

# La espontaneidad en la práctica y la enseñanza médicas.El caso de Cristina I

**Por Roger Ruiz Moral. Córdoba (España)**

Cristina es una residente de medicina de familia de 1er año que acudió a mi porque debía presentar su primera sesión clínica comentándome que se encontraba angustiada porque no lograba encontrar ningún caso que mereciera la pena ser expuesto. Hasta entonces no conocía demasiado a Cristina, era una residente nueva que parecía tímida y trabajadora. Había realizado ya algunas rotaciones hospitalarias. Por ello me sorprendió que no hubiese recogido algún caso o situación significativa para ella. A Cristina le había costado trabajo decidirse a hablar conmigo, se encontraba muy tensa y ante mi sorpresa inicial, se justificó comentándome que aunque había tenido dudas, estas eran "normales", "banales" y "sin entidad como para ser destacadas en una sesión?". Yo debí mostrarme sorprendido por lo que consideraba una insólita situación, mientras que Cristina mostraba claros signos verbales y no verbales de nerviosismo y azoramiento.

En un intento por relajar la situación la invité, entonces a que me contase "ese paciente que le venía a la cabeza?". Me dijo que había barajado la posibilidad de exponer un caso de un paciente que había tenido la oportunidad de atender durante su rotatorio por Salud Mental. Se trataba de un varón que había sido derivado por su médico de familia ante el riesgo de intento de suicidio y que podía ejemplificar cuando derivar a nivel especializado. Le pedí entonces que tratase de recordar algún problema especial que le hubiese generado esa entrevista. De nuevo incómoda recordó que las dificultades que había tenido con este paciente se derivaban del hecho de que había sido su primer paciente en atender en el servicio de Salud Mental, que eran consecuencia de su falta de experiencia y conocimiento de la materia. Le llamé la atención sobre la posibilidad de que quizás pudiera ser de interés el identificar las dificultades y los problemas que experimentan los principiantes cuando atienden a los pacientes. Me relató que aquella mañana había llegado a un servicio muy ajetreado, extraño para ella y su sensación era que estaba siendo ignorada, apenas si la habían saludado formalmente, no le enseñaron las consultas, ni le presentaron al personal. Ella reconocía que estaban muy ocupados pero esto le molestó y le hizo sentirse incómoda y desorientada, además de lo cohibida que por su carácter me dijo, se encontraba. Casi de repente un médico le encargó que atendiese a un paciente y valorase el riesgo de suicidio. Entonces se sintió muy agobiada y angustiada, apenas se atrevió a exponer al médico su deseo de primero observar algunas consultas con ellos, en lugar de esto buscó desesperadamente algún rostro conocido y encontró a una residente de 2º año de psiquiatría a la que transmitió su azoramiento. La compañera le ofreció unas recomendaciones básicas a modo de guía sobre los puntos importantes a valorar en un intento de suicidio. En este momento pude observar sus ojos llorosos. Confesó que le había salido todo fatal, que fueron unos minutos interminables donde trató de aplicar las recomendaciones, y apenas obtuvo información útil. Además tenía la sensación de que el paciente se había dado cuenta de ello y se encontraba incómodo. Entonces pidió ayuda de nuevo, y un adjunto le aseguró que acudiría enseguida a ver el paciente. En el ínterin se tranquilizó, y de nuevo con el paciente comenzó a charlar con él, dijo que entonces pudo conversar con él de una manera más "natural" y me di cuenta que le hizo las preguntas fruto de su curiosidad y de sin duda "lo poco que sabía?" sobre lo que hay que valorar en este tipo de pacientes, consiguiendo una visión clínica más amplia. A medida que nuestra conversación avanzaba Cristina parecía encontrarse más relajada y yo también. Acordamos que podía ser muy interesante identificar las diferencias entre ambas entrevistas. La mirada de Cristina había cambiado y su sonrisa apareció, yo me sentí más relajado, hablamos un poco más, primero sobre ella, tuve la ocasión de conocerla mejor, después sobre la situación que había vivido en esos momentos conmigo, y su similitud con la primera visita al paciente y la primera sesión clínica que debía hacer .

Lo que Cristina ejemplificó en la sesión y discutieron los residentes:

La sesión de Cristina fue una de las más animadas, los residentes discutieron principalmente sobre la importancia de observar la realidad en toda su amplitud, incluyendo no solo la atención a los signos y síntomas clínicos sino a otros aspectos del contexto del paciente. También reflexionaron sobre el contexto en el que se desarrolla la interacción clínica y sobre los elementos comunicativos del acto clínico. La influencia del propio estado de ánimo y de los sentimientos, los temores (sobre todo, el miedo escénico, el miedo al ridículo, el temor a la autoridad ) y los prejuicios ( infravaloración, su pudor a expresar lo que realmente se siente o se cree saber) cuando afrontamos la realidad en la práctica. Finalmente la discusión se cerró comentando los problemas que acarrea enfocar las entrevistas siguiendo esquemas prefijados basados en reglas y teorías, como cuestionarios o protocolos, entre ellos, el riesgo de

olvidarse de la persona que hay delante de nosotros y de perder la oportunidad de descubrir cosas nuevas.

### Una interpretación del caso de Cristina

Aunque ahora se está imponiendo rápidamente una educación más significativa y centrada en el alumno, especialmente en la enseñanza postgraduada, la enseñanza en las escuelas de medicina y, hasta recientemente, también en el bachillerato, se ha caracterizado por mantener el viejo esquema de la educación como una 'revelación' por los expertos profesores hacia los ignorantes alumnos, de teorías y leyes más o menos irrefutables. Esto influye en el desarrollo emocional y en como manifestamos los sentimientos. Cristina estaba muy influenciada por este tipo de educación que había recibido también en su casa desde pequeña. Podemos imaginar lo difícil que puede llegar a ser interpretar la realidad con libertad y descubrir nuevas facetas si uno ha sido objeto de ese tipo de educación. Kuhn llamó la atención sobre esto a un nivel de élite, pero es lo mismo para la gente normal en el ejercicio diario de sus vidas y profesiones.

Para Cristina la 'realidad clínica' era una especie de 'realidad virtual' en la que las cosas son (se materializan) si responden a esquemas y leyes precisas, a imágenes concretas a conceptos e ideas definidos. Era una 'buena residente?', su problema radicaba simplemente en que no conocía lo suficiente aún.

Ese tipo de educación tradicional promueve un hábito de actuación predominante: el de la descripción, el análisis y la 'dualización' (esto es, la distinción consciente o inconsciente pero constante entre el sujeto y el objeto). El primer encuentro de Cristina con el paciente y conmigo ejemplifica bien esta actitud (¡y también sus inconvenientes!). Lo que ella perdió aquí sobre todo fue su 'espontaneidad?', esa actitud que nos permite precisamente vivir las situaciones sin reservas como hacemos por ejemplo, cuando amamos, empatizamos, conectamos, disfrutamos, nos enfadamos, etc. Ortega llamó a esta vivencia espontánea del acto 'poder ejecutivo' del mismo, y su característica principal es la imposibilidad para ser categorizado. O se vive 'de manera natural?', decía Ortega, es decir sin reservas, natural y espontáneamente o no se vive (Velázquez, Goya y la Deshumanización del Arte. Austral, Madrid, 1972). Efectivamente, al analizar el amor, la empatía, la conexión, la alegría, estas desaparecen y se convierten en ideas, conceptos, 'reflejos?'. La segunda entrevista de Cristina con el paciente y la segunda parte de nuestra conversación fueron vividas 'de manera natural?' y sus actos tuvieron 'poder ejecutivo'?

El caso revela dos utilidades prácticas del 'poder ejecutivo?', del poder de la espontaneidad, que me interesa resaltar aquí: representa una herramienta para aprehender más sutilmente la realidad y para permitir liberar nuestras habilidades y conocimientos, (¿alguien puede explicar como juega al golf cuando está en racha? o lo que es lo mismo ¿qué hace que algunos médicos reconozcan las claves de los pacientes sin seguir guías o reglas concretas?). Pero también es el único camino que nos acerca al paciente como persona. Cuando existe una predisposición adecuada, el ser 'naturales' representa un método para evitar tratar al paciente como un objeto. En el fondo cuando me acerco al paciente como persona lo que hago es intentar tratarlo como si fuera un 'yo?' (y no en el sentido de un 'yo?' ideal que nos iguala a todos, sino en la diferencia y peculiaridad única con la que quiero ser yo mismo considerado). ¿Alguien puede explicar como aprehendemos el 'yo?', aparte de 'actuando?' o 'viviendo'?? Por esto decía también Ortega que la única cosa ante la que no podemos situarnos como objeto es ante nuestro 'yo?' (Op cit, 1972). Por esto la espontaneidad en los actos es un requisito fundamental para realizar y enseñar una medicina auténticamente humana.

### Conclusión

Hacer una auténtica medicina centrada en el paciente no significa incluir en la 'agenda del médico?' la del paciente, sino captar la esencia de la realidad vital de la práctica. Lo que Cristina y yo mismo experimentamos fue el valor de priorizar la espontaneidad partiendo de una actitud de consideración hacia el paciente 'como si fuera yo mismo?'. Esta actitud a su vez favorece la propia expresión de la espontaneidad que lleva consigo una buena comunicación, y tiene como consecuencia, en los profesionales competentes, la incorporación automática de la agenda del paciente (del residente). La aplicación de distintos tipos de conocimiento y métodos es una actividad a posteriori (incluyendo las interpretaciones narrativas) que sólo será útil (y éticamente justificable) en la medida que alcancemos lo primero.