

Reportaje

**El arte de la medicina**  
**Francisco Javier Rivas Flores**  
**Médico y bioeticista**  
**(de Humanizar, no. 115, Marzo-Abril 2011)**

La definición de medicina que da el Diccionario de la Real Academia de la Lengua es: "Ciencia y arte de precaver y curar las enfermedades del cuerpo humano". El pasado siglo ha consagrado el aspecto científico en el ejercicio de la medicina: el imponente desarrollo de las industrias sanitarias, empezando por la farmacéutica, y terminando por la más moderna industria genética que permite un conocimiento científico más certero de lo que "biológicamente" tiene la persona.

Pero es de todos sabido, aunque muchas veces olvidado, que lo que enferma es el ser humano en su totalidad, lo que incluye las esferas psicológicas, relacionales, espirituales (que incluye el mundo de los valores) y no sólo la orgánica. El empeño en responder sólo de la esfera biológica lleva a que, a pesar de contar con más medios técnicos que nunca, la percepción de los pacientes y allegados no es tan óptima como debería corresponder.

Nos falta el "arte" en el cuidado. Pero ¿qué supone arte en este contexto? Podemos utilizar la primera definición de la Academia de la Lengua, que lo define como: "Virtud, disposición y habilidad para hacer algo", y también: "Manifestación de la actividad humana mediante la cual se expresa una visión personal y desinteresada que interpreta lo real o imaginado con recursos plásticos, lingüísticos o sonoros". Es decir se trata de una actividad humana sujeta a unos criterios y unas reglas que se expresa de una manera determinada y que en nuestro caso se plasma bien en la palabra hablada (diálogo con el paciente) o escrita (historia clínica).

**Dar la mano al enfermo con los cinco sentidos**

Podríamos hablar de un papel actoral del sanitario. ¡Cuántas veces hemos tenido la sensación de que algo malo se cernía sobre nosotros al analizar los gestos, la palabra, los silencios del sanitario en la relación! Es más, dado que esta relación se da en la distancia corta, se magnifican estos gestos y la recepción que hace el paciente de los mismos puede no corresponder con lo que el sanitario realmente quiere expresar.

Estos aspectos no se cuidan en la formación de los agentes de salud, no se preparan no sólo en la transmisión de malas noticias, sino que tampoco en la comunicación directa, y más si tenemos en cuenta, como expresaba Laín Entralgo, que el encuentro supone un acercamiento tanto cognitivo como operativo entre el médico y el paciente y que se expresa mediante la mirada, la palabra y los silencios, el contacto manual, y por último la relación instrumental. Esto se ha expresado por Ernest von Leyden en la primera década del pasado siglo: "El primer acto del tratamiento es dar la mano al enfermo". Esta afirmación se puede ampliar al reconocer junto con Bálint que el médico es el primero de los medicamentos que él prescribe.

**La mirada**

La mirada como primer elemento de acercamiento se da tanto en el médico como en el paciente. La mirada del médico es envolvente, debe reflejar el acogimiento que está dispuesto a realizar del ser menesteroso, pero al mismo tiempo inquisitiva en el ánimo de captar y de buscar todo lo que le puede ayudar a desentrañar el misterio de la necesidad del hombre. La mirada también ha de ser “objetivante” en el sentido de que ante los hallazgos apreciados debe ser capaz de individualizarlos y darle el carácter que debe tener en el contexto de la enfermedad o dolencia que padece. Cuando en esta mirada sólo aparece el carácter objetivante e inquisitivo, la relación es mal asumida por el paciente, necesita el carácter envolvente para cumplir plenamente con los objetivos de la medicina.

### **Palabra y silencio**

La palabra y el silencio implican un segundo momento en la relación inmediatamente después de la mirada. En la relación constituye el momento conocido como “anamnesis”. Es el punto de verbalización de lo que el paciente presenta. El enfermo espera del médico que le verbalice lo que le pasa, que con su palabra sea elemento de esperanza, sea palabra cálida, acogedora, comprometida y que también el lenguaje no verbal lo sea; los silencios, los gestos adquieren tal trascendencia que muchas veces se interpretan de manera más directa que lo que se verbaliza, dado que la interpretación de la corporalidad adquiere carácter constructivo o carácter simbólico.

El médico en su comunicación con el paciente pasa sucesivamente y de manera continua entre la objetivación y la coejecución interpretativa. Esto exige el recuperar el concepto del discurso platónico, que implica adecuación real a las necesidades del paciente y empleo correcto de la palabra, de manera que en todo momento se sabe lo que se dice con la palabra y que es eso precisamente lo que se quiere decir. Sería importante recuperar la importancia del lenguaje en un momento de la historia en el que se está empobreciendo de manera dramática.

### **Tacto "con-tacto"**

El contacto manual, que supone la exploración del enfermo. El tacto es el sentido por el que más se conoce la realidad circundante. En este sentido la mano, como órgano principal del tacto, adquiere carácter interpretativo. El tacto también tiene un carácter afectivo en la relación interpersonal. El contacto debe considerar tanto la realidad de la persona como la dignidad y el bien de la persona. Por ello debe deparar un bien afectivo, un bienestar, se convierte en caricia interpersonal, en momento de agrado. También es el momento en el que paciente se siente como realidad frente al médico. Supone, en suma, placer por el bienestar que produce, alivio y apoyo. Pretende al mismo tiempo servir de regazo o de morada para el que recibe la caricia. Este tipo de caricia tiene su correspondencia en quien la realiza, de manera que va a recibir tanto como da. Así concebido, el contacto manual va a suponer una cuádruple vivencia: de autoafirmación, de relajación, de alivio y compañía y por último de placer. Este contacto manual adquiere su máxima expresión en actividades como la cirugía, como posteriormente se verá, puesto que el contacto, aunque no puramente apreciado por el paciente, deja toda su carga de actuación para procurar la mejora del enfermo.

De la relación interpersonal que supone la relación sanitaria necesariamente se desprende un momento afectivo. El encuentro no nos deja indiferentes, y más este encuentro que se da

desde la apertura de lo más íntimo. Aunque esté muy manido y desprestigiado, supone una recuperación de la amistad como actitud de apertura al encuentro. Algunos lo han expresado como "soy amado, luego existo", que nosotros podemos traducir en "*soy considerado, apreciado en lo que soy y como soy, luego existo en la relación, no soy un número, no soy una enfermedad, no soy un desafío a la sapiencia de los médicos, soy una persona individual con mis valores, mi historia, mi proyección y quiero ser considerado como tal*".

Este momento es un lazo afectivo con una trama personal y cualitativamente heterogénea, en cuanto que suponen dos situaciones vitales, la del enfermo y la del médico. El enfermo pone su vivencia de ser menesteroso y una confianza mayor o menor en la medicina y en la persona que va a tratarle y el médico pone su voluntad de ayuda técnica, cierta misericordia genéricamente humana, la pasión que despierta la fascinante tarea de gobernar científicamente la naturaleza.

### **La necesaria confianza**

El modo específico en que se plasma la relación afectiva entre sanitario y paciente es la confianza. La confianza que puede mostrarse en tres planos diferentes pero absolutamente complementarios. El de la confianza en las posibilidades de la medicina, el de la confianza en el médico (en cuanto a su carácter de tal como profesional) que le atiende y el de la confianza en la persona de ese médico. Verbalmente considerada, la confianza toma la forma de confidencia; es una manera de abrir el interior. Dada la interioridad que se está exponiendo, es perfectamente comprensible que esta confianza tenga como base y santo y seña el secreto.

La relación afectiva puede llegar al grado más excelso cuando por parte del paciente y del médico se pone amor, pero un amor matizado por las circunstancias del encuentro; es lo que se ha denominado "eros psicoterapéutico". Esto supone lo que Laín denomina amistad médica. El compromiso de actuar desde la beneficencia hacia el paciente pero con los criterios del paciente; es decir, permitir la realización del paciente como ser desde la enfermedad o la necesidad.

En la narración escrita el médico debe dejar constancia de tres características de su arte médica, "*episteme*", o conocimiento práctico, con sus condicionantes de concreción, temporalidad y probabilidad, "*tekné*", demostración de la destreza clínica y el conocimiento, y "*phronesis*", la prudencia como virtud a la hora de aplicar los elementos anteriores, lo que podemos conocer como sabiduría práctica.

### **Conclusiones**

En la relación clínico asistencial el arte se manifiesta en el cómo llevamos a cabo la relación. Cómo somos capaces de recomponer una relación que sea humanizadora y humanizante. El ejercicio del arte en la asistencia supone hacer una hermenéutica (interpretación) de la vida del paciente en clave de pato-biografía. Es un arte hacer que la persona se crea (porque lo es) el centro y el eje de la relación, es decir magnificar la dignidad de la persona a través de la relación interpersonal.

El ejercicio de la actividad responsable de la profesión sanitaria lleva a una actuación virtuosa en el sentido aristotélico del término. Se va a manifestar como acompañamiento, promoción de los valores personales que llevan al fomento de la realización personal, lo

CENTRO SAN CAMILO  
VIDA Y SALUD  
NO. 59 (2012)

que en definitiva supone llevar a la práctica la “*philia*” – “*amistad*” - al ser humano, que es lo que lleva al sanitario a responder vocacionalmente a su actividad.