

## Las palabras de la medicina clínica

La tarea de atender a nuestros pacientes, interpretar los síntomas y los signos, seleccionar un tratamiento y prescribirlo transcurre sobre un andamiaje “natural” de conceptos y presupuestos que tomamos por sobreentendidos. Las palabras, el lenguaje que define los problemas que afrontamos, las metáforas de la enfermedad, del riesgo y del pronóstico y las recomendaciones que transmitimos en el discurso nos parecen herramientas científicas “inmanentes” de la profesión, sin estar sujetas a crítica o reflexión más allá de ajustarse a las evidencias y las guías.

Podría parecer que la exploración del lenguaje es muy compleja, tarea más apta para filósofos, lingüistas, psicólogos o expertos en ciencias de la comunicación. Nada más cierto. Entendemos también como lógico que los psicoterapeutas, que curan con la palabra, sean conscientes de la necesidad de un estudio del lenguaje de mayor profundidad y un entrenamiento supervisado de sus diálogos. Pero temo que los médicos no podremos desentendernos del tema.

### ¿CUÁL ES EL ESCENARIO REAL DE LA MEDICINA Y EL PAPEL DE LAS PALABRAS DE PACIENTES Y MÉDICOS?

La mayor parte de nuestro trabajo transcurre escuchando, examinando, dialogando y prescribiendo. Debemos inicialmente recoger la narrativa del paciente para interpretar su padecimiento. La indicación de un método diagnóstico o una terapéutica, una decisión que al paciente puede parecerle casi automática, está fundamentada en la “medicina basada en evidencias” y es la expresión condensada de lo que consideramos nuestro aporte profesional. Requiere el estudio y la experiencia que hemos labrado en nuestra formación médica, la lectura, los ateneos y los congresos; es para lo que estamos preparados. Infinitos debates sobre a quién recomendar estatinas y en qué dosis, aspirina o cuál es el nivel ideal de la presión arterial, siempre renovados.

¿Cuánto es el tiempo, por contraste, que hemos dedicado a analizar los relatos de los pacientes, a penetrar su mundo de creencias y presupuestos, a reflexionar sobre el “discurso” que utilizaremos para tratar de “encontrar significado” en el motivo de la consulta, a pensar sobre el escenario de vida que quedará planteado al efectuar un diagnóstico o una recomendación terapéutica y cómo podremos ayudarlo?

La tarea médica nos encuentra como usuarios pasivos de una de las herramientas más poderosas, el lenguaje, que como otros “agentes terapéuticos” tiene sus indicaciones y contraindicaciones, sus grandes éxitos y fenomenales efectos adversos.

No es infrecuente que los pacientes recuerden por años alguna frase inspirada que aparentemente he-

mos pronunciado y que ha servido para reforzar el bienestar o alguna conducta terapéutica. El porqué de que en algunos la palabra ha tenido esa inesperada repercusión y en otros se desvanece antes de llegar a la puerta del consultorio es un misterio.

No resulta ilógico que un director de una revista médica proponga explorar algunos aspectos del lenguaje en la práctica médica, y lo intentaré desde la mirada de un clínico practicante, con la convicción de que puede ayudar a mejorar nuestro accionar diario y a enriquecernos en la dimensión humana de la profesión.

Como no soy especialista en el tema, recurriré a la autoridad de las lecturas y sólo en lo referente al acto médico me animaré a algún aporte personal.

### La medicina científica y su lenguaje

En la segunda mitad del siglo XVIII y comienzos del XIX se produjo una revolución en el pensamiento médico, el surgimiento de la medicina científica, que trajo consigo un nuevo lenguaje. Foucault ha documentado en “El nacimiento de la clínica” (1) este fenómeno en la lengua francesa y algo paralelo se ha hecho por lo menos en inglés. (2) Se produce en ese período un revolucionario cambio de la mirada médica: *El individuo en cuestión no era tanto una persona enferma como el hecho patológico reproducible perpetuamente que debe ser encontrado en todos los pacientes que sufren en la misma forma*. El paradigma es el descubrimiento de las enfermedades como objeto del estudio médico, que se asienta en la ciencia de la fisiología y la anatomía patológica, sobre una concepción del “cuerpo como máquina”. Décadas más tarde, esta mirada científica se consolidará en una concepción ampliada a través de la fisiopatología. Es derrotada la postulación de que “no existen enfermedades, sino enfermos”, hoy tomada como una adecuada referencia a la necesidad de reconocer la particularidad e individualidad de cada paciente, en aquel entonces un argumento para combatir el pensamiento “nosológico”. Aparecen los hallazgos típicos de la tuberculosis, la aterosclerosis, la inflamación, la descripción se hace minuciosa y detallada y los médicos comienzan un proceso que continúa hoy de hilado fino hacia los mecanismos de la enfermedad.

### Distanciamiento de médicos y pacientes: Rituales y lenguaje

Comentan los historiadores que el conocimiento de un profesional y un lego no tenían una gran distancia a comienzos del siglo XVIII, y un lector ávido podía con la lectura de obras de divulgación médica (verdaderos *best-sellers* de la época) dominar gran parte de los aportes conceptuales y las terapéuticas útiles de ese período. Esto se hace impensable ya a comienzos

del siglo XIX, lo que queda simbolizado con el uso del guardapolvo (los investigadores de laboratorio lo usaban obviamente para no manchar su ropa, pero su generalización a la clase médica representó el ingreso de la ciencia al consultorio) y algunas décadas más tarde con el estetoscopio. Ambos signos marcan el abismo de conocimiento que separa la ciencia médica de la cultura general y, cómo negarlo, la pretensión de autoridad que dicho conocimiento trae aparejado.

El lenguaje médico adquiere la “naturalidad” y la “neutralidad” del lenguaje científico, con un gigantesco avance en la nosología, la lograda pretensión de ponerle nombre a los problemas que inducen sufrimiento para crear enfermedades comprensibles y tratables, una especie de Adán bíblico dando el nombre a los animales que habitan su mundo. Hemos aprendido en las últimas décadas que la segmentación de la realidad del sufrimiento humano en nosologías no es neutra ni natural, como tampoco lo es el uso del lenguaje en ningún aspecto, como insistiremos más adelante.

### LA DOMESTICACIÓN DEL AZAR

Otro aspecto revolucionario, de influencia explosiva sobre el pensamiento terapéutico y la digresión pronóstica, ha sido la introducción de la estadística. En una crónica profunda del tema, Ian Hacking (3) nos relata el furor de medir y estimar todo que estalla a comienzos del siglo XIX y el ingreso del pensamiento estadístico a la medicina con sus derivaciones. (4)

El pensamiento epidemiológico, aplicado inicialmente para reconocer factores vinculados a “epidemias”, fue extendido ya en esa época a la estimación del impacto de intervenciones como la vacuna de Jenner antivariólica, y luego de múltiples periplos intelectuales y experimentales a su uso actual como herramienta básica para la estimación de “riesgo” y evaluación de terapéuticas. También subyace a una concepción de la sociedad como un cuerpo que puede influirse con medidas que modifican su comportamiento en términos de morbilidad y mortalidad y, en consecuencia, a la medicina preventiva y sus pretensiones científicas y no menos ideológicas. La medicina orientada a la población y no al paciente (paciente), impregnada de probabilidades, porcentajes y riesgos.

### LOS PROBLEMAS QUE VEMOS COMO ENFERMEDADES

La discusión epistemológica sobre qué es una enfermedad, lo normal y la salud, constituye uno de los temas de mayor debate y complejidad de los filósofos que piensan la medicina. Se entrelaza con los valores socioculturales y nuestra concepción de sufrimiento y la muerte de tal manera que su abordaje resulta muy complejo. Basta como ejemplo enunciar dos enfoques polares sobre la muerte: “una etapa inevita-

ble, integral y normal de la vida” contrapuesto a “un fracaso de la medicina”. A la complejidad del tema se suma la profusión de términos en inglés para enfermedad: *disease* (entidad definida - afectación con asiento orgánico), *illness* (padecimiento) y *sickness* (malestar más inespecífico, más relacionable con el papel social que modifica), que hacen más difícil la traducción de estos debates al español.

Un aspecto accesible para encarar con mayor sencillez es el análisis de la evolución en la nosología de las últimas décadas, vinculada a una medicina insertada en la economía de mercado, hegemonizada por la investigación de la industria farmacéutica, y con intervenciones farmacológicas muy activas en áreas cotidianas de la vida.

### Los malestares de la vida y la medicalización

El denominado modelo biomédico, que profesamos y practicamos, mantiene una estrategia de escucha del relato del paciente para obtener síntomas precisos que nos guíen al diagnóstico de la enfermedad que los motiva. En este modelo, el análisis de la narrativa está muy concentrado en lo nosológico. Como es lógico, la gran mayoría de las consultas, motivadas por malestares corporales y espirituales vinculados a nuestra compleja vida emocional y social, no llevan a ningún diagnóstico biomédico. Estos malestares sin diagnóstico, que en algunos casos pueden adquirir una presencia invalidante, escapan al modelo.

Hoy en día la medicina científica ha invadido también alguno de estos terrenos. Para peor o mejor, en las últimas décadas ha habido un esfuerzo para medicalizar todos los aspectos de la vida. Visto como conspiración por Ivan Illich, (5) o como tragedia con actores pero sin culpables por otros, (6) somos protagonistas de este fenómeno único en la historia de la humanidad, en la que nuestra vida podría estar guiada, planificada, mejorada y quizás eternizada por la medicina y sus conocimientos científicos.

### Los malestares de la vida y las nuevas enfermedades

De la mano de los avances en el desarrollo de la industria farmacéutica, malestares de la vida o circunstancias naturales se han “ontologizado” como enfermedades. Uno de los ejemplos más debatidos ha sido la caracterización de la menopausia como una enfermedad por privación hormonal, y lógicamente curable con estrogénoterapia. Todo tema que puede modificarse con un fármaco ha seguido la intención de ser ontologizado (transformado en entidad). Así, la desatención de los chicos en la escuela es un síndrome que debe ser tratado con psicofármacos, eximiendo a los padres y maestros de mayor reflexión, hipótesis probablemente aplicable a casos extremos pero que en la práctica abarca a casi la mitad de los alumnos en muchas series.

La nosología no es inocente, induce cambios notables en nuestra forma de pensar a nuestros semejan-

tes y por supuesto en la delimitación del accionar médico. Así, calificar a alguien como muy tímido refiere a una observación empática, pero denominarlo “trastorno de ansiedad social” (*social anxiety disorder*) nos acerca a una patología y lógicamente preanuncia un fármaco para corregirla. La disfunción sexual como definición parte de un pretendido conocimiento de la “sexualidad normal” como dato científico, lo que resulta algo indudablemente pretencioso.

### Ontologización de variables continuas

También en la evaluación de factores de riesgo hemos tenido modificaciones incesantes en los criterios de definición. La lectura del estudio HPS, en el que las estatinas bajaron el riesgo cualquiera que fuera el nivel de colesterol inicial, llevó a considerar que “todos somos hipercolesterolémicos”, (7) y podríamos enunciar lo mismo sobre la hipertensión y quizás otras condiciones. En los últimos años hemos aprendido que nuestra civilización habita nuevos parámetros biológicos distantes de nuestros primos los primates superiores e incluso de nuestros hermanos paleolíticos, producto de las inmensas modificaciones en las dietas, la disminución del trabajo corporal, la vida urbana, en fin, un contexto de vida absolutamente diferente. En este sentido, el nivel de presión y colesterol han devenido en elementos pasibles de manipulación médica en las estrategias de prevención en toda la población, seleccionando su aplicación o intensidad de acuerdo con modelos de riesgo individuales. Este modelo de pensamiento es complejo y poco compatible con las definiciones de hipertensión de los consensos, y mucho menos de prehipertensión.

Algo similar hemos aprendido sobre la glucemia. La propuesta de modificar el nivel de glucemia para la definición de diabetes de 140 mg/dl a 126 mg/dl ha sido discutida en profundidad por muchos autores. Kaplan (8) ha informado que este cambio multiplicó tres veces (de 9 millones a 33 millones) en los Estados Unidos el número de personas que requieren tratamiento por diabetes. ¿Hemos descubierto que las personas con 135 son diabéticas o que 135 es un nivel que vale la pena modificar y por tanto lo definimos como patología? Dado el mediocre o nulo beneficio demostrado en los ensayos controlados al intentar llevar la glucemia a niveles tan bajos, quizás sea necesario repensar este tema desde un ángulo diferente. (9) La diabetes en el imaginario popular es algo muy distinto del incremento de riesgo que implica 135 de glucemia, cuyo enfoque no es diabetológico, sino un elemento más para la evaluación de riesgo cardiovascular individual y medidas menores.

### Anécdota 1

*Una paciente de 75 años, que carece de factores de riesgo clásicos y lleva una vida saludable, en un análisis registra una glucemia de 132. Derivada al diabetólogo, éste confirma en una nueva medición un valor simi-*

*lar, y tratando de resultar simpático le dice: tengo dos noticias para usted, una mala y una buena. La mala es que usted es diabética y la buena es que yo voy a ser su médico. Le recomendó un aparato para controles frecuentes de glucemia domiciliarios, medicación y dieta. La paciente se pinchó por tres días, luego suspendió y me consultó con el siguiente planteo: sabe doctor, este año anduve con problemas, engordé ocho kilos y dejé de hacer pileta. Pienso que antes de tomar toda esa medicación probaría con bajar un poco de peso y hacer ejercicio. La paciente revirtió las noticias transformándolas en dos igualmente buenas: la primera es que el diabetólogo ya no era su médico y, la mejor, que no era “diabética”, por lo menos en el sentido del imaginario de la enfermedad.*

### LA MEDICINA CIENTÍFICA TODO LO SABE Y SOBRE TODO PUEDE OPINAR

Si la medicina conoce toda la ciencia de la vida, está entonces en condiciones de dictaminar sobre cuánto se debe dormir, qué se debe comer, cuánto se debe ejercitar, cuántas relaciones sexuales se deben tener por edad y cuánto deben durar, con qué frecuencia debe evacuarse la vejiga y defecar, cuántas veces por día debemos reírnos. Obviamente, también qué mediador químico explica cada uno de los malestares de la vida. Los periódicos están habitados por noticias cotidianas con esa mirada y muchas veces eso impregna nuestro discurso.

No es lo mismo observar que las personas que ríen y la pasan bien se enferman menos que prescribir risas. Asimismo, si el hábito de dormir la siesta se asocia con menor enfermedad cardiovascular, no significa que los que no tienen ese hábito y lo adoptan contra natura mejoren su pronóstico. Lo mismo puede afirmarse sobre el ejercicio físico y la mayor parte de lo que se dice sobre dieta. Estimando que una persona que ejercita 45 minutos tres veces por semana desde los 40 años a los 70 prolonga un año de vida, podemos efectuar el siguiente cálculo: consumirá corriendo 3.510 horas, lo que es lo mismo que 146 días. Es evidente que si nuestro nuevo Forrest Gump (10) lo disfruta habrá hecho una gran inversión, pero si le disgusta y prefiere escribir o leer, habrá perdido un tiempo precioso persiguiendo lo inalcanzable. Establecer lo que es bueno o malo para la salud no resulta tan sencillo.

### La propaganda directa de medicina al consumidor y medicalización

La medicina funciona en muchos de estos aspectos como telón de fondo de negocios a veces casi burdos. (11) Actualmente se difunde por televisión la publicidad de dos yogures, uno dedicado a “aliviarse” diariamente y otro a evitar las horrorosas distensiones abdominales gaseosas que aparentemente afectan a todas las mujeres jóvenes y hermosas, una verdadera

maldición bíblica sin duda peor que parir con dolor, sufrimiento más esporádico. Coinciden en ser ambos productos del pecado de comer lo prohibido. Incluso una de estas propagandas es rematada con una sentencia de aparente respaldo científico: La Sociedad Argentina de XX recomienda cuidar su salud digestiva diariamente. Esta frase, que en sí misma resulta inobjetable por su vacuidad y podría extenderse con la misma autoridad a la salud urinaria, cardiovascular, dental, capilar o axilar, en el contexto sugiere que la entidad científica prefiere que las argentinas tengan al menos una catarsis diaria garantizada por el saludable yogur. La pretensión del discurso médico de que cotidianamente vivamos para la salud resulta muy ajena a la vida real y probablemente iatrogénica.

### EL ENCUENTRO MÉDICO-PACIENTE. LAS PALABRAS Y LA NARRATIVA

En los últimos años ha surgido una corriente que reivindica la necesidad de enseñar competencias narrativas en las escuelas de medicina. (12, 13) Uno de los objetivos es recuperar el relato del paciente y su vida (“narrativa del paciente”) en la práctica médica, en parte como oposición al “modelo biomédico” y el dinámico dúo “pasión clasificatoria-fármaco”. El tema médico es tratado hoy en revistas de narrativa y, como lo expresa una de sus animadoras, pretende “...insertar la cultura dentro del modelo narrativo de la interacción médico-paciente y defender el argumento de que la cultura –la circunstancia en la que se sitúan históricamente médicos y pacientes– influye en lo que se dice y lo que se escucha de un modo muy importante.” (14)

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.

Una primera dimensión, de fácil instrumentación, es la modificación de la historia clínica y su presentación en la recorrida. Docentes de importantes escuelas de medicina han propuesto, por ejemplo, recuperar algunas estrategias básicas para evitar la “cosificación” del paciente internado: en la cama cuatro hay un infarto. Proponen en ese sentido incluir en la historia clínica escrita el relato breve de la vida del paciente: qué estudió, a qué se dedica, su estructura familiar y capacidades actuales. (15)

### Un tema frecuente como ejercicio práctico: el incumplimiento de los tratamientos

Uno de los hechos más comunes en el consultorio y en las series de casos médicos es la interrupción o modificación por el/la paciente de la estrategia recomendada. En la bibliografía anglosajona por años se denominó a este incumplimiento *non-compliance*, no complacencia o desobediencia.

La revolución industrial y la economía de mercado desplazaron a la mayor parte de la población a las ciudades, alejándola de la medicina tradicional de los que hoy llamamos curanderos, cambiando la mirada hacia los problemas de la salud y generando por primera vez la posibilidad de que la institución médica acceda a la atención de toda la población y no sólo las minorías que accedían a ella. La distancia de conocimiento e institucional con el paciente consolidó un modelo de medicina “paternalista” y la figura, por lo menos para algunos sectores de la sociedad, del médico de familia. Ésta, por supuesto, es una visión general y no pretende ocultar que en nuestro país aún subsisten, y quizás se expanden, grandes segmentos de la población que carecen de la asistencia médica y el acceso a la tecnología, pero no es el tema que nos ocupa hoy.

La denominación de incumplimiento o *non-compliance* remite a ese modelo. Al cuestionarse el modelo paternalista del profesional que da órdenes que un paciente debe obedecer, la terminología de *non-compliance* fue reemplazada por *adherence*, adherencia a un plan.

En la última década se ha propuesto el modelo de “concordancia”, en el cual médicos y pacientes mantienen una relación de igualdad en la decisión y acuerdan probar un tratamiento determinado. (16) Miles de trabajos se publican anualmente confirmando que el cumplimiento de los tratamientos sigue aún hoy muy irregular. Aunque cuando puede abordarse desde una mirada epidemiológica, el tema está presente en la práctica de todo médico en su consulta, lo que lo devuelve a un plano en el que podemos y deberíamos explorar en nuestra formación individual. Una de las mayores calificaciones que aporta la experiencia en el consultorio es la capacidad de prescribir un tratamiento que será cumplido a largo plazo, con toda la artesanía que ese logro implica.

### La mirada de la retórica

El problema del incumplimiento se ha abordado desde múltiples ángulos y una posibilidad “novedosa” es hacerlo desde un análisis de la retórica en el encuentro médico-paciente. Recorro a la definición de Wikipedia para retórica: *disciplina transversal a distintos campos de conocimiento que se ocupa de estudiar y de sistematizar procedimientos y técnicas de utilización del lenguaje puestos al servicio de una finalidad persuasiva o estética del mismo, añadida a su finalidad comunicativa.*

Nos estamos refiriendo al arte de la persuasión, nada más relevante al tema que discutimos. Judy Segal dedica un libro reciente a un análisis muy rico de la retórica en medicina. (17) Explora en profundidad la relación entre la medicina y su circunstancia histórico-cultural desde la propia definición de lo que es normal y patológico, sus valores y metáforas, (18) el análisis de ejemplos históricos como las jaquecas y las hipocondrías, la retórica de la vida y de la muerte y la

evolución de las narrativas de la enfermedad incluso en sus nuevas versiones en *blogs*.

Uno de sus capítulos está dedicado al tema del cumplimiento con la medicación. Sabemos que el hecho está influido por variables socioeconómicas (años de escolaridad, la posibilidad de acceso económico a la medicación, facilidad de acceso a la consulta) que constituyen obstáculos para ser combatidos activamente. Pero lo que me interesa resaltar en este análisis es que aun sin ninguna de estas barreras muchos pacientes toman la medicación en forma muy irregular, la cambian, juegan entre varios colegas rotando los tratamientos, etc. El estudio DIAL (19) ha demostrado, desde un modelo quizás paternalista (llamar por teléfono a los pacientes para recordarles lo que debían tomar de medicación y sus controles de peso, etc.) que esa estrategia aumenta la “adherencia” y disminuye internaciones.

### El entrenamiento en técnicas conductuales de persuasión

Otro modo ha sido a través de enfoques conductuales, con el uso de técnicas retóricas. En el análisis de un discurso en el encuentro médico-paciente se pueden reconocer argumentos ligados al *ethos* (al ser y actitudes del emisor del discurso), al *pathos* (el afecto que se quiere suscitar en el receptor: calma, enojo, ira, miedo) y al *logos* (lo referido al tema y mensaje del discurso).

Desde un enfoque cognitivo, lo anterior puede enfocarse como “teoría de la persuasión”, reconociendo una fuente, un mensaje y un receptor. De esta manera se pueden predeterminar discursos, etapas de la entrevista, etc. Esto es ampliamente aplicado a las estrategias de venta, y en nuestro campo parte de la intención de la autoridad médica de influir en el paciente y lograr objetivos concretos. En este sentido se pueden reconocer aportes de valor: cómo dar malas noticias, (20) cómo encuadrar la consulta estructuralmente, la medicina “basada en la etiqueta” (21) (presentarse al paciente internado, por ejemplo, dándole el propio nombre del médico, saludarlo, interesarse por lo que hace, etc.), que sin duda pueden contribuir a mejorar nuestra práctica y constituir una base cuando partimos de un tema habitualmente ignorado por la formación médica.

Sin embargo, estas son aproximaciones instrumentales que quizás soslayan la necesidad de crear un plano de comunicación diferente con pacientes y familiares que haga a estas medidas naturales e inevitables dentro de un mejor contexto.

### ¿Qué escuchamos cuando un paciente nos habla?

Hemos comentado que en la mirada de la medicina científica el paciente internado por infarto pasa a constituir una manifestación más de un continuo de la enfermedad aterosclerótica en su variedad necrótica con onda Q o sin ésta, todo estrictamente cierto, de gran valor operativo, pero con limitaciones para nues-

tra capacidad de ayudar. Otro autor lo expresa de esta manera: con la consolidación de la medicina científica y la pérdida de la narrativa del paciente, “los doctores comienzan a sonar como doctores, y las voces de los pacientes desaparecen”. (2)

Desde esta mirada, es posible concebir al incumplimiento de los tratamientos como una expresión de la voz silenciada de los pacientes, que nos dice que no confían o no quieren o les parece mal tomar esa medicación, lo que los lleva a la decisión de interrumpirlo, decisión que resulta disimulada en aparentes olvidos, problemas de intolerancia, económicos y otros muchos.

### Anécdota 2

- *Sabe, Joaquín, me llama la atención en este análisis cómo le subió el colesterol. ¿usted está tomando la medicación?*
- *Sí, doctor.*
- *¿Pero no la suspendió ni siquiera unos pocos días?*
- *Bueno, me había quedado sin medicamentos una semana antes, pero pensé que no podía influir... Después lo compré y seguí tomando...*

Lectura: el paciente tomó la decisión de suspender el fármaco unos días antes del análisis para experimentar la posibilidad de que el colesterol ya no le suba más y pueda dejar de tomarlo, estrategia que probablemente hubiera sido resistida por el médico.

### Las dimensiones del diálogo médico-paciente. Paternalismo versus concordancia

Pensar en términos de concordancia, es decir, discutir en profundidad el motivo y la racionalidad de la medicación en un lenguaje y un contexto que puedan ser comprendidos e incorporados al sistema conceptual del paciente, sin ninguna duda enriquece el diálogo y debería mejorar el resultado. El paciente tomará la decisión, más relevante y pesada que la del médico, de lo que hará con las recomendaciones, pero ya no será “desobediente con las órdenes”. (22) Sin embargo, no debemos olvidar que las dimensiones de enfermedad que manejamos médicos y pacientes son diferentes: los médicos pensamos en enfermedades con nombre y apellido y para los pacientes las enfermedades son malestares, sufrimientos o amenazas. La medicación es vista por nosotros como elementos altamente positivos, verdaderos “remedios” y por los pacientes (y a menudo por nosotros mismos cuando nos toca ser pacientes), como elementos estigmáticos de invalidez, de necesidad de ayuda, de debilidad, de dependencia, de enfermedad discapacitante y, por supuesto, asociados con la posibilidad de hacerles daño.

### Anécdota 3

*José ha padecido un infarto.*

- *¿Toda la vida tendré que tomar todos esos remedios?*

- *¿Le caen mal?*
- *No doctor, pero a mi edad... Fíjese la batería que tomo...*

(Nos resume aquí una queja referida a lo estigmático de verse y en especial ser visto como un individuo dependiente de medicaciones, el tremendo fracaso de la vida para que a los 50 años necesite todo eso, una vergüenza indisimulable.)

Respuesta (uno de los mil discursos posibles):

- *Lo comprendo. Cuando usted y yo éramos chicos, teníamos algún familiar que tomaba muchas pastillas; una de dos, o estaba muy enfermo o era débil e hipocondríaco. Una forma de estimar cuánto estaba de grave alguien era decir el número de remedios que tomaba. Pero también era una época en que había pocos fármacos útiles, era otro tiempo. De hecho, si usted no tomara la mayor parte de lo que indicamos se sentiría exactamente igual. Son para prevenir que no se sigan tapando las arterias y evitar nuevos ataques. Usted no es dependiente de estos remedios, puede dejarlos cuando quiera, pero simplemente se priva de los beneficios que la medicina le puede brindar hoy. Hay incluso investigadores que dicen que estos cuatro remedios deberían tomarlos todas las personas mayores de 55 años y conseguirían prolongar la vida 10 años promedio.*

¿Cuánto tiempo dedicamos a elaborar estos discursos, adaptados al semblante y carácter del paciente (y por supuesto estimar si han sido útiles)? ¿Quién nos escucha o nos corrige, con quién los discutimos?

### LA PROPUESTA DE UNA NUEVA RETÓRICA

La propuesta de Segal en su libro es distinguir la teoría de la persuasión, que hemos enunciado líneas arriba como instrumental o técnica, de la teoría de la retórica, que pretende profundizar en los aspectos de la comunicación médico-paciente desde otra dimensión. La verdadera comunicación retórica, nos dice, sólo existe cuando las mentes se ponen de acuerdo entre médico y paciente y hablan un mismo idioma.

Parte de una verificación: para el funcionamiento del modelo paternalista, es perjudicial que se haya producido un debilitamiento del *ethos* del médico, es decir, del reconocimiento de su autoridad, vocación por ayudar. No cabe ninguna duda de que la imagen del médico que todo lo sabe, omnicompreensivo y cálido, cuya autoridad no puede cuestionarse, no se parece en casi nada a la figura del médico que se nos presenta en el encuentro real de la consulta en la mayor parte de los contextos asistenciales. Una segunda lectura, que no está dissociada de lo anterior, es un debilitamiento de la identificación entre el paciente y el médico. La pretensión de que estas dificultades serán superadas con transferir mayor responsabilidad al paciente desde una retórica horizontal (médicos y pa-

cientes son iguales) frente a una retórica vertical (el médico sabe y el paciente ignora) tampoco ha sido acompañada por el éxito y podría agravar el problema de la medicación.

La igualdad debe ser respetada al extremo en lo que se refiere al derecho a expresar y la toma de decisión final, pero es difícil aceptar que lo opinado sea de similar valor, dada la diferencia de conocimientos respecto del tema. Puedo opinar frente al mecánico de autos, pero es muy probable que su opinión se ajuste mejor al problema. La retórica de la igualdad médico-paciente pertenece a la retórica del consumidor y sus derechos, probablemente inapropiada para términos de salud y enfermedad.

### ¿Qué saben verdaderamente los pacientes de su enfermedad?

El médico es experto en la enfermedad, pero el paciente crónico es experto en su padecimiento, nosología *versus* experiencia en ella. El encuentro médico debe negociar esos conocimientos expertos en forma virtuosa. De hecho, gran parte de la tarea médica en pacientes que han tenido un infarto y están habitados por dolores multiformes o de pacientes con extrasístoles sintomáticas no es aliviar los síntomas, sino aliviar el temor de que fueran síntomas de una enfermedad amenazante.

### CONCLUSIONES

*Somos tan incapaces de alcanzar definitivamente la razón y el acuerdo entre los espíritus como de renunciar a hacerlo. Ver al hombre desde afuera es la crítica y la salud del espíritu. Pero no, como Voltaire, para sugerir que todo es absurdo. Mucho más para sugerir, como Kafka, que la vida humana siempre está amenazada, y para preparar, por el humor, los momentos raros y preciosos donde los hombres se reconocen y se encuentran.*

MARCELO MERLEAU-PONTY (23)

He intentado recorrer el tema de la palabra y el lenguaje médico sólo en unas pocas de sus dimensiones posibles, invitando a la reflexión sobre su falta de inocencia, y el potencial terapéutico que una interpretación adecuada de la narrativa del paciente y algunos aspectos de la retórica pueden aportarnos. Podríamos hablar de la iatrogenia de la palabra médica, de las metáforas de la salud y la enfermedad, de nuestros discursos a los pacientes en los cuidados intensivos y una infinidad de temáticas de interés teórico y práctico.

Estos problemas no se resuelven con sólo pensarlos. Abordarlos implica una disciplina formativa, releer nuestra práctica, generar los ámbitos de diálogo sobre narrativa, grupos para debatir y ejercitar nuestra "retórica" con la profundidad que el tema merece.

Los médicos no sólo escuchamos de determinada manera, sino que educamos al paciente a relatarnos lo que nos interesa. Es obvio que no relata lo mismo al homeópata, para quien es muy relevante si transpira los pies con o sin olor o tiene sueños persecutorios, que al cardiólogo o al clínico. El paciente crónico habla para el médico, entrenado en señales de alarma, pero con el riesgo de ocultar nueva sintomatología que podría ser muy relevante. Los médicos también tendemos a escuchar sólo lo concerniente a lo que el paciente "es" como patología.

No hay quizás un curso sobre el lenguaje y la comunicación médica, pero sí maestros parciales que pueden ayudarnos a acrecentar nuestro desarrollo. Es una tarea necesariamente grupal. Podemos trabajar en la elaboración de discursos sobre temas diversos, consolidando nuestro pensamiento actual: tendríamos así una retórica debatida del diurético, de la dieta o del ejercicio. Pero esto es muy insuficiente.

Jude Segal sugiere la necesidad de profundizar el conocimiento de los términos retóricos, pero fundamentalmente tratar de lograr la identificación con el paciente y su padecimiento. Cualquiera que sea la técnica que se pretende aplicar fracasará si no existe empatía. Y la empatía no se practica por decisión, surge en forma natural cuando somos capaces de generar el ámbito adecuado de comunicación en el que estarán comprometidos también nuestros propios conflictos y padecimientos, nuestra propia sabiduría para la vida.

El *ethos*, la capacidad persuasiva de nosotros como médicos, depende de nuestra formación pero también del *ethos* de toda la profesión médica, tan endiosada en las ilusiones de salud eterna como despreciada en la práctica con malas remuneraciones y destrato, atravesada también por la corrupción y la desidia. El médico debe ser un experto confiable para que eso genere garantías que permitan el desarrollo de una comunicación real, reforzada seguramente por la estructura de la argumentación y la generación de una situación retórica adecuada en la entrevista (ámbito, tiempos, clima). El reclamo de credibilidad, primer paso hacia la relación médico-paciente, también está cuestionado en un modelo complejo: el médico es visto como parte de una corporación profesional y, además, como agente de sistemas prepagos, obras sociales de estructuras asistenciales y, en definitiva, de cierto poder.

## PALABRAS FINALES

En la narrativa del paciente siempre aparecerán aspectos de su situación emocional y el sólo preguntar sobre el tema otorga al paciente el permiso o la valorización de la relevancia de que lo que verdaderamente le pasa en la vida. A menudo nos permitimos en ese sentido tratar de influir sobre los pacientes haciendo recomendaciones o abriendo las puertas de la psicone-

rapia. Lamentablemente, esto tampoco es inocuo. Hace poco expresaba con humor el novelista y periodista Eduardo Blaustein:

*El otro gran problema es el de aquellos pacientes que padecieron infartos y no van por la vida llenos de optimismo, a los alegres saltos y echando pétalos al aire. Que el médico les diga, para simplificar en extremo, cuidado hombres tristes, estáis condenados al infarto, eso también es una impertinencia.*

Como se ve, estamos frente a una dimensión compleja de la medicina. Ocultarla tiene sus costos en reducir la dimensión de nuestra práctica a una empobrecedora tarea técnica basada en la evidencia y ayudar poco. Abrirla al debate implica un enorme esfuerzo de reflexión y compromiso, pero que no puede menos que enriquecernos.

Carlos D. Tajer

## BIBLIOGRAFÍA

1. Foucault M. El nacimiento de la clínica. Siglo XXI Editores; 1966.
2. Fissel M. The disappearance of the patients's narrative and the invention of Hospital Medicine. British Medicine in an age of Reform. London: Routledge; 1991.
3. Hacking I. La domesticación del azar. La erosión del determinismo y el nacimiento de las ciencias del caos. España: Editorial Gedisa; 2006.
4. Doval H. La "distribución normal" de Gauss y el "hombre tipo" de Quetelet. Rev Argent Cardiol 2004;72:239-41.
5. Illich I. Medical Nemesis. The expropriation of health. London: Calder and Boyars; 1975 (hay versión en español: Némesis Médica. Editorial Joaquín Mortiz, México).
6. Fredriksen S. Tragedy, utopia and medical progress. Journal of Medical Ethics 2006;32:450-3.
7. Tajer C. Todos los pacientes en prevención secundaria o primaria de alto riesgo deben ser tratados con hipolipemiantes, cualquiera que sea el valor de colesterol. Revolucionarios resultados del Heart Protection Study. Rev Argent Cardiol 2001;69:581-3.
8. Kaplan R, Ong M. Rationale and public health implications of changing CHD risk factor definitions. Ann Rev Public Health 2007;28:321-44.
9. The Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes Study Group. Effects of intensive glucose lowering in type 2 diabetes. N Engl J Med 2008;358:2545-59.
10. *Forrest Gump* es una película, estrenada en 1994 y dirigida por Robert Zemeckis, en la que Tom Hanks representa a un personaje de poca inteligencia pero fuertes pasiones. En un momento de su vida, frente a una pérdida, decide comenzar a correr y lo hace por años sin ningún objetivo aparente.
11. Mintzes B. For and against. Direct to consumer advertising is medicalising normal human experience. BMJ 2002;324:908-9.
12. Greenhalg T, Hurwitz B. Narrative based medicine. Dialogue and discourse in clinical practice. London: BMJ Books; 1998.
13. Tajer C. Cardiología basada en la narrativa. ¿Incompatible con cardiología basada en evidencias? Cómo aprender a escuchar y decir. Rev CONAREC 2004;73:20-4.
14. Aull F. Telling and Listening: Constraints and Opportunities. Narrative 2005;13:281-93.
15. Donnelly W. The language of medical case histories. Medical Writings 1997;127:1045-8.
16. Horne R, Weinman J, Barker N, Elliott R, Morgan M. Concordance, adherence and compliance in medicine taking. Report for the National

Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCSDO). 2005.

17. Segal J. Health and the rhetoric of medicine. Southern Illinois University Press; 2008.

18. Lakoff G, Johnson M. Philosophy in the Flesh: the Embodied Mind and its Challenge to Western Thought. Basic Books; 1999.

19. GESICA Investigators. Randomised trial of telephone intervention in chronic heart failure: DIAL trial. *BMJ* 2005;331:425-9.

20. Alves de Lima A. Cómo comunicar malas noticias a nuestros pacientes y no morir en el intento. *Rev Argent Cardiol* 2003;71:217-20.

21. Kahn M. Etiquette-based medicine. *N Engl J Med* 2008;358:1988-9.

22. Marinker M. From compliance to concordance: achieving shared goals in medicine taking. *BMJ* 1997;314:747-8.

23. Merleau-Ponty M. El mundo de la percepción. Siete conferencias. Buenos Aires: FCE; 2008.