

El efecto de ver por primera vez el mar. Un intento de definición de la Ley General de la medicina de familia: la entrevista es la clínica

José Luis Turabián^a y Benjamín Pérez Franco^b

Goethe no había visto nunca el mar, y en su libro *Viaje a Italia*, en 1786, describe esa primera experiencia de ver el mar. «Hoy me he procurado un plano de Venecia y me he dado cuenta de que la ciudad es más grande de lo que me imaginaba: Después de haberlo estudiado largo rato, he subido al campanile de San Marcos desde donde se contempla un espectáculo único. Era hacia el medio día, el cielo tenía una transparencia limpiísima, de manera que he podido ver de lejos y de cerca. La marea cubría la laguna y, dirigiendo la vista hacia el Lido, he visto por primera vez el mar y algunas velas en la lejanía... ¡De todos modos, el mar es un gran espectáculo...!»

Cosas del mar y de la costa brava. Josep Pla.
Barcelona: Editorial Juventud; 1988

Las rutas complicadas en la vida dependen más de las personas que de las situaciones. En un estudio sobre trayectos complicados entre los conductores de autobús de Londres, se vio que el sentido de «ruta complicada» dependía más del conductor (sus habilidades o falta de ellas, su personalidad) que de las rutas propiamente dichas¹. Lo mismo pasa en medicina de familia (MF): los elementos complejos –los puntos clave– de la MF dependen más de las personas y los contextos que de las patologías.

La tarea del médico de familia (MdF) no es diagnosticar qué tipo de enfermedad tiene el paciente, sino más bien qué tipo de persona es y cómo presenta los síntomas. No es diagnosticar enfermedades; es entender a personas y contextos. La formación médica prepara más al MdF para enfrentarse a dilemas técnicos que a problemas humanos. Debemos ver a los pacientes como si ellos desearan decir-

nos –comunicarnos– algo sobre sus problemas específicos humanos, aunque sus acciones parezcan referirnos al mundo de las concepciones técnico-médicas².

La Ley General de la MF se refiere a integrar lo humano y lo técnico, la comunicación y el razonamiento clínico. Conectar los aspectos biomédicos y psicosociales de la asistencia clínica. Esto es básico para lograr el objetivo final: se trata de lograr tomar «decisiones buenas», las que reducen o gestionan la incertidumbre del impacto³. La entrevista es una técnica o cauce y lugar de la comunicación, donde se produce y desarrolla la relación médico-paciente. Y la comunicación en la relación médico-paciente señala –señaliza (como la señalización de un sendero en el bosque, de modo que podemos centrar nuestro estudio de campo en los valores naturales del lugar)– el marco clínico.

La relación del médico con el paciente es el verdadero núcleo de la praxis clínica. Para ello es preciso una entrevista clínica propia de la MF que evite su estructuración descontextualizada, y en la que no se ha hecho el hincapié que se precisa (tabla 1). La entrevista médico-paciente-contexto es así, una experiencia de aprendizaje. La intervención del médico es un tipo de comunicación que ayuda al paciente y al médico a aprender.

Es importante que el aprendiz, antes de estar inmerso en los aspectos técnicos y cognitivos de la medicina, sea capaz de identificar los sentimientos o emociones, miedos y preocupaciones del paciente, de forma que el conocimiento técnico aprendido en la facultad pueda aplicarse en su verdadera grandeza, en el contexto de esas necesidades.

No hay que olvidar que, por ejemplo, un dolor abdominal puede provenir tanto de la vesícula biliar como de la propia vida.

«Cuidar» sin «ciencia» es una acción cariñosa bienintencionada, pero no medicina. La ciencia sin cuidar al paciente vacía de contenido a la medicina y se opone a su potencial de ayuda hacia los enfermos. Así, los dos componentes son esenciales para el «arte de hacer medicina»⁴. La medicina es una disciplina basada en el humanismo. La compasión es un componente esencial de la atención médica de alta calidad en el mundo actual tecnológico de la medicina. Han cometido más errores en medicina aquellos que «no cuidan» a los pacientes que aquellos que «no saben medicina». La buena comunicación, la comunicación libre entre las personas, es siempre terapéutica. La comunicación verdadera ocurre cuando se evita la tendencia evaluadora, cuando

^aMedicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud Polígono Industrial. Toledo. España.

^bMedicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud La Estación. Talavera de la Reina, Toledo. España.

Correspondencia:
J.L. Turabián.
Calderón de la Barca, 24. 45313 Yepes, Toledo. España.
Correo electrónico: jturabianf@meditex.es

Manuscrito recibido el 29-4-2008.
Manuscrito aceptado para su publicación el 5-5-2008.

Palabras clave: Entrevista. Clínica. Razonamiento clínico. Medicina de familia. Comunicación. Narración.

TABLA 1
Características de la entrevista clínica propia de la medicina de familia

1. Desestructurada y libre: no hay un orden en el método clínico; el diagnóstico y el tratamiento ocurren de forma simultánea e integrada. En un sentido amplio, el tratamiento es el diagnóstico
2. Estratégica: desde donde podemos, en zigzag, «a través del campo» en vez de por el sendero
3. Desde los puntos fuertes: desde nuestro estilo y el del paciente, desde donde nos sentimos bien
4. Aprovechando las oportunidades
5. Contextualizada, primero el contexto, y luego los signos y síntomas o la enfermedad
6. Centrándose en los elementos/temas «con energía», significativos, donde «saltan chispas» («clic», «flash»...)
7. Entrando por las emociones, primero el diagnóstico emocional
8. Pragmática, donde no es preciso contemplar todas sus posibles fases en cada encuentro, sino que se van incorporando de forma pragmática, según cada momento concreto lo permita y lo demande
9. En espiral, cada entrevista va enriqueciendo «en espiral» las anteriores, como un escultor esculpe una escultura, aprovechándose de la continuidad de la atención en medicina de familia
10. Desde la vida: hay que olvidar que somos médicos. Imaginemos que no estamos frente a un paciente en la consulta, sino sentados en un tren, y el paciente es otro pasajero que está sentado enfrente de nosotros; él está alterado; le preguntamos por qué. Y nos cuenta la historia; una historia asombrosa. Le escuchamos completamente absortos
11. Comprendiendo que nuestros pacientes están tan enfermos como sanos, y que yo puedo ser él
12. Logrando una situación de interconexión: como un padre que aprende no tanto a coger en brazos a un bebé que llora cuanto a mantener la conexión con ese bebé que llora
13. Entender al otro es entendernos a nosotros mismos, y tal vez, cambiar al otro y a nosotros mismos
14. Entrevista capacitadora: la creencia del entrevistador de que cada persona (incluido él) tiene una habilidad innata para desarrollarse y crecer a pesar de las condiciones que puedan experimentar
15. Realista: lograr que 1 o 2 entrevistas o consultas cada día sean «buenas», aquellas que logran la satisfacción del paciente, pero la satisfacción por una ayuda reflexiva y humana; aquella que facilita que el paciente encuentre cosas significativas para él, y donde el médico, además, también encuentre cosas significativas para sí mismo

escuchamos con comprensión. ¿Qué significa esto? Significa que vemos lo expresado y las ideas de la otra persona desde su punto de vista. Si entiendes de esta forma a la otra persona, podrás entrar en un mundo privado y ver cómo se le aparece la vida a él. En esta situación puede cambiar él, y puedes cambiar tú mismo⁵.

El diagnóstico está codificado en la narración, en la historia contada por el paciente. Además, entender la historia contada tiene profundas implicaciones terapéuticas. Los médicos están aprendiendo la importancia de la narración, la historia. Cada vez más médicos escriben sobre sus consultas, no con términos médico-científicos, sino de forma narrativa, y así resaltan las interacciones humanas, los aspectos personales y emocionales de la asistencia a pacientes concretos, y eso ayuda a comprender las vidas de los pacientes⁶. Pero todavía se suelen dividir los contenidos del trabajo del MdF en «clínicos» y «no clínicos», y ahí se mete la entrevista/comunicación médico-paciente, la educación para la salud, la atención comunitaria, lo «psicosocial», lo emocional, lo subjetivo, lo «humano», la ética, etc. Hasta las revistas de MF lo hacen en sus secciones, por ejemplo, «No todo es clínica» en AMF (*Actualización en Medicina de Familia*). Nombres tan desacertados como éste apoyan la idea dominante de que lo «duro» (lo verdadero, lo real) es la «clínica», y lo «blando» (lo secundario, periférico, poco importante, lo prescindible...), la entrevista, la comunicación, el contexto, etc. De esta forma se confunde y falsea toda la forma de ver la MF.

¡Porque resulta que es al revés! En primer lugar, «todo es clínica». Recordemos que tradicionalmente la clínica es el diagnóstico realizado al pie de la cama del enfermo mediante el relato de su sintomatología y de los signos obtenidos en la exploración física⁷. Y en segundo lugar, lo «fuerte» de la clínica no es la patología, sino la comunicación con el

enfermo, que es lo que nos permite adentrarnos y entender y, en consecuencia, diagnosticar y tratar a personas, no patologías. En realidad, las patologías biomédicas son todas iguales; pueden parecer muy distintas –insuficiencia cardíaca, asma bronquial, cáncer de mama, etc.–, pero en el fondo son iguales; lo variable es la persona y su contexto: las patologías se muestran diferentes en su diagnóstico, pronóstico, curso y tratamiento sólo debido a su contexto.

Cuando se comprende esto, es como contemplar el mar por primera vez. Nos pasará como a Goethe que escribió: «He visto por primera vez el mar...». Y no dice nada más. No hay nada más que decir; nos quedamos aturdidos y callamos.

Bibliografía

1. Stubbs DR. Assertiveness at work. The ultimate management skill. Surrey: Pan, Leadership Publications and Training; 1992.
2. Hellström OW. Health promotion in general practice. On meanings and aims in interaction. *European Journal of Public Health* 1994;4:119-24 [citado 12 Abr 2008]. Disponible en: <http://eurpub.oxfordjournals.org/cgi/content/abstract/4/2/119>
3. Turabian Fernández JL, Pérez Franco B. El proceso por el cual los médicos de familia gestionan la incertidumbre: no todo son cebras y caballos. *Aten Primaria*. 2006;38:165-7 [citado 12 Abr 2008]. Disponible en: <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pid=13090982>
4. Rakel RE. Compassion and the art of family medicine: from Osler to Oprah. *J Am Board Fam Pract*. 2000;13:440-8 [citado 12 Abr 2008]. Disponible en: <http://www.jabfm.org/content/vol13/issue6/>
5. Rogers C. On becoming a person. Boston: Houghton Mifflin Company; 1961.
6. Charon R. Narrative and medicine. *N Engl J Med*. 2004;350:862-4 [citado 16 Abr 2008]. Disponible en: <http://content.nejm.org/cgi/content/full/350/9/862>
7. Clínica [citado 12 Abr 2008]. Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/Cl%C3%ADnica>