo con el nombre “El tratamiento y la conversación”, en su libro titulado: “El estado oculto de la salud”.¹ Tiene el propósito de ser justamente una cavilación a la sombra de..., o bajo la guía de... un texto concreto. Me aventuro a creer que al gran filósofo alemán renovador de la hermenéutica y amante de los diálogos, no le habría disgustado esta propuesta, de lo contrario, pido perdón a su memoria.

La RMP se basa en la interacción de dos personas y constituye, a pesar de que con frecuencia se olvide, el núcleo central de la práctica de la medicina. Como la mayoría de las interacciones humanas también está fundamentalmente mediada por el lenguaje. Los intercambios que se producen en ella se encuentran fundamentados en nuestra experiencia en general y en el uso del lenguaje en particular; se trasunta en palabras naturales de la lengua, en uso o lenguaje vulgar o cotidiano de los hablantes. *“El lenguaje, o más concretamente la lingüística Sprachlichkeit) del ser humano, en cuanto capacidad de compartir a otros su interioridad por medio del habla y participar de la vida de los demás, es lo que distingue lo humano de lo meramente animal.”*²

La entrevista médica, por su parte, con frecuencia abunda en términos técnicos que conviene explicar al paciente ya que en muchas oportunidades causan gran confusión. Sin embargo, lo sustancial de la relación médico paciente (RMP), su verdadera esencia, se expresa en el lenguaje de todos los días,

ese que es compartido por ambos constituyentes del sistema, el paciente y su médico.

Parece conveniente discontinuar brevemente el texto para aclarar que desde hace un tiempo, a los fines descriptivos y pragmáticos, consideramos a la RMP un sistema humano abierto. Recordamos que las características de todo sistema son: están integrados por constituyentes, existe un vínculo estrecho de intercambio entre ellos, reconocen un propósito común y están rodeados por un entorno con el que el sistema se comunica gracias a la porosidad de sus límites reales o virtuales. Dicho esto podemos continuar con la fluencia del texto.

De manera natural los pacientes refieren encontrarse en tratamiento con alguien, con algún médico en particular: “Soy paciente del Dr. X, él es mi médico”. Estar en tratamiento podría definirse como el proceso de seguir una serie de consejos e indicaciones médicas que incluyen, además, la administración correcta de los medicamentos recetados.

Para el médico “atender la consulta de un paciente” consiste en presentarse provisto de un título habilitante, en un entorno específico y portador de símbolos que lo definen como profesional de la salud (delantal, estetoscopio, apertura, disponibilidad etc.) postulándose a una actitud de escucha generosa. La consulta consiste, además, en una mano que palpa la zona dolorida, que examina las áreas cercanas, que evalúa la temperatura corporal, por ejemplo. Estas maniobras, en suma, producen una de las más cercanas e íntimas aproximaciones entre los cuerpos de los seres humanos. Consentimiento y confianza del paciente, curiosidad profesional y confidencialidad

por parte del médico. La mano que recorre el cuerpo del enfermo es testimonio de esa cercanía terapéutica, ha superado la valla que los seres humanos le ponemos a la proximidad excesiva de los cuerpos, se efectúa un paso consentido que trasciende lo meramente social. La percusión y la auscultación, otros modos de evidenciar la misma cercanía, confirman la existencia de ese espacio que el paciente ha consentido reservar para el accionar médico.

¡Resulta esencial que el médico sea consciente de esa concesión y la valore en toda su dimensión! En la consulta diaria no me deja de sorprender, aún tras cuarenta años de profesión, la actitud de confianza del paciente que se desnuda ante el médico dejando caer, voluntariamente, esas defensas que construimos los seres humanos para estar con los otros.

Aplicando a la medicina lo que dice Gadamer, recordamos que, cuando uno trata o es tratado por alguien en ese ambiente de cercanía, se impone una actitud de extrema cautela, de respeto, en la que es menester tratar al otro cuidadosamente. El médico se encuentra ante una persona que debe ser tratada reverencialmente pues se presenta indigente y extremadamente vulnerable. *“Ante esta distancia, el médico y el paciente deben hallar un terreno común en el cual puedan entenderse; y ese terreno común lo constituye la conversación, único método capaz de suprimir esa situación.”*¹

Si bien es cierto que este ‘terreno de lo común’ es a lo que toda RMP aspira, en nuestra época puede resultar muy difícil conseguir ese objetivo. Puede ocurrir, y de hecho ocurre, que el médico tenga otras preocupaciones o distracciones cuando el paciente está en su consultorio; no son infrecuentes las interrupciones de diverso tipo entre ellas los múltiples llamados telefónicos. En cuanto al paciente puede ocurrir que perciba amenazada su identidad cuando, desde la sala de espera, se lo identifica con un número y no con su propio nombre, cuando es tratado de ‘abuelo’, ‘gordita’ o directamente de ‘enfermo’. Sin dudas esto no es tan frecuente en los consultorios privados, es a nivel público donde el paciente es directamente bastardeado y ninguneado al punto de ser tratado de manera dañinamente impersonal.

En el caso de que sean superadas o minimizadas esas dificultades administrativas y comunicativas, paciente y médico inauguran el espacio de la conversación, el espacio del diálogo compuesto por el ir y venir de preguntas y respuestas. *“El lenguaje sólo puede alcanzar su estatuto pleno en la conversación”*.¹

Puntualizando aún más, Gadamer apunta más alto en su pretensión de lograr lo mejor del intercambio lingüístico, el contexto de la conversación aspira a lograr la apertura confiada y veraz de los hablantes: *“Si el ser del hombre es lenguaje y el lenguaje se realiza sólo en la conversación, no será indiferente como ésta se lleva a cabo. Más aún, sólo podemos llamar conversación en sentido estricto a la “conversación lograda”, es decir, aquélla en la que verdaderamente se lleva a cabo la apertura al otro”*.²

Es bueno que nos quede reverberando el concepto de “conversación lograda”, en otras oportunidades podremos referirnos a ella como conversación sanadora, diálogo terapéutico, incluso como silencio de compañía.

Podemos especificar aún más lo que deseamos afirmar: recordemos lo que para Humberto Maturana³ significa conversar. El biólogo chileno denomina ‘lenguajear’ a esa actividad de comunicación que los seres humanos establecemos mediante los símbolos orales o escritos. Para él conversar consiste en una profundización del mero ‘lenguajear’. Conversar es cuando en el lenguaje se introduce el emocionar, es decir, cuando además de intercambiar signos y símbolos se produce un intercambio de sensaciones y emociones que cualifican y jerarquizan el diálogo transformándolo propiamente en una conversación. En el acto de conversar de Maturana se va más allá del símbolo para ingresar al terreno del compartir emociones y sentires. Se podría decir que los hombres se “muestran” en la conversación más que “decirse” a sí mismos. Esto nos recuerda al filósofo Ludwig Wittgenstein⁴ cuando reconoce la incapacidad del lenguaje para decirlo todo de manera lógica, cuando el lenguaje resulta insuficiente podemos limitarnos a mostrarnos y

ser interpretados e interpelados por ese silencio.

Debemos insistir claramente que para Gadamer el conversar no constituye un paso, una instancia

previa al tratamiento, tampoco una preparación para el mismo. La conversación es ya parte del tratamiento e inicio de esa otra que es la de la recuperación. *“Este todo también queda expresado por el término técnico “terapia”, proveniente del griego. En ese idioma “terapia” significa servicio”*.¹

La RMP se centra en la comunicación entre el médico y el paciente; uno de los desafíos de la medicina de este nuevo milenio es desarrollar una más efectiva comunicación entre el médico y el paciente.⁵ Distintos medios médicos insisten en esta verdad una y otra vez, en algunos círculos médicos va transformándose, lamentablemente, en un lugar común estéril y vacío de contenido. La conversación, de acuerdo a lo que venimos diciendo, consiste en una vuelta de tuerca cualitativa y un verdadero llamado de atención. Implica la inclusión de la emoción, la instalación de la empatía en la interpretación del otro. Implica desentrañar (propiamente sacar de las entrañas) la necesidad existencial manifestada en el fluir del símbolo y la emoción. *“El dolor es y abarca todo el yo”*.¹ Hasta allí pretendemos llegar con la conversación, esa es la meta de la interacción médico – paciente.

Es tan grande el valor que la RMP tiene en el seno del actuar del médico y en el propio vivir humano, que llama la atención algunas de las conclusiones a las que llegan investigadores acerca de este tema. Están acertados en sus apreciaciones, pero denotan una liviandad y un exagerado pragmatismo.

Investigadores estadounidenses sostienen que hay, en el ambiente médico, cambios positivos hacia la valoración de la RMP y lo fundamentan en tres ítems, a saber⁶:

1) La medicina ha resultado atropellada por la tecnología, por ese motivo se ha perdido la esencia de la importancia de la interacción con el paciente. Hay un intento de vuelta atrás o reconsideración de la esencia de la medicina. 2) el proyecto Genoma Humano ha descubierto que muchas enfermedades pueden ser halladas en el seno de los cromosomas. Es deber del médico aconsejar al paciente acerca de cómo abordar esas enfermedades antes de que se produzcan. 3) se han dado cuenta que la medicina preventiva permite que la relación costo beneficio se incline hacia la disminución de los costos. Por lo tanto el

trabajo del médico consiste en mejorar la relación médico paciente para educar a sus pacientes en comportamientos más saludables. Por ejemplo: "No fumar", redundante en menores gastos para el sistema de salud. Naturalmente también se apunta a disminuir las agresiones al personal de la salud y prevenir la judicialización de las acciones de los médicos.

Están en lo cierto sin dudas, sin embargo a mi criterio la cuestión de la RMP exige un abordaje más profundo y sustancial.

“Los hombres deben volver a aprender que todas las perturbaciones de la salud..., constituyen, en realidad, advertencias para que se trate de recuperar la medida, lo apropiado, el equilibrio natural”.¹

Allí está la función del médico que interactúa con su paciente, la anamnesis es una cuestión de primera importancia, al paciente le gusta hablar acerca de sí mismo y ser escuchado atentamente, desea narrarnos su historia. La interacción se edifica con el fin de desarrollar un espacio de confianza en el que el paciente y el médico despliegan la experiencia de la conversación, en ella los roles tienden a volverse difusos para aparecer el diálogo humano genuino. Casi como por añadidura se inicia una tendencia a la recuperación del equilibrio perdido.

No conviene confundir el espacio de la RMP con el de la amistad, sin embargo en muchos casos, con pacientes afectados de patologías crónicas, ambos tienden a parecerse mucho: *“La conversación posee una fuerza transformadora. Cuando una conversación se logra, nos queda algo, y algo queda en nosotros que nos transforma. Por eso la conversación ofrece una afinidad peculiar con la amistad. Sólo en la conversación (y en la risa común, que es como un consenso desbordante sin palabras) pueden encontrarse los amigos y crear ese género de comunidad en la que cada cual es él mismo para el otro porque ambos encuentran al otro y se encuentran a sí mismos en el otro”*.²

La conversación se logra cuando ambos interlocutores renuncian a ejercer un férreo control de las secuencias comunicativas, cuando ambos resultan dirigidos por ella. En ese marco – excepcionalmente logrado - suelen aparecer la humanidad y la naturaleza en pos de la restauración del mencionado equilibrio.

*“El diálogo concede al otro la posibilidad de despertar su propia actividad interna, sin volver a desorientarse. Y esa actividad interna es la que el médico llama colaboración”.*¹

En la conversación entre dos seres autónomos es donde las intervenciones del médico pueden producir perturbaciones positivas en el llamado “sistema paciente”, la interacción tiene una jerarquía existencial en sí misma. Permítasenos insistir: *“La conversación no solo es el modo en que fluye la palabra entre el paciente, que narra sus síntomas y el médico, que los interpreta y a su vez, debe hacerle comprensible a aquel aquello que padece. En esta relación, por la vía de la palabra, acontece ya lo terapéutico. La conversación terapéutica entre médico y paciente, a pesar de sus innegables dificultades, no debe ser soslayada pues hace parte del tratamiento y de la posible restitución de la salud. Es terapéutica en sí misma”.*⁷

Tanto el médico como el paciente tomarán de ese medio relacional lo que sea de utilidad para cada quien, para la conservación o restauración del estado de salud. En realidad, y mal que nos pese a los médicos, no podemos pasar más allá de las sugerencias, de la persuasión, del consejo fundamentado, de las indicaciones esperanzadas. El paciente no puede ser forzado a “cumplir y obedecer” las “órdenes” del médico, su adhesión es voluntaria o no lo es. La interacción misma creará un marco de aceptación en el paciente, en el que además de sus dichos y los nuestros, se experimente un escenario de convivencia humana que potencie las facultades de ambos y permita la acción de la naturaleza. Ya desde el viejo Hipócrates, esta es la verdadera expectativa, allí tanto médico como paciente deben armarse de paciencia y de humildad.

Referencias Bibliográficas

1. Gadamer H.G. “El estado oculto de la salud” Edit. Gedisa. Barcelona 1996
2. Fernández Labastida, J. Anuario Filosófico, XXXIX/1 (2006), 55-76
3. Maturana, H. “El sentido de lo humano”. Dolmen-Granica. Santiago de Chile. 1997
4. Wittgenstein L. “Tractatus Lógico Philosophicus” Altaya. Barcelona, 1994

5. Chin J. J. “Doctor – Patient Relationship: A covenant of Trust”. Singapore Med J 2001 Vol 42(12) : 579 – 581

6. Solomon J. Di Bara J. Simeone S. Dillon D. “Opportunities and obstacles for Good Work in medicine”. Good Work Report Series, Number 8

7. Maya Franco, C. “La conversación en la relación terapéutica”. Ciencias Sociales y Educación. Enero-junio de 2013 Vol. 2, N° 3, pp. 131-142 Medellín, Colombia.