

Metáforas en medicina

Dr. Baltasar Aguilar Fleitas

Palabras clave: RELACIONES MÉDICO-PACIENTE
COMUNICACIÓN
COMUNICACIÓN EN SALUD

Key words: PHYSICIAN-PATIENT RELATIONS
COMMUNICATION
HEALTH COMMUNICATION

Introducción

La relación médico-paciente (RMP) siempre ha sido el eje vertebrador de la medicina, incluida la era mágica, religiosa o pretécnica.

Las transformaciones medulares de los fundamentos científicos y técnicos de la medicina que se han producido desde la segunda mitad del siglo XX no han desplazado sustancialmente ese eje, si bien lo han modificado e impreso nuevas características. La RMP es la razón de ser de la medicina. En medicina todo transcurre en las entrañas de la RMP. Si bien actualmente este vínculo es más abarcativo y comprende no solo al médico sino también a todo el grupo encargado de la asistencia, los protagonistas fundamentales siguen siendo el médico y el paciente. Es el vínculo a través del que circulan los saberes y las narrativas de ambos. Esta afirmación debe ser complementada con una actualización a la realidad contemporánea: es preciso tener en cuenta que en la medicina gerenciada que hoy se practica en nuestro país, el equipo encargado de los cuidados del paciente es mucho más amplio que el binomio médico-paciente.

Incluye a las familias, los cuidadores, los administrativos y hasta el personal que no tiene contacto directo con el enfermo (administrativos de oficina, personal auxiliar, cocina, etcétera). Todos estos agentes comunican algo de un modo u otro, participan en el proceso comunicacional, afirmándolo o interfiriéndolo.

Pese a los aportes potenciales de la inteligencia artificial con el fin de optimizar los resultados de la medicina, y pese a algunos intentos, a mi modo de ver extravagantes, de sustituir la RMP por “médicos virtuales”⁽¹⁾, no es posible alcanzar los altos fi-

nes de la medicina si no es desplegando las potencialidades de comprensión humana y empatía que encierra el contacto directo con el enfermo.

En esta serie hemos tenido oportunidad de analizar la multidimensionalidad de este vínculo tan especial⁽²⁾. Este contacto es irrepetible, absolutamente original. Sin embargo, el “adiestramiento” moderno de los médicos se basa a menudo en la participación central de especialistas en comunicación que no conocen íntimamente el devenir, el transcurrir, los entresijos de la consulta médica. La RMP no es susceptible de ser considerada bajo la óptica de ningún tipo de marketing. Hay que tener en consideración que podemos hablar horas de la RMP, pero no es un fenómeno abstracto, no es una entelequia teórica sino que es un vínculo que se materializa en una circunstancia concreta: la consulta médica. Esta instancia está reglada y determinada por múltiples factores que es obligatorio conocer. La intromisión en medicina de asesores en comunicación es una manifestación más de la invasión de agentes externos que se ha producido en los últimos tiempos en prácticamente todas las áreas de este cuasi sagrado arte. El intercambio multidisciplinario de saberes es de recibo, absolutamente necesario, pero desde cátedras teóricas, al menos en este tema, solo puede surgir una versión cursi de la RMP sin demasiada utilidad práctica.

La comunicación

Dicho esto entremos un poco más en el tema. La RMP se despliega en dos aspectos o desarrollos fundamentales e inseparables: el proceso técnico y el proceso comunicativo.

Humanidades Médicas. Facultad de Medicina, Universidad de la República. Uruguay.

Correspondencia: Dr. Baltasar Aguilar Fleitas. Correo electrónico: baltasaraguilarfleitas@gmail.com

Recibido Mar 5, 2018; aceptado Mar 19, 2018.

El **proceso técnico** tiene como centro el conocimiento de la medicina. Ese conocimiento se aplica al diagnóstico, indicaciones terapéuticas, destrezas para realizar procedimientos y formulación de pronósticos. Se dice reiteradamente que hay que trabajar en una medicina de calidad. Para ello se necesitan condiciones e insumos adecuados, tiempo, y fundamentalmente competencia técnica de parte del médico.

El ejercicio de la medicina se ha visto impactado desde hace algunas décadas por el reconocimiento del derecho de los pacientes a su autonomía en la decisión final respecto a procedimientos diagnósticos y terapéuticos que se le puedan aplicar. Empero, más allá de esa conquista revolucionaria, existe y existirá una notoria asimetría entre el que sabe y quien viene a solicitar ayuda al que sabe. La horizontalización de la RMP y cierta profusión discursiva en torno a un “somos todos iguales”, es una expresión del “horror a las jerarquías” tan característico de nuestro tiempo. Ese discurso no ha hecho otra cosa que provocar una gran confusión y en ocasiones daño a los enfermos. Piénsese en qué condiciones de incertidumbre tomamos los médicos decisiones, y trasládeselo a los pacientes que, obviamente, no reúnen los conocimientos necesarios para poder decidir ni los médicos hemos sabido transmitirlos. Internet y Dr. Google no han eliminado la asimetría entre el médico y el paciente, a mi entender porque no enseñan ni anatomía, ni fisiología, ni bioquímica, ni biofísica, ni patología, o sea no enseñan nada de los fundamentos de la medicina, sin los cuales poco es lo que se puede entender. Sus lecciones y recomendaciones son, en la mayoría de los casos, de un valor levemente superior a los textos de autoayuda.

En suma, el conocimiento del médico es la base fundamental de la medicina y estar actualizado con información pertinente, es una obligación ética del profesional. Los médicos, por nuestra parte, no nos debemos dejar arrebatar el centro de la medicina que es la RMP y el conocimiento técnico que hemos recibido de nuestros maestros. Por más multidisciplinariedad y asesorías que se inventen, seguiremos siendo medulares en este milenar arte.

El **proceso comunicativo** es esencial en todos los ámbitos de la vida social y la medicina no es una excepción. La comunicación se da simultáneamente con el proceso técnico tanto en la etapa del diagnóstico como de las indicaciones terapéuticas.

Llegados a este punto hay que entender que la comunicación ha dejado de ser un proceso limpio, bidireccional. Hasta no hace mucho tiempo era fácil distinguir dos centros dinámicos en la comunicación, un receptor y un emisor, cuyos roles se inter-

cambiaban a lo largo de la narrativa que ambos iban construyendo. Estamos hablando de la era de la comunicación simple, como la que, para el caso de la medicina, ilustra Picasso en su célebre cuadro *Ciencia y Caridad*: pocos protagonistas en la escena, silencio, concentración, intimidad, confianza y respeto. Una escena médica sin los melindres ni bataholas que vemos actualmente en las redes sociales y medios de difusión, donde todos opinan al parecer con similares credenciales.

Lejos de ese esquema sencillo, la comunicación se ha convertido en un proceso extremadamente complejo; ya no es posible identificar una clara centralidad, pues el discurso, la narración, se construyen entre muchas voces. Esa polifonía ha traído como consecuencia una dramática y peligrosa confusión sobre el origen y la intencionalidad de los mensajes. Muchas veces no es posible saber de dónde proviene tal versión de los hechos, tal “descubrimiento” o “evidencia”, ni cuáles son los propósitos que están detrás de dichas versiones. La medicina no es ajena a este fenómeno. Los profesionales tenemos ahora otra obligación, que es aprender a desechar mucha basura que hay en la comunicación; imagínense las consecuencias de todo tipo que ello trae aparejado para pacientes y familiares.

La multiplicidad de locuciones da espacio al ruido en la comunicación. Esas voces se presentan bajo diferentes formas, pero podemos distinguir básicamente dos: los coros y los griteríos, es decir, los escándalos, los alborotos discursivos, que de eso también está hecha la medicina actual. Además de los ruidos en la comunicación, la multiplicidad de voces ha favorecido a oportunistas y mediocres que se han encargado de difundir falsedades y fabricar posverdades, los “bulos” según una españolísima palabra, que confunden a pacientes y profesionales en una red de maldad e intereses corruptos. Por eso han nacido iniciativas, como #SaludSinBulos de la Asociación de Investigadores en Salud de España (AIES), que pretende localizar, denunciar y desmontar las noticias falsas sobre salud en internet. El Observatorio Salud Sin Bulos detalla que hay básicamente tres tipos de motivaciones para crear estas estafas por las redes sociales: perjudicar a un tercero, vehicular de manera implícita y oculta el interés particular de quien lo lanza, y fomentar la alarma social⁽³⁾.

A nivel de la atención médica diaria es posible distinguir, además del médico y el paciente, otros **constructores de discursos**: los familiares, cuidadores y acompañantes de pacientes, personal administrativo, auxiliar y de servicio, redes sociales y medios de difusión, etcétera, que pueden contribuir a enturbiar la comunicación y las expectativas de

los enfermos... a la salida de nuestro consultorio el paciente se sumerge en una red pública de comunicación y no es posible afirmar que todos estos agentes se comporten de manera ética o adecuada. Por el contrario, en esta materia es preferible conservar el pensamiento escéptico.

A este cambio en el proceso comunicacional en sí hay que agregar un fenómeno de creciente importancia y es que la tecnología puja por ocupar el centro de la RMP, el eje de la medicina. A esto nos referiremos enseguida al analizar la palabra en la medicina actual.

La palabra

Es muy difícil, entonces, entender el **discurso polifónico**. Quienes defienden las presuntas bondades de la comunicación actual valorándola en términos de participación y diversidad olvidan que **la pluralidad desorganizada de voces es en realidad una no comunicación**.

A todo este panorama cabe agregar que en la medicina moderna coexisten con la RMP los **agentes intermediarios**, que se empotran en el vínculo y muy a menudo lo distorsionan. Me refiero a la **burocracia** y a la **tecnología**. Más concretamente hablo de los excesos burocráticos donde parece importar más el trámite y el registro que el paciente (una verdadera obsesión por el registro se ha impuesto en los sistemas de salud), y hablo también de la fetichización de la tecnología que en su seducción continua y siempre renovada compite con el enfermo para ocupar el centro de la medicina.

Todo lo mencionado ha generado un hecho de extrema gravedad y que pone en riesgo la existencia misma de la medicina: el olvido de la palabra⁽⁴⁾.

La humanización de la medicina (etapa ineludible para superar el mal humor social y de los profesionales de la salud), requiere de una comunicación fortalecida, donde el centro sea la RMP y el eje de la medicina sea la palabra. La palabra en su triple dimensión: la palabra para escuchar; la palabra para explicar, guiar, orientar; la palabra como herramienta terapéutica y para el cumplimiento de la función apostólica del médico (Balint: “la droga doctor”)⁽⁵⁾.

No es posible una forma de comunicación empática y por consiguiente una medicina de calidad si no es recuperando el valor de la palabra. El rasgo esencial de la RMP es el tráfico de relatos: se construyen relatos con los aportes narrativos del paciente y del médico. Por eso la preocupación por una medicina esencialmente humana pasa fundamentalmente por recuperar las narraciones y la unidad celular de las mismas que es la palabra. En ese sentido



El cartero de Neruda (Il Postino), fotograma.

merece destacarse el trabajo en medicina narrativa desarrollado por Rita Charon y sus seguidores, al que nos referiremos en algún momento. **La medicina basada en la narrativa** (subjetiva, individual) se presenta como una herramienta muy importante para complementar el peso de la medicina basada en la evidencia (objetiva, en la que no aparece el sujeto).

Las metáforas

Neruda: ¿qué te sucede?...

Mario (quieto en la puerta de la casa del poeta): Don Pablo...

Neruda: estás rígido como un palo...

Mario: clavado como una lanza...

Neruda: no... inmóvil como la torre del ajedrez...

Mario: más quieto que gato de porcelana...

Neruda: ...me indigna que me sometas a estas metáforas...

Mario: ¿Don Pablo?... ¿metáforas?, ¿qué son?...

Neruda (levantándose): ¿las metáforas?, ¿cómo te diré? Cuando hablas de una cosa y la comparas con otra...

Mario: ¿es una cosa que se usa en la poesía?...

Neruda: sí, eso también...

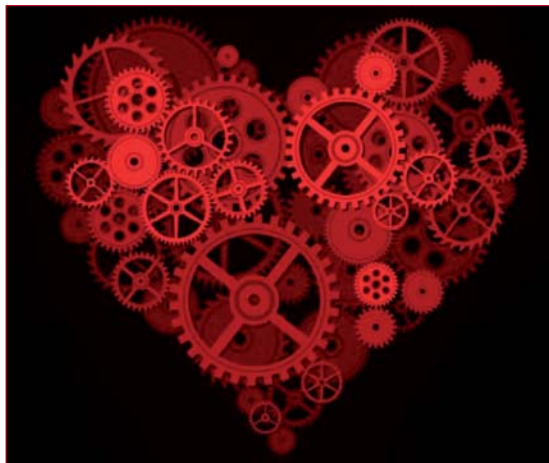
Mario: ¿por ejemplo?...

Neruda: cuando dices el cielo llora, ¿qué quiere decir?...

Mario: que llueve...

Neruda: eso es, ¡bravo!...

Este es un diálogo de la película *Il Postino*, o *El cartero de Neruda*, película italiana de 1994 dirigida por Michael Radford. Son sus actores principales Philippe Noiret (como Neruda), Massimo Troisi (como Mario, el cartero) y Maria Grazia Cucinotta.



El corazón como un fino engranaje de relojería.

Il Postino es una adaptación de la novela *Ardiente paciencia*, del escritor chileno Antonio Skármeta.

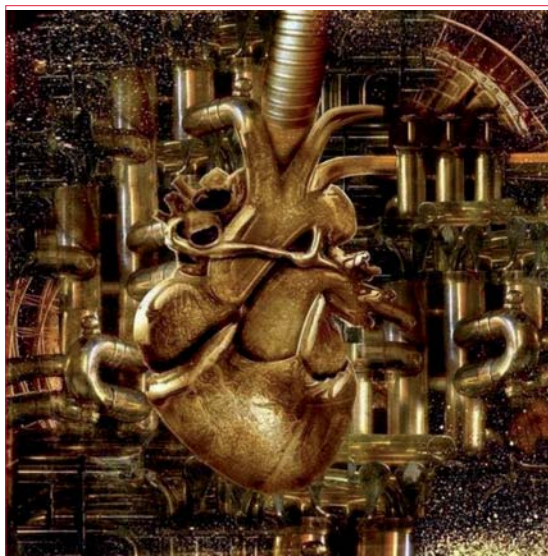
Las metáforas son precisamente eso: un tipo de analogía o asociación entre elementos de dos dominios conceptuales distintos que comparten alguna similitud de significado.

Un ejemplo de metáfora es la descripción que Don Quijote hace de Dulcinea en el capítulo XIII de la primera parte de *Don Quijote*: “*Que sus cabellos son de oro, su frente de campos elíseos, sus cejas arcos del cielo, sus ojos soles, sus mejillas rosas, sus labios corales, perlas sus dientes, alabastro su cuello, mármol su pecho, marfil sus manos, su blancura nieve (...)*”.

Otro ejemplo hermoso y poético de metáfora se observa en *Coplas por la muerte de su padre*, de Jorge Manrique: “*Nuestras vidas son los ríos / que van a dar en la mar / que es el morir*”. Aquí se muestra la relación entre un elemento abstracto, la vida, que se aclara y comprende por medio de uno más concreto, el río, así como la muerte (menos abstracta) se aclara y comprende con el destino final del río, el mar.

Las metáforas no son solo un recurso poético. Como lo señala el Dr. Carlos Tajer, son elementos esenciales del lenguaje y el pensamiento: “*Estas referencias no son decorativas o poéticas, sino que resultan esenciales para comprender aspectos de la vida. No tenemos forma de pensar los elementos complejos de nuestra realidad sin metáforas, y cuanto más abstracto es el problema, se necesitarán mayor número de ‘capas’ de metáforas. Así, cuando nos referimos al tiempo, la vida, el amor, la pareja, las emociones, los síntomas, los objetivos, el sentido, los valores, lo bueno y lo malo, la salud, la medicina, la cardiología y las enfermedades, lo hacemos constantemente con metáforas*”⁽⁶⁾.

Como acabamos de ver las metáforas son un recurso literario, pero también forman parte de la es-



El corazón como máquina o bomba.

tructura del pensamiento y por consiguiente son un auxiliar ineludible de la ciencia. Como refiere José Ortega y Gasset en *Las dos grandes metáforas*: “*Cuando el investigador descubre un fenómeno nuevo, es decir, cuando forma un nuevo concepto, necesita darle un nombre. Como una voz nueva no significa nada para los demás, tiene que recurrir al repertorio del lenguaje usadero, donde cada voz se encuentra ya adscrita a una significación. A fin de hacerse entender, elige la palabra cuyo usual sentido tenga alguna semejanza con la nueva significación. De esta manera, el término adquiere la nueva significación a través y por medio de la antigua, sin abandonarla. Esto es la metáfora*”.

Zygmunt Bauman utiliza la metáfora del estado líquido para dar cuenta de un fenómeno social típico de la modernidad: la desaparición de las estructuras sólidas, permanentes, que caracterizaban al mundo de nuestros padres y abuelos, como el matrimonio, el amor, etcétera, y su sustitución por un mundo informe, inasible, siempre cambiante, regido por la perplejidad e incertidumbre.

Gareth Morgan, por su parte, describe los diferentes tipos de organizaciones en base a metáforas: organizaciones ser vivo, cárceles psíquicas, tipo cerebro...

Si incluyo aquí una referencia a las metáforas de Morgan no es solo para aclarar el uso diverso de las metáforas, sino porque la medicina gerenciada se da en organizaciones que pueden reproducir estos paradigmas con variable yuxtaposición.

Las metáforas en medicina

Me es imposible abarcar a todas o tan siquiera las más frecuentes metáforas en medicina. Los médicos usamos a diario metáforas para comunicarnos: hablamos del árbol bronquial, del corazón como “bomba” (“bomba aspirante impelente”, se decía en unos apuntes de biofísica de mi época de estudiante), del corazón que funciona como “reloj”, de la aterosclerosis como un “caño” tapado (me ha resultado siempre muy difícil comunicar una coronariopatía si no recurro a esa metáfora), hablamos del “saco” pericárdico, de las “válvulas cardíacas”, del “tubo” traqueal o intestinal, del “canal” tal o cual, de la “trompa” de Eustaquio o de Falopio...

A su vez, otras ramas de la cultura se han enriquecido con metáforas médicas o que aluden al cuerpo humano. En nuestro medio merece ser mencionado el trabajo *Corazón y tango* escrito por el Prof. Carlos Romero⁽⁷⁾.

Los médicos, enfrascados en un oficio aparentemente tan pacífico, utilizamos muy a menudo metáforas bélicas: tal paciente libra una “batalla” contra el cáncer, o perdió la batalla contra una penosa enfermedad, hablamos de la “guerra” contra las infecciones o las enfermedades crónicas, de “balas” biológicas o farmacológicas, de “armas” terapéuticas, de “estrategias” diagnósticas o de tratamiento, el tumor no crece sino que “invade”... Esas metáforas conceptualizan a enfermedades o herramientas utilizadas frecuentemente en medicina y permiten su mejor comprensión. Sin embargo, Susan Sontag ha estudiado las enfermedades que en su momento tuvieron o aún tienen un origen misterioso (tuberculosis, cáncer, sida...) y le atribuye al uso de metáforas en esos padecimientos una resonancia de miedo, culpa, prejuicio y discriminación.

Pero las metáforas más impactantes y prestigiosas de la medicina quizá sean la teoría de los cuatro humores y la monumental obra de Andreas Vesalio *De humani corporis fabrica* (1543).

La teoría de los humores no es en sí una metáfora sino una teoría, pero esta teoría está llena de metáforas. Arranca en las civilizaciones griega y romana, especialmente con Hipócrates (460 aC-377 aC) y Galeno (130-216), y dominó la mayor parte de la historia de la medicina.

Esta teoría afirmaba que la estructura y el funcionamiento últimos del hombre se podían explicar en base a cuatro humores: la sangre, la bilis negra, la bilis amarilla y la flema. Estos humores se relacionaban con los cuatro elementos de la naturaleza: aire, tierra, fuego y agua.

Lo propiamente metafórico de esta teoría radicaba en que a cada humor correspondía un temperamento: a la sangre le correspondía el tempera-



Portada de la obra magna de Vesalio *De humani corporis fabrica* (1543). El cuerpo y sus metáforas.

mento sanguíneo, a la bilis negra el temperamento melancólico, a la bilis amarilla le correspondía el temperamento colérico y a la flema el temperamento flemático.

Según la teoría humoral la salud del hombre dependía del equilibrio entre los cuatro humores. Cuando dicho equilibrio humoral se alteraba, sobrevinía una determinada enfermedad.

Pero la más impactante metáfora de la medicina y la biología es la obra de Vesalio *De humani corporis fabrica*. Este profundo y artísticamente notable tratado de anatomía designa y caracteriza al cuerpo humano como una fábrica. No nos habla de cómo funciona la fábrica, pero describe sus partes y la ilustra de manera asombrosa. Vesalio, que vivió en el siglo XVI, inaugura la moderna anatomía y desmonta los errores que Galeno cometió por extender al hombre sus conclusiones al disecar animales.

La influencia de la obra de Vesalio va mucho más allá de la anatomía. Como bien dice Gonzalo Casino: “La idea de la fábrica del cuerpo es sin duda una metáfora de lo más eficaz. Considerar al cuerpo humano como un artilugio permite hacerlo visible, mirarlo con ojos nuevos sin el peso de la tradición, abrirlo para hacerle estudios anatómicos, desmenuzarlo y contemplarlo en suma como un objeto de interés científico. Esto fue algo realmente nuevo, pues rompía con las concepciones anteriores que conside-

raban que la persona era su cuerpo y que éste era una extensión de la naturaleza y del universo...⁽⁸⁾.

La riqueza de las metáforas permite que, como hemos visto, sea un recurso poético, una herramienta para la ciencia, un instrumento para la sociología general y de las organizaciones, una parte esencial de la estructura misma del pensamiento y el conocimiento, una forma eficaz de hacernos entender en la consulta médica y de hacernos una idea del mundo y de la vida.

Los médicos no debemos sentir miedo o culpa al utilizar metáforas sencillas para hacernos entender con los pacientes. Constituyen un recurso sumamente útil en la práctica cotidiana. El objetivo central es transmitir nuestro conocimiento en el contexto de la RMP con llaneza, utilizando palabras y comparaciones fáciles de comprender.

Bibliografía

1. **Nochomovitz M, Sharma R.** Is It Time for a New Medical Specialty?: the medical virtualist. *JAMA* 2018; 319(5):437-8.
2. **Aguilar Fleitas B.** La relación médico-paciente: dimensiones. *Rev Urug Cardiol* 2014; 29(3):290-4.
3. **Asociación de Investigadores en eSalud.** Saludsinbulos: observatorio de los bulos de salud en internet. 2018. Disponible en: <http://saludsinbulos.com/>. [Consulta: 2 de abril de 2018].
4. **Bordelois I.** A la escucha del cuerpo: puentes entre la salud y las palabras. Buenos Aires: Libros del zorzal, 2009.
5. **Balint M.** El médico, el paciente y la enfermedad. Buenos Aires: Libros Básicos, 1961.
6. **Tajer C.** Metáforas para pensar la medicina. *Rev Argent Cardiol* 2012; 80(6):496-504.
7. **Romero C.** Corazón y tango. *Rev Urug Cardiol* 2008; 23(3):284-90.
8. **Casino G.** Corporis fabrica: sobre los estudios anatómicos y la idea del cuerpo como máquina. 2017. Disponible en: <http://www.escepticemia.com/2007/06/15/corporis-fabrica/> [Consulta: 24 agosto 2017].