

Más allá del Diagnóstico: Comunicación, Lenguaje y Empatía

AURELIO CARVALLO V.

Unidad de Reumatología, Servicio de Medicina, Hospital San Juan de Dios.
Depto. de Bioética y Humanidades Médicas, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Palabras clave:

Comunicación
Lenguaje
Empatía

Key words:

Communication
Language
Empathy

RESUMEN

La medicina actual, inmersa en una sociedad fría e individualista, se ha alejado de la buena comunicación con el enfermo. Es fundamental que en la formación médica más allá de entender la enfermedad, se comprenda al ser humano que la padece, lo que es parte del humanismo médico. La buena comunicación, más aún si es de una mala noticia para el enfermo y su entorno cercano, debe acompañarse de un lenguaje adecuado y un grado de empatía, que transmitan una esperanza que no se aparte de la veracidad y la realidad.

SUMMARY

Medicine today, immersed in a cold and individualistic society, has moved away from good communication with the patient. It is essential in medical training more beyond to understand disease, comprise the human suffering it, which is part of medical humanism. Good communication, even if it is bad news for the sick and their close environment, must accompany a suitable language and a degree of empathy, that convey hope to not depart from the truth and reality, accompanied by a suitable language and a degree of empathy, that convey hope to not depart from the truth and reality.

“Estaba muy angustiada por un trauma emocional reciente. Me enviaron al especialista. Demoré en obtener una hora. En recepción se me señaló: “siéntese y espere”... Sentí una recepción fría e impersonal... Pasada una hora entré en la consulta. Luego llegó el especialista con un vaso plástico de café en la mano. Apenas me saludó. Me preguntó qué me pasaba. Revisó mis exámenes rápidamente y el informe de unas radiografías que me había hecho previamente. Me preguntó como me sentía actualmente. Me dijo que no tenía nada. Ese fue mi diagnóstico. No me miró. No me examinó. No estuve más de diez minutos en la consulta. No me indicó tratamiento”

Es la frustración misma. Es el muro que se levanta en lo que debe ser un puente que comunique al médico con el paciente. Desgraciadamente es un hecho frecuente en nuestra medicina actual.

Hay términos que se repiten. Hay términos que se usan como un discurso. En la mayoría de las carreras de la salud de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile se afirma que los profesionales que de ellas egresan, junto a sus conocimientos, tienen una “sólida formación ética y humanista” además de que “el egresado/a actúa con profesionalismo, aplicando principios éticos y logrando una comunicación efectiva en su ejer-

Correspondencia: Dr. Aurelio Carvallo V.
aureliocarvallo@hotmail.com

cicio profesional". Sin embargo, en una evaluación realizada por la Comisión de Ética de la Facultad de Medicina, en que se invitó a los Directores de las ocho carreras de la Facultad, la revisión del currículum respectivo de cada una de ellas no mostraba fundamentos suficientes que permitieran pensar que la formación ética tuviera la solidez que se afirma. Esto incluye a la Escuela de Medicina ⁽¹⁾. Surge la pregunta ¿es una realidad en cuanto a que existe un equilibrio formativo entre los conocimientos científicos técnicos y los ético humanistas? O bien ¿es solo la intención de hacerlo, pero ésta se diluye entre el contenido de conocimientos y técnicas de los diferentes programas?

La especialidad de reumatología, por el campo que abarca, necesita un conocimiento amplio de la persona, incluso más allá de lo solamente orgánico, ya que en sus manifestaciones se entrecruzan, muy a menudo, las que pertenecen al mundo emocional. De ahí que aspectos como la buena comunicación, el lenguaje adecuado y la empatía son básicos en la relación con el paciente.

Estamos, sin embargo, inmersos en una sociedad de mercado, que es fría e individualista, situación de la cual no escapa la medicina y por consiguiente la reumatología. Se está en una comunidad en la cual frecuentemente la persona, y en la medicina el paciente, pasa a ser tratado muchas veces como cosa y no como un otro, alejándose de una relación que si bien se presenta desigual en términos profesionales, no lo debe ser en términos humanos. El gran problema es que se ha olvidado que quien demanda ayuda es un ser psico orgánico, que busca su autorrealización y no su autofrustración. Es un ser necesitado de una buena comunicación, sea o no a través de la palabra. Frente a él está el médico, el que ya actúa con su presencia y su actitud, del cual el paciente espera una buena comunicación, con un lenguaje adecuado y orientado hacia su bien, que es el fin de la medicina. Es frecuente que no sea así y la relación entre médico y paciente sea fría y lejana y por consiguiente frustrante para el paciente. Es por eso que, más allá de la vocación, que es cuestionable en qué porcentaje existe, es básico que la formación médica incluya, junto a los conocimientos y técnicas que posibilitan entender la enfermedad, una vertiente humana que permita comprender lo que ésta significa para quien la sufre. El entender es solo ciencia y técnica, pero para estar junto al otro es necesario comprenderlo y saber comunicarse con él. El solo entender significa menos dificultad, desde el punto

de vista de esfuerzo y entrega, que el comprender. Esta última es más profunda y necesita conocer al ser humano en su integridad y no solo su fisiología o fisiopatología. El reumatólogo puede ser un experto en conocimientos, en entender el mecanismo patogénico de la artritis reumatoidea y su tratamiento, pero puede que no lo sea en cuanto a comprender a la persona que la padece, incluyendo la adecuada comunicación del diagnóstico y el por qué de un determinado tratamiento. Frente a él hay un otro que necesita comprensión, cercanía y humanismo. Es en este nivel donde debe estar el arte de la medicina, el arte de saber interpretar a la persona humana, que va más allá de la técnica y de la ciencia. A través de la historia clínica, la exploración del cuerpo, el complemento de los exámenes necesarios y su propia subjetividad, el médico debe buscar la mejor interpretación del mal que aqueja al enfermo y debe saber comunicarlo ⁽²⁾. Más aún si este arte se desarrolla muchas veces en la incertidumbre, lo que exige al médico interpretar la interioridad y exterioridad del otro. Caso contrario, síntomas y signos podrían entrar en un programa de computador, el que como máquina los analiza, para aparecer en la pantalla el diagnóstico del enfermo y cuál es su tratamiento. Esto es, una cosa se está comunicando con otra cosa ¿es que para allá vamos?

En el campo de la reumatología, ciencia, técnica y arte se acrecientan, ya que es una especialidad básicamente clínica, que se preocupa de la persona en su totalidad, en la que cercanía e intimidad con el enfermo son fuertes o al menos así deberían ser.

Más aún, la medicina y el médico deben avanzar y saber ingresar a un aspecto muy importante para encontrar la cercanía y llegar a comprender al otro en profundidad. Deben, junto al equipo de salud, impregnarse de un compromiso social y ético no solo hacia la persona enferma, sino también hacia la comunidad a la que pertenece, esto es a su entorno. Es básico para comprender y lograr una buena comunicación con el paciente. Es por eso que la medicina y la formación médica, deben tener entre sus más firmes bases, la constituida por un compromiso social y de justicia sanitaria. Es una responsabilidad que debe penetrar fuertemente la conciencia del médico y del equipo de salud. Es sentir la inquietud y el compromiso no solo por el otro que sufre, sino que, además, y muy importante, por lo que es su entorno social, incluido el económico. Es un elemento clave para lograr un mayor conocimiento del enfermo y de gran

ayuda para encontrar una solución más justa a lo que él demanda. Es una condición que debe ser parte del profesionalismo médico. Esto adquiere mayor significado aún en la medicina pública y es una tarea en la cual el estado debe estar fuertemente involucrado y debe velar por su cumplimiento ⁽³⁾. Señala C.A. Donoso-Sabando: "Cuando las expectativas de la comunidad no se cumplen, sus miembros comienzan a desconfiar, las instituciones sociales no se legitiman y las profesiones entran en crisis. En el caso particular de la medicina, la comunidad espera un compromiso integral del profesional con los enfermos para lograr los fines propios de su actividad"⁽⁴⁾.

Se señaló previamente que estamos en un período en que a la sociedad la domina la tecnología y el tecnicismo, que innegablemente han contribuido a gigantescos avances, pero, a su vez, y especialmente en la medicina, ha contribuido a la ausencia del otro frente al otro, a la presencia de la máquina por sobre la mirada, el saber escuchar, observar y explorar el cuerpo enfermo. Se ha producido un progresivo distanciamiento del humanismo. Se ha perdido la comunicación, el buen lenguaje y la empatía. La medicina se ha alejado del juicio clínico, que necesita tanto del conocimiento como del humanismo médico y que trasciende al diagnóstico. El juicio clínico debe incluir el saber comunicar el significado de ese diagnóstico, cuales son las perspectivas actuales del paciente con o sin tratamiento, cual es su pronóstico y por consiguiente cual es su futuro. "Las expectativas positivas o negativas de un médico pueden transmitirse espontáneamente a su paciente a través de las comunicaciones verbales y no verbales" ⁽⁵⁾. Señala Jacinto Choza "La abrumadora mayoría de los conocimientos que el hombre posee, los posee en virtud de que les han sido enseñados, es decir, en virtud de la comunicación. Y los que adquiere por sí mismo, los adquiere en virtud de los procedimientos cognoscitivos que le han sido transmitidos, o que el inventa a partir de lo que se le ha transmitido". O sea, la comunicación es fundamental en el ámbito de las relaciones intersubjetivas y socioculturales. Y agrega "uno de los factores intrínsecamente constitutivos de la comunidad humana, de la comunicación humana, es el lenguaje" ⁽⁶⁾.

Señala Martín Buber (filósofo y escritor judío austriaco/israelí): Se debe rescatar la relación interhumana. La más frecuente es el Yo-Ello, en que Ello es algo impersonal. El diálogo en estos casos es un intercambio de

información, en función de la cosa, del negocio, de servicio, no de la persona. Siempre es premeditado, siempre tiene otra intención, más allá del encuentro en sí. El reverso es el Yo-Tú. Este es un encuentro persona a persona. El otro en cuanto otro, como yo, pero diferente. Es re-conocerlo. Significa liberación sin las máscaras de la conveniencia. Se da un compromiso. El ser que se da en el Yo-Tú no produce, sino que se manifiesta en plenitud. El Yo-Tú y el Yo-Ello son situaciones cambiantes en la dinámica de la existencia ⁽⁷⁾. Llegar al Yo-Tú en medicina necesita de una entrega y cercanía especial, que puede ser parte de la terapéutica. Para esto es fundamental la buena comunicación y el lenguaje y junto a ambos, la empatía, que es una forma de sentir lo que nos es común a los seres humanos. En medicina, comunicar la enfermedad es de por sí una mala noticia y más aún si ésta es grave y ensombrece el futuro del paciente y de su familia. Hacerlo requiere prudencia, sensatez, empatía y lenguaje apropiado. Requiere evaluar circunstancias y consecuencias. Es un paso más allá del diagnóstico o de la duda diagnóstica y puede llegar a ser tan difícil e importante como éste.

Nicolás es un hombre de 65 años, profesional, que trabaja en el ámbito de la construcción. Ha sido sano y deportista. Consulta, acompañado de su esposa, al especialista en reumatología por haber presentado hace 6 semanas, sin causa aparente, salvo mucho trabajo y estrés, dolor lumbar intenso y limitante. Ceden las molestias con reposo relativo e ibuprofeno. Una semana después se repite, pero con irradiación a glúteo, cara póstero lateral de muslo, posterior de pierna hasta talón y borde externo de pie. Visto por quiropráctico, realiza maniobras sin alivio significativo. A la exploración física el estado general es bueno; hay limitación de la función lumbar y signos de compromiso radicular S1. Con el diagnóstico de lumbociática derecha por probable herniación a nivel de L5- S1, se indica reposo más antiinflamatorio, analgésico y relajante muscular. Se solicita radiografía, resonancia magnética y traer exámenes realizados previamente. Diez días después acude a su control, peor y francamente limitado. Se analizan imágenes en presencia del paciente y su esposa. La radiografía muestra escasa espondilosis y discopatía degenerativa L5-S1. La resonancia confirma patología de 4° y 5° disco con protrusión posterior de ambos. Sin embargo, en silencio, el médico observa la presencia además de varias vértebras con imágenes

densas y aspecto de metástasis ¿próstata? No mueve un músculo mientras piensa como comunicar a ambos el resultado del examen. Ambos esperan ansiosos. Ella, con esa intuición femenina y habiendo leído previamente el informe muestra angustia y sufrimiento en su rostro. Es un resultado inesperado. Se comunica con la mayor calidez y veracidad el diagnóstico. Se buscan las palabras que signifiquen el mayor apoyo. No traen los exámenes previos, pero el paciente señala que había un antígeno prostático elevado. Lo dejó pasar En presencia y con el consentimiento de ambos, se contacta telefónicamente a oncóloga, que realizará el tratamiento más proporcionado. La despedida es sufriente para todos. El paciente fallecerá 4 meses después.

Es una historia más, pero tiene el dramatismo de una mala noticia, que afectará profundamente al individuo y a su grupo familiar. La pregunta es si estamos suficientemente preparados para comunicar noticias que de un modo u otro interferirán en la vida del paciente. La pregunta también es a quién, cuándo y cómo. Se puede agregar dónde. Una mala noticia puede ser en relación a un suceso grave que llevará a la muerte de la persona, como en el caso relatado, con el significado que tiene para el enfermo y para su entorno familiar. Pero también puede estar relacionada con una enfermedad que hará variar la calidad de vida del paciente, como sucede con muchas enfermedades crónicas, entre las que están las enfermedades reumatológicas, neurológicas, cardiovasculares, nefrológicas y una larga lista de afecciones que potencialmente significarán un giro en la vida de quien las padece y de su entorno cercano. Es la importancia que tiene la comunicación al paciente y/o a su grupo familiar, con un adecuado lenguaje y un importante grado de empatía. Es una circunstancia que involucra fuertemente al médico. Muchas veces es difícil. No es infrecuente que muchos médicos traten de evitar la entrega de una mala noticia, en especial frente a un pronóstico de muerte. Lo habitual es que vaya acompañada de un mayor o menor grado de componente emocional, tanto en quien comunica como en quien recibe la noticia. Una mala noticia mal entregada puede desmoronar a la persona, no así cuando se logra establecer un lazo de comprensión entre ambas subjetividades y, cuando corresponde, con una esperanza que no se aparte de la veracidad y la realidad. Como señalan Herrera A. *et al*, comunicar una mala noticia es más que una habilidad

opcional, constituye más bien una parte esencial de la práctica profesional, motivo por el cual este tópico cada vez cobra mayor relevancia. Una mala noticia se la ha definido como “cualquier información que afecta adversa y seriamente la visión del individuo de su futuro”⁽⁸⁾.

El drama de Iván Ilich, más que su muerte fue su soledad, su falta de comunicación. En su relato León Tolstoi, más allá de realizar una crítica social, hace una crítica a la relación médico paciente, en que hay una falta de comunicación veraz, de empatía. Lo que más atormentaba a Iván Ilich era la mentira y más aún de parte del médico, a quien veía como un ser arrogante y lejano. “La mirada de esperanza con que Iván Ilich siguió al médico cuando se retiraba era tan lamentable que Praskovia Fiódorovna no pudo contener las lágrimas al salir del despacho para abonar sus emolumentos al eminente médico”⁽⁹⁾.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Innovación Curricular y formación ético-valorativa en las profesiones de la salud en la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Comisión de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Marzo 2019.
2. Sánchez M. A: Historia, teoría y método de la medicina: introducción al pensamiento médico. 1998. Masson S. A. Barcelona. España.
3. Hevia P. Valores en las políticas de salud. En: Valores de hoy, Sentido y Experiencias. Ed: Campos A, Rosselot E. Andros Impresores. 2005. Santiago. Chile.
4. Donoso-Sabando CA. La empatía en la relación médico-paciente como manifestación del respeto por la dignidad de la persona. Una aportación de Edith Stein. *pers.bioét.* 2014; 18: 184-193. DOI: 10.5294/pebi.2014.18.2.8
5. Rosenthal R. En Ética y Bioética. Armando Roa p. 161. Editorial Andrés Bello. 1998. Santiago, Chile.
6. Choza J. Manual de Antropología Filosófica p. 294. Ediciones Rialp, S. A. 1988. Madrid. España.
7. Barylko J. La Filosofía. Una invitación a pensar. P.245. 2ª Ed. Editorial Planeta. 2005. Bueno Aires. Argentina.
8. Herrera A, Ríos M, Manríquez J. M, Rojas G. Entrega de malas noticias en la práctica clínica. *Rev. méd. Chile* 2014; 142: 1306-15.
9. Tolstoi L. La muerte de Iván Ilich. Mestas Ediciones. 4ª Ed. 2011. Madrid, España.