

La relación clínica, hoy

*De puro llena de posibilidades, la técnica es mera forma hueca
—como la lógica más formalista—; es incapaz de determinar el
contenido...*

J. Ortega y Gasset. *Meditación de la técnica*

En los últimos 25 años, el interés por la relación clínica (RC) ha experimentado un gran aumento y se han ido sucediendo publicaciones e investigaciones sobre este tema. El objetivo de éstas ha sido resaltar su importancia para la práctica de la medicina clínica y ofrecer estrategias de aplicación que ayuden a mejorarla, a la vez que hagan más efectivo el acto clínico. En nuestro país, los médicos de familia hemos sido los principales responsables de este empuje y desarrollo, del que el grupo Comunicación y Salud ligado a la semFYC es un exponente muy significativo, y se ha convertido en un espacio abierto y diverso en el que muchos profesionales encuentran un adecuado foro para la discusión y el desarrollo de originales aportaciones en este campo, con diferentes enfoques y alcances. El presente editorial pretende precisamente mostrar una de estas perspectivas sobre la RC, la cual ha sido presentada exhaustivamente en una reciente publicación de la semFYC¹.

Aunque la RC se nos revela como un procedimiento, no nos parece que sea algo en todo comparable a, por ejemplo, otros procedimientos instrumentales, como la endoscopia o la técnica infiltrativa, por citar sólo dos. ¿Qué tiene, entonces, ésta de particular? ¿Cuál es su alcance real? ¿Dónde podemos ubicarla? ¿Cómo podemos emplearla? He aquí algunos argumentos necesarios:

1. En primer lugar resaltaremos lo que para muchos será una obviedad: el hecho y las implicaciones de la RC como «procedimiento», es decir, el hecho de pertenecer al dominio de la técnica. El uso de cualquier técnica exige algo imprescindible: la necesidad de poseer un conocimiento del mundo, descriptivo y a ser posible explicativo, en nuestro caso de la medicina, de lo que «va mal» en el paciente. La RC entonces no nos proporciona este conocimiento, sino que exige una teoría que la sustente («toda práctica sin teoría es débil»). Pero la herramienta RC no nos está exigiendo una determinada teoría. Las teorías que pueden ser útiles en la práctica clínica son muy variadas: las biomédicas (mal llamadas científicas) proporcionan un conocimiento de la enfermedad muy robusto; otras, como las psicodinámicas, las teorías sobre el desarrollo personal, sobre la familia como sistema, el aprendizaje social o la propia

comunicación, abordan más los aspectos subjetivos (la dolencia) y microsociales (el *sickness*). Todas ellas son modelos que deben ayudar a entender y explicar lo que pasa, que nos darán una mayor o menor capacidad de predicción, a la vez que condicionarán y apuntarán en gran medida la técnica predominante de actuación y también los valores que priorizamos («toda teoría sin práctica es estéril»). Por ejemplo, el abordaje de un paciente con un problema ansioso depresivo puede hacerse desde una perspectiva más biomédica, conductual o psicodinámica, y en cada uno de los casos, el uso de la técnica relacional y de la figura del profesional será diferente: en el primero, teóricamente, aquélla es mucho más secundaria y tal vez pueda estar más orientada a ofrecer información sobre determinadas técnicas quirúrgicas o farmacológicas; en el segundo, de más trascendencia, puede tener especial importancia en los aspectos de motivación para la participación y la corresponsabilidad en las estrategias conductuales propuestas; y en el tercero hará énfasis seguramente en el diálogo que facilite la introspección y ayude a descubrir significados ocultos. En esta indisoluble y complementaria unidad entre teoría y técnica se ubica la RC. La competencia del profesional abarca estas dos facetas; por tanto, no se puede entender la RC (como no se entiende, p. ej., la exploración física) si no es como una parte más del acto clínico.

2. La idoneidad de las teorías y los métodos se miden en función de su efectividad. Este enfoque pragmático es especialmente cierto en medicina, donde sólo se tiene que interiorizar de una vez por todas la necesidad de contemplar objetivos más amplios que el de «mantener la presión arterial en los límites aconsejados por el último consenso», por ejemplo. La peculiaridad de la técnica de la RC es que la comprobación del «efecto que produce» obliga más que cualquier otra técnica a preguntar a nuestro interlocutor (a tener en cuenta su opinión, y las opiniones, ¡claro!, sólo las tienen las personas).

3. La exitosa aplicación de la RC depende de varios factores, pero el más importante es el que la liga a la «persona» del profesional ya que, en gran medida, él es aquí la herramienta. Esto la distancia de otros procedimientos instrumentales en los que el entrenamiento es meramente técnico y por repetición, y nos lleva a la consideración de la reflexión personal (ética) y el autoconocimiento como elementos moduladores de su aplicación. La RC ha abierto en medicina la puerta del entrenamiento profesional en el humanismo y los valores, a la vez que se convierte en la mejor forma para evaluar su calidad.

4. Finalmente, el otro elemento que resalta la RC tiene que ver con las claves implicadas en el desarrollo de cualquier maestría técnica. Ésta sólo se consigue cuando somos capaces de abstraernos precisamente de la teoría que la fundamenta y podemos prescindir de la necesidad de recordar «las reglas de uso», los pasos que hay que seguir para una correcta aplicación de la técnica. Esto sólo es posible en la medida en que el «maestro» se centra en la peculiaridad única del aquí y ahora que representa el encuentro con un paciente concreto y particular, para así adaptarse a esa situación tan irrepetible, piedra de toque del acto clínico. A esto es a lo que llamamos superar realmente el reduccionismo. No es tampoco casualidad que esta necesaria superación venga precisamente de la mano de una técnica como la RC. Tenemos que olvidarnos de las teorías que tanto necesitamos, y también de las técnicas, incluida la técnica comunicativa: ¡no más protocolos que aplicar, no más tareas que desarrollar, no más pasos obligados que dar! Y... sin embargo, paradójicamente, sólo podremos recomendar este aparente «caos», esta «suspensión del juicio» que hace protagonista a la intuición, cuando hayamos estudiado y aplicado una y otra vez en situaciones cambiantes, hasta el desfallecimiento, los protocolos, las tareas recomendadas, las guías de práctica... La diferencia entre el clínico experimentado (el maestro) y el aprendiz radica aquí. Esto es especialmente verdad para la RC, donde la espontaneidad no impulsiva es la clave para que esta «técnica» sea efectiva.

En la obra *Relación Clínica. Guía para aprender, enseñar e investigar*, que semFYC ediciones acaba de publicar, usted lector podrá ahondar seguramente en estos enfoques de una forma muy práctica: reflexionando sobre la manera en que usa esta herramienta en su trabajo y extrayendo así sus propias conclusiones. La obra le ofrecerá, desde luego, un nuevo marco teórico para entender esta ineludible y aparentemente contradictoria complejidad que tiene su fundamento teórico en los estructuralistas de la escuela de Santiago de Chile, primero, de la de Palo Alto casi a la vez, pero también en los semiólogos y en las nuevas corrientes de la filosofía posmoderna que nos llevan hasta Deleuze y Guattari.

Este modelo teórico es una propuesta, una invitación, para que vea la RC desde otra perspectiva, pero sobre todo para que le ayude a captar la esencia del mal entendido concepto de «atención centrada en el paciente» y, así, aprehender dos cosas: por un lado, la esencia ética de la atención clínica, es decir, la imprescindible adaptabilidad espontánea al paciente y a su necesidad y, por otro, el acto más especializado de un médico de familia, o sea, la «intuitiva» captación de la naturaleza del problema que éste presenta, prerequisite fundamental para la aplicación del conocimiento teórico más adecuado en cada caso y mo-

mento, para el éxito del acto clínico. También desde esta perspectiva podemos entender mejor la necesidad provisional de ofrecer guías y métodos de actuación. Reivindicamos, pues, formas prácticas de actuar para aprenderlas y... olvidarlas sólo después de haberlas interiorizado, como decíamos. He aquí, por lo tanto, el papel de las distintas «guías de tareas» propuestas en los últimos años. La guía CICAA, estructurada en 4 tareas (conectar, integrar y comprender la información, acordar y ayudar) y 10 habilidades estratégicas (recibir, escuchar, empatizar, cerrar, preguntar, integrar la información, comprobar, negociar, informar y motivar), que se presenta en esta nueva publicación es nuestra propuesta práctica.

La RC sólo se puede vindicar desde la clínica, desde la práctica en el ámbito específico que nos ocupa. Sin embargo, este ámbito tiene una estrecha correlación con otros, particularmente el de la enseñanza. Nosotros hemos querido resaltar ese paralelismo proponiendo para la relación educativa los mismos principios que para la RC, incluida la guía estructurada CICAA, cuya versión práctica educativa es superponible a la clínica y estamos seguros de que le será de ayuda también en el terreno docente.

Finalmente, la RC es una técnica que el especialista en medicina de familia debería dominar de manera absoluta, sin duda por encima de otras más (o menos) sofisticadas (pero tecnológicamente más de moda: ecografías, nuevas técnicas de cirugía y cualquier nueva propuesta que a la administración de turno de cualquiera de nuestros 17 servicios de salud se le ocurra que podría estar bien que los médicos de familia incorporen). Como profesionales deberíamos estar concienciados de cuáles son nuestras mejores armas diagnóstico-terapéuticas y darles así una oportunidad de uso para a la vez definir las y mejorarlas. Sólo desde esta posición (que conlleva el pragmatismo de la efectividad) serán creíbles nuestras reivindicaciones para mejorar la salud de los ciudadanos. Visto así, la RC puede ser incluso de ayuda para darnos cuenta de lo que tiene que hacer un médico de familia, incluso más allá de los límites de la consulta.

R. Ruiz Moral

Médico de Familia. Coordinador de la Unidad Docente de Medicina de Familia de Córdoba. Profesor de la Facultad de Medicina de Córdoba. Responsable de Investigación del Grupo C&S. Miembro de la redIAPP. Nodo COGRAMA. España.

Bibliografía

1. Ruiz Moral R. Relación clínica. Guía para aprender, enseñar e investigar. Barcelona: semFYC ediciones; 2004.