



Dr. Roger Ruiz Moral

Universidad Francisco de Vitoria, Madrid, España

@ r.ruiz.prof@ufv.es

ID 0000-0002-6881-9878

■ Recibido / Received
7 de febrero de 2019

■ Aceptado / Accepted
1 de marzo de 2019

■ Páginas / Pages
De la 275 a la 302

■ ISSN: 1885-365X

Consideraciones epistemológicas, antropológicas, éticas y educativas para una Comunicación Clínica Centrada en la Persona

Epistemological, anthropological, ethical and educational considerations for a Person-Centered Clinical Communication

La Comunicación Clínica Centrada en la Persona (CCCP), supone en la práctica clínica actual una herramienta de primer orden para que el médico alcance sus objetivos clínicos. Sin embargo, su consideración como *tecné* no debería de ocultar aspectos como el tipo de verdad que revela, la realidad del paciente (en cuanto que ser humano y persona) a la que se dirige o las consecuencias de su aplicación en la práctica clínica. El presente ensayo pretende clarificar estos aspectos resaltando así que la CCCP y la práctica de la medicina si bien suelen ser consideradas desde aproximaciones eminentemente pragmáticas, conllevan presupuestos que trascienden las verdades de tipo científico y considera al paciente como una realidad compleja, única, multidimensional y con potencialidades diversas; en un encuentro clínico que señala el imperativo moral de la medicina (y de la CCCP) de actuar en beneficio del paciente. Ante una práctica de tal naturaleza la educación del médico debe de priorizar el desarrollo de su capacidad reflexiva, que incluye al propio aprendizaje (“búsqueda personal”), lo que exige una enseñanza integral que incorpore estrategias educativas que ayuden al aprendiz a dar sentido a esa búsqueda.

PALABRAS CLAVE: Comunicación Clínica Centrada en la Persona, epistemología, antropología, ética médica, educación médica.

The Person-Centered Clinical Communication (CCCP), in current clinical practice, is a first line tool for the physician to get clinical objectives. However, to consider it as *tecné* should not hide aspects such as: the type of truth it reveals, the reality of the patient (as a human being and person) to which is focused or the consequences of implementing in practice.

This essay intends to clarify these aspects highlighting that the CCCP and the practice of medicine although they are usually considered from eminently pragmatic approaches, carry presuppositions that overcome scientific truths and consider the patient as a complex, unique, multidimensional reality and with different potentialities; in which the clinical encounter points out the moral imperative of medicine (and also of the CCCP) of acting for the benefit of the patient. In the face of such a challenging practice, the physician's education should prioritize the development of his/her reflexive ability, which includes the own apprentice him/herself ("personal search"), demanding a comprehensive education that incorporates educational strategies for helping the learner to make sense of that searching.

KEY WORDS: Person-Centered Clinical Communication, epistemology, anthropology, medical ethics, medical education.

1. Introducción

Junto al conocimiento médico y las habilidades prácticas clínicas, las habilidades de comunicación (HC) representan un componente esencial de la competencia médica. Se ha comprobado que estas habilidades contribuyen de forma importante para conseguir resultados de salud positivos en los pacientes (Silverman, Kurtz y Draper, 1998; Stewart et al., 2000; Di Blasi, Harkness, Ernst, Georgiou y Kleijnen, 2001) y modulan las actitudes profesionales. Así, la comunicación clínica (CC) ha sido aceptada como un ingrediente formal de los planes de estudio de medicina, y reconocida como una competencia esencial por los organismos de acreditación tanto internacionales (ACGME, 2004; Frank, 2005; Van Herwaarden, Laan y Leunissen, 2009) como españoles de educación médica (Aneca, 2005), legislándose al respecto (Ministerio de Educación y Ciencia, 2008). Esto ha hecho que en España en los últimos años muchas universidades estén introduciendo, con distintos métodos, dedicación y resultados, la enseñanza de la comunicación. La evidencia claramente demuestra que es posible capacitar a los estudiantes en estas habilidades y que son los métodos que utilizan el aprendizaje de tipo experiencial los más eficaces (Berkhof, Van Rijssen, Schellart, Anema y Van Der Beek, 2011; Henry, Holmboe y Frankel, 2013). Este tipo de enseñanza precisa de un entrenamiento específico que no puede obtenerse mediante el modelo de clases magistrales tradicional. Para que sea efectiva su enseñanza se requiere que el estudiante ensaye con "pacientes simulados" bajo supervisión y observación directa, y reciba un feedback específico y personalizado. Ello exige a su vez de un programa de enseñanza en grupos pequeños, impartido por profesores médicos especializados en la materia, de forma integrada con el resto de habilidades clínicas a lo largo de todo el curriculum. Igualmente, para que tal materia resulte significativa y de impacto educativo, debe ser objeto de evaluación rigurosa mediante formatos evaluativos adecuados (Aspegren, 1999; Yedidia et al., 2003; Smith et al., 2007). Todo esto exige un esfuerzo importante por parte de las escuelas de medicina que están introduciendo la enseñanza de la CC, que hasta ahora ha tenido resultados variables (Ferreira Padilla, Ferrández Antón, Baleriola Júlvez y Almeida Cabrera, 2014). La *Escuela de Medicina* de la *Universidad Francisco de Vitoria (UFV)* ha incorporado en estos últimos 7 años esta enseñanza siguiendo las recomendaciones antes señaladas. En otro lugar hemos descrito los detalles del curriculum de CC de la *UFV* (Ruiz Moral et al., 2017).

En la introducción de la enseñanza de la CC en las escuelas de medicina y otras de ciencias de la salud, un aspecto sin embargo habitualmente no considerado, al menos con



la profundidad de análisis que este requiere, son las consecuencias que su incorporación en el corpus educativo supone para los aspectos derivados del tipo de "verdad" que la medicina persigue, así como la concepción antropológica que supone una práctica que utiliza las HC, con las implicaciones éticas que su uso conlleva. Consideramos que estas cuestiones no son menores y que su clarificación contribuye a reforzar no solo la idoneidad y a justificar la enseñanza de la CC más allá de una aplicación meramente utilitarista, sino a delimitar mejor el alcance de la propia práctica médica. Así, en este artículo pretendo clarificar los supuestos epistemológicos y antropológicos en los que se asienta la CC así como las consecuencias éticas de su aplicación en la práctica clínica, ofreciendo a su vez los supuestos básicos de su enseñanza en el grado de medicina de la UFV.

2. El objeto material y formal de la comunicación clínica

Para aproximarnos a estos aspectos conviene inicialmente clarificar el objeto material y el objeto formal de la CC, ya que esto nos permitirá discriminar y ordenar mejor su ámbito de estudio. Así, en términos generales se ha definido como objeto material aquello en lo que uno está interesado como objeto de estudio y como objeto formal aquello específico en lo que uno se fija al estudiarlo (la perspectiva que se adopta al estudiarlo), respectivamente. Mientras que esta distinción es más fácil de captar en algunas disciplinas (biología, física, ...), en otras muchas, sin embargo es menos intuitivo y acotar ambos objetos ha supuesto un debate con resultados en muchas ocasiones aún no concluyentes (p.e., la psicología) (Roca-Balasch, 2013). Para el caso de la disciplina CC o HC voy a utilizar también esta distinción formal.

Entiendo por objeto material de la CC el estudio de las conductas o comportamientos comunicativos de los profesionales en el contexto de la asistencia sanitaria o clínica, siendo estas conductas el primer "objeto" a hacer evidente. Así el estudio de las conductas comunicativas concretas desplegadas en este ámbito como conductas comunicativas genéricas (de tipo verbal o no verbal), o específicas (también verbales o no pero desplegadas en contextos clínicos concretos, como por ejemplo, conductas para dar malas noticias o para abordar una entrevista pediátrica o hacer una historia sexual), y también aquellos comportamientos del profesional dirigidos a detectar sus sesgos personales e incrementar su autoconocimiento como son por ejemplo las conductas meditativas o las de afrontamiento del estrés que éste pueda poner en práctica. Todas estas conductas son algo visible y tangible representando el objeto material de estudio y así, allanando el terreno para una aceptación científica de la disciplina. Sin embargo, es evidente que si se asume una actividad meramente descriptiva de la CC como la que consiste en registrar o medir lo que los sujetos (en este caso profesionales de salud) hacen, no se define propiamente lo comunicacional o relacional en clínica. Esto tiene lugar cuando se dice en qué se está interesado de esa conducta que se registra o mide. Es por ello que la CC debe de tomar en consideración aquellos aspectos de la comunicación que se consideran de base "funcional comunicativa", esto es lo "relacional" en cuanto útil para los fines de, en nuestro caso, el



diagnóstico y el tratamiento de la persona enferma, o como fin último, en cuanto contribuyentes a la “sanación” del paciente. Es decir, más allá de las consideraciones sobre el objeto material, la evidencia que interesa aquí no es la de la mera descripción de la conducta sino una evidencia de tipo pragmático, la de su asociación a alcanzar un tipo de “bien” para el sujeto, que en este caso sería el de la “sanación” o la mitigación o erradicación del sufrimiento que conlleva la enfermedad, lo que representaría su objeto formal, que sería en realidad lo que definiría primariamente a la CC. Lo que interesa sobre todo es por lo tanto la “función” que anima a la relación clínica o sea su uso para la intervención.

Habiendo hecho esta distinción y con el objetivo de integrar armónicamente la CC con las otras disciplinas médicas con las que necesariamente se encuentra relacionada para ofrecer a los médicos y a los estudiantes de medicina la visión de conjunto en la que se integra y adquiere sentido, el siguiente paso será situar su estudio dentro de la propia filosofía y clarificar así la concepción epistemológica y antropológica subyacentes y las implicaciones éticas que se derivan de su aplicación.

Desde la perspectiva planteada, la CC constituiría un conocimiento de tipo pragmático, funcional, que forma parte de la práctica profesional del médico. Se trata por tanto de un saber cómo (que se adaptaría al concepto de *techné* de la filosofía griega antigua). La medicina como “ciencia” se refiere más bien al tipo de conocimiento teórico necesario para abordar su objeto (conocer la verdad sobre este objeto) conformando así su carácter epistemológico propiamente dicho. Ambos tipos de conocimiento forman, sin embargo, parte de la medicina al ser ésta una disciplina científica y una práctica profesional. Esta distinción filosófica se corresponde muy bien con la contraposición entre ciencia y arte, misma que se encuentra con frecuencia en discusiones sobre lo que es la Medicina (Pérez Tamayo, 2003). La Medicina como ciencia se refiere a la “*episteme*” propiamente y la Medicina como arte, corresponde a la *techné*.

En la consideración de la CC como un tipo de *techné*, lo que creo que más importa atender aquí es la perspectiva desde la que abordar el objeto material, es decir su objeto formal: los aspectos relativos a la sanación del hombre enfermo o mejor dicho “*doliente*”. Esto conlleva ciertamente considerar los aspectos epistemológicos centrales de la ciencia médica (el estatus de verdad de sus diagnósticos y la utilidad de sus tratamientos), pero sobre todo parece más importante clarificar la antropología que subyace en su aplicación ya que esto supondrá reconocer el modo en el que se formula este objeto formal último de la medicina, lo que permitirá mostrar y entender mejor el papel y las relaciones que la comunicación clínica tiene con el resto de áreas médicas y con los aspectos centrales del proceso de sanación, el cual pasa por plantearnos quiénes somos, para qué estamos aquí, y cómo debemos actuar. Para llegar a esto, la tarea inmediata que abordaré ahora será la clarificación de los tres conceptos centrales de la medicina: la “*dolencia*”, el “*sufrimiento*” y la “*sanación*” del paciente.



3. Dolencia, sufrimiento y sanación: implicaciones para construir una antropología médica

Ian R McWhinney, dice que

las principales tareas del trabajo de un médico son la comprensión de la dolencia y la comprensión de las personas. Esto es así porque no puede haber una comprensión completa de una dolencia, sin, a su vez, la comprensión del doliente, estas tareas son indivisibles" (McWhinney, 1997: 83).

Esta aseveración es algo que a lo largo de los siglos los clínicos más avezados siempre han reconocido. Nathaniel Hawthorne escribió en la "Letra Escarlata" a propósito de Harrison, el médico de esta historia: "sentía que debía conocer al hombre antes de poder ayudarlo". Tradicionalmente la medicina es considerada como la principal profesión para ayudar a las personas a alcanzar o restablecer la salud. Esta consideración descansa precisamente en ese reconocimiento al que Ian McWhinney se refería antes. Sin embargo la pretensión que la medicina actual hace sobre su legitimidad para "sanar" es mediante una aproximación a la persona doliente que es sólo parcial, la científica, esto es, que no permite comprenderla en el sentido global al que nos referimos. El enfoque científico de la medicina supone un enfoque en el diagnóstico, tratamiento y prevención de la enfermedad y una formación del médico exclusivamente de tipo biomédico. Así el propósito principal de la medicina ha sido más bien el de "curar" enfermedades y no el de "cuidar" o "sanar" a personas enfermas. De esta forma a pesar de que "sanar" sigue considerándose como una función central de la medicina, bien ejemplificada por la vigencia del aforismo: "curar, rara vez, aliviar a veces, acompañar siempre", la "Sanación", en el sentido holístico del término ha ido desapareciendo de la atención de la medicina moderna, de manera que podría concluirse que la medicina moderna considera la "sanación holística" más allá de su ortodoxia (Murray RH, Rubel AJ 1992). De esta aparente paradoja un aspecto crucial es la falta de consenso que existe respecto a lo que este término significa. Una clarificación del mismo sin embargo puede ayudar a reorientar la medicina (su práctica e investigación) hacia sus auténticos fines.

El término "Sanación" está muy en relación con los de "dolencia" y "sufrimiento", por esto, dedicaré las próximas líneas a tratar de clarificar conjuntamente los tres conceptos. Etimológicamente la palabra "sanar" en castellano da lugar a diferentes interpretaciones, una de ellas muy probablemente tiene su origen en "santo", que se define como "pureza espiritual". En inglés sin embargo esta es más clara: "Healing", proviene de Heal que significa "tener sentido o integridad", que, a su vez, proviene de la raíz "haelan", condición o estado de estar hal, completo. Hal también se derivaría de la raíz "holy", santo. Las investigaciones antropológicas sobre la "sanación" implican diferentes formas del individuo de responder a la pérdida de su integridad (tanto médicas como no médicas, científicas o no, religiosas o no) (Gordon, 1979; Dossey, 1995; Dossey et al, 2016). Para un individuo, sanar, supone volver a encontrar su lugar en el mundo. "un proceso evolutivo que experimenta la totalidad de la persona hasta alcanzar una mayor y más compleja integridad" (Jackson, 2004; Gopichandran, 2015). En un interesante y relativamente reciente estudio, Thomas Egnew (2005) abordó este objetivo, para lo cual entrevistó y



analizó las conversaciones que sobre este concepto tenían ocho destacados médicos americanos de diferentes campos y especialidades. De manera no sorprendente estos autores mostraron un alto grado de congruencia en sus conceptos sobre lo que significa “sanar”, y que podían resumirse en los siguientes términos:

Desarrollo de un sentido de integridad (globalidad) personal, que involucra los aspectos físicos, mentales, emocionales, sociales y espirituales de la experiencia del hombre. La dolencia amenaza la integridad de la persona, aislando al paciente y produciéndole sufrimiento. El sufrimiento es aliviado al quitar la amenaza y al restaurar el equilibrio a la persona. Se trasciende el sufrimiento cuando se otorga un significado congruente y se adquiere un nuevo sentido de integridad (completitud) personal. La completitud de la persona se facilita mediante las relaciones personales que se caracterizan por la continuidad.

Desde las respuestas obtenidas y su análisis, Egnew define operativamente “sanar” como: “la experiencia de trascender el sufrimiento”. Surge aquí el concepto de “sufrimiento”, como complementario y contrario al de “sanar”: el estado que experimenta la persona cuando se produce una quiebra de esa integridad en su yo (Cassell, 1991). Esta “rotura” del “sentido del yo” es muy variable y depende de cómo la persona defina ese sentido del yo. Las personas sufren de forma diferente por la pérdida de funciones físicas, por el dolor físico, pero el sufrimiento es una sensación de angustia que va más allá de este tipo de dolor, es un dolor mental y espiritual: el sufrimiento por ejemplo, se asocia a la culpa, o al dolor o la disfunción cuando éstos han sido causados por algún error evitable o tonto, se sufre también intensamente de forma vicaria (vg., los padres ante el sufrimiento de sus hijos). Este dolor, es un tipo de dolor que aliena al que lo padece de sí mismo y de la sociedad. Para comprender el sufrimiento es preciso comprender que éste no puede subdividirse en categorías (Cassell, 1999), precisamente porque la persona tampoco puede ser explicada desde perspectivas aisladas: podríamos decir que las personas sufrimos con “todo nuestro ser”. Esta perspectiva asocia el sufrimiento con la pérdida del sentido o del significado de la vida, por esto el proceso de sanación se ha relacionado con las complejidades que suponen el “dar sentido” y la comprensión personal. Victor Frankl (2015) ha insistido en numerosas ocasiones a lo largo de toda su obra en la importancia de encontrar sentido al sufrimiento como vía para mitigarlo. Esta visión integral del sufrimiento (y a la vez de la sanación) se capta bien en el concepto de “dolencia”, la cual para los pacientes sería una experiencia vital que se manifiesta como una interrupción de su “ser en el mundo”, como una irrupción en la globalidad de sus vidas que las altera. Sin embargo el enfoque que la medicina moderna hace de la misma es el de una alteración de las funciones corporales, lo que se define mejor con el término “enfermedad” (Ruiz Moral, 2016a y b).

Así pues, los temas que insistentemente surgen de la tradición y de los diferentes estudios antropológicos y exploratorios respecto al “sufrimiento” y “sanación”, apuntan en el caso del primero, a una “pérdida de integridad o completitud de la persona”, una “crisis de significado” (Barrett, 1999), una consideración espiritual de la importancia última de la vida (Hiatt, 1986) lo que se reflejaría en la narrativa personal (Morningstar, 2010). Por otra parte los temas en relación a la “sanación” tienen que ver con la restauración de esa completitud o integridad personal, con vivir espiritualmente en paz, entendido esto como experimentar lo divino, o si se quiere, la presencia de una fuerza y una influencia superiores y ajenas a



nosotros mismos que nos producen sentimientos de temor, pero a la vez de amor, dando un sentido profundo a la vida. A los temas del sentido de la vida, reconciliación y transcendencia, que distintos autores han otorgado a lo espiritual, resaltaría yo el del "amor", como principio unificador que da sentido a la experiencia del propio yo (principio agápico del que habla Rupnik o el "ordo amoris" de San Agustín) (Agejas y Antuñano, 2019:31), y con la construcción de una narrativa que identifica y da sentido.

Vemos ahora quizás con más claridad, que la medicina moderna no tiene un modelo claro de lo que significa una persona en su globalidad (Cassell, 1991), y de cara al fenómeno esencial de su *raison d'être*, el mitigar el sufrimiento que produce la dolencia y alcanzar la sanación, ofrece una aproximación simplista y reduccionista, valorando lo objetivo más que lo subjetivo y apenas considerando los aspectos espirituales y de sentido (Dossey, 1995). Sin embargo, las definiciones operativas de sus conceptos esenciales que los anteriores estudios ponen de manifiesto, nos revelan, por una parte, sus significados simbólicos, marcando la agenda de las tareas clínicas e investigadoras del médico para que éstos se conviertan en sanadores más efectivos en sus encuentros clínicos con los pacientes. Pero por otra parte también están apuntando claramente a un modelo antropológico más amplio, a la consideración de persona como una "realidad compleja y única". En otro estudio he tratado de identificar estas dimensiones y su complejidad para la práctica clínica desde la perspectiva existencial (Ruiz Moral, 2016b). Sin realizar una exploración más profunda al respecto, la persona estaría dotada de una dimensión de tipo corporal conformada por características tangibles (cuerpo biológico) e intangibles (conciencia de yo, razón y emociones); y otra de tipo espiritual (valores, creencias, aspiración a la trascendencia), así como una serie de potencialidades o dinamismos que le son únicos como la libre realización de sus actos, su aspiración y capacidad de "realizarse", esto es, de dar sentido a lo que le sucede en el tiempo y con los demás y en el que la dolencia, el sufrimiento y la muerte, siendo consustanciales a su naturaleza, influyen determinadamente en los anteriores.



4. Epistemología de la Medicina y de la Comunicación Clínica

Es evidente que los aspectos a los que anteriormente me refería de ciencia médica y tecné, están estrechamente relacionados. En relación con la epistemología médica, ésta comprende todo lo relativo al conocimiento que un profesional de la salud maneja, desde la generación del conocimiento mismo, que será el producto de una investigación de tipo científico o de tipo hermenéutico, o una mezcla de ambas, hasta el estatus epistémico de las afirmaciones que comunica un médico a su paciente, el cual tiene que ver con el grado de veracidad de estas afirmaciones. El tipo de conocimiento que se postula en la mayoría de los diagnósticos médicos, en su fase inicial al menos, tiene un estatus hipotético; utiliza esos dos tipos de evidencias diferentes: la científica y la hermenéutica para hacer un juicio sobre la validez de su diagnóstico, esto es, para hacer aproximaciones "razonables" al

problema del paciente. Es decir que en la práctica médica, las hipótesis no se corroboran o refutan de manera concluyente como nos dicta el método científico (las exploraciones físicas y complementarias funcionan como aproximaciones), o el hermenéutico (las exploraciones sobre los aspectos humanos también son aproximaciones), sino que tiene en una forma específica de “razonabilidad” un criterio para valorar la adecuación entre lo que el médico “cree” que le pasa a su paciente y lo que realmente le pasa a éste. A esta forma de sabiduría es a lo que llamamos el juicio o razonamiento clínico (RC). Desde esta perspectiva tanto la generación y construcción del conocimiento médico como su estatus epistémico son aspectos altamente complejos que se aprecian mejor en el contexto de la clínica y desde el enfoque de toma de decisiones que ha de realizarse en ésta. El profesional de la salud en tanto agente racional está caracterizado por ser un profesional que toma decisiones bajo incertidumbre en la medida en que lo que predominantemente hace es individualizar la aplicación de principios más o menos generales en un contexto además limitado por el tiempo y la disponibilidad de recursos; Este proceso representa el modo de pensar y actuar propiamente médicos, el razonamiento clínico, y en el que la particularización es el ingrediente principal (el esfuerzo de comprender lo individual y único a la luz de lo general: “¿qué le pasa a este paciente?”). Esta tensión entre lo general y lo particular, apela a la esencia de la racionalidad práctica de la medicina que se revela como compleja pero a la vez flexible, inconclusa y en muchas ocasiones contradictoria. El RC no es por lo tanto un simple reconocimiento de un “cuadro clínico”, si fuese eso, un simple reconocimiento de patrones o seguir un algoritmo, cualquier ordenador potente y bien programado podría sustituir al mejor médico. El RC es una enorme cantidad de “sabiduría contradictoria” que no se encuentra en los libros si no que se acumula con la experiencia. Es trabajar el proceso diagnóstico-terapéutico, echando mano de las reglas de la ciencia (verdades científicas) primero, para ignorarlas o subvertirlas más tarde. Como señala K Montgomery (2006), los aforismos y máximas clínicas contradictorias utilizados habitualmente en medicina representan un buen ejemplo de esa contradicción permanente que refleja ese tipo de sabiduría médica práctica destilada (“busca un diagnóstico que explique todos los hallazgos” vs “considera la comorbilidad”; “alivia los síntomas” vs “diagnostica primero”...). Es en esta permanente tensión mediante la recopilación de aparentes paradojas, que los estudiantes y los residentes aprenden a sopesar las dos caras de todo juicio complejo, que no es ni científico ni hermenéutico, sino una forma propia de racionalidad, un ejercicio de “frónesis”, un “razonamiento situacional”. Este razonamiento no depende únicamente de disponer de información o capacidad para inferir de las circunstancias sino de la capacidad para elegir las piezas adecuadas de conocimiento y determinar el mejor curso de acción en una situación concreta, ante un paciente único y además de una forma generalmente rápida. Su puesta en práctica representa el “conocimiento en la acción” al que se refiere Donald A Schön (1998).



5. Antropología de la Comunicación Clínica

Pues bien, la CC representa una de las principales herramientas de las que dispone el médico para el desarrollo tanto de ese tipo de racionalidad situacional como para alcanzar su objetivo final: la sanación del paciente (ya que como vimos anteriormente ésta es algo que tiene que ver con el modo en el que médico y paciente se relacionan). La CC es por lo tanto un modo de contactar con la realidad del paciente (en cuanto que ser humano y persona) y así establecer el vínculo efectivo que permitiría por una parte, obtener y compartir información relevante y por otra, desarrollar la capacidad reflexiva para elegir las piezas adecuadas de ese conocimiento y determinar el mejor curso de acción en el proceso del reestablecimiento de la salud. En el apartado dedicado a clarificar lo que significa "sanar", hemos descrito la "realidad que constituye el paciente". Es evidente que esa realidad condiciona la naturaleza y el abordaje de los problemas de salud del hombre y el tipo de estrategias necesarias para aproximarnos a la "verdad" médica que he tratado de dibujar someramente más arriba. Así, la realización de una CC eficiente en este contexto implica que su practicante considere la realidad del paciente/persona sobre todo como esa "realidad compleja y única" que antes definíamos y que condiciona el sufrimiento humano y marca las acciones para conseguir la sanación.

Una concepción antropológica holística como la que hemos descrito permite comprender la naturaleza del sufrimiento y las acciones sanadoras que un médico debe considerar. Esto supone que el profesional para ser "sanador" desarrolle unas cualidades y habilidades más amplias que las exclusivamente "curativas". Por una parte debe dominar las habilidades diagnósticas y terapéuticas que condicionan la sanación a nivel físico. Para esto el médico dispone de una metodología clínica bien definida, una clasificación nosológica de las enfermedades con un buen poder predictivo y una tecnología diagnóstico-terapéutica validada de forma objetiva y cada vez más eficiente en el ámbito de lo físico. Sin embargo, el abordaje de las otras dimensiones personales del sufrimiento, requieren otras herramientas. El encuentro y el diálogo en él desarrollado usando HC como la escucha activa, la facilitación, el ofrecimiento de colaboración y apoyo, son cruciales. Sin embargo, en su nivel más elevado, la sanación no es un asunto técnico. Las técnicas ciertamente son importantes, pero no suficientes. Por ejemplo, las mejores habilidades de escucha no sirven si no creemos que lo que el paciente nos cuenta es interesante y útil. McWhinney destaca que para ser un médico sanador tenemos que reconocer el sufrimiento del paciente, entender el significado que la dolencia tiene para el/ella, estar presente cuando nos necesite y ofrecerle esperanza (1997:93). Para entender lo que significa la dolencia para el paciente debemos de escuchar su relato sobre la dolencia. Como me dijo Kay Toombs, una filósofa paciente de esclerosis múltiple

...si como médicos, estos solo se centran en tratar la enfermedad están disfrazando el problema por el que el paciente acude a ellos...deben entender que la experiencia del paciente sobre la dolencia, es única y es lo que se encuentra en primer lugar y que es después de que ha entendido esto cuando deben de cambiar al otro nivel (Ruiz Moral, 1997: 17).



Las “patografías” pueden considerarse un nuevo género literario en el que los pacientes describen y reflexionan sobre sus experiencias particulares de dolencia y en éstas lo que realizan es una “re-formulación de sus experiencias”. El médico puede, mediante la actitud de escucha activa, interesándose de forma auténtica por la experiencia de dolencia del paciente, captando o sacando claves comunicativas sutiles, contribuir a que estas reformulaciones proporcionen al paciente un sentido de coherencia, de dominio, así como la creación de nuevos significados que pueden ayudar al paciente a reconciliar su dolor e incluso aportarles transcendencia. Se convierte así el diálogo no ya en un mero intercambio de información o una negociación sino en el medio para crear confianza y establecer una conexión personal que conecte las historias del médico y del paciente en lo que autores como Epstein y Street (2011) han denominado un proceso de “mentes compartidas” (shared mind), que permitiría compartir información, aclarar y construir valores y significados, que finalmente puedan llevar a experiencias de unión que pueden resultar en sensaciones de completitud (Epstein y Street, 2011; Suchman y Matthews, 1988). El fin último de esas habilidades puestas aquí en juego, el contenido de esas reformulaciones, no es otro que un replanteamiento de las preguntas fundamentales: quién soy, qué he de hacer ahora y cómo he de hacerlo y por qué. El hecho de plantearlas y los esfuerzos para responderlas de esta manera, en el contexto de la dolencia y del sufrimiento producido por ella y del encuentro clínico, suponen una auténtica búsqueda de la verdad inherente a la naturaleza de toda persona que en sí misma representa un paso hacia la mejora de ésta y que finalmente pueden llevar a esas experiencias de completitud y transcendencia que antes señalábamos. Tal vez esto sea lo que quiera decir “santo” como raíz etimológica de sanar. Uno de los roles fundamentales del médico como sanador es establecer con el paciente este tipo de relaciones que conlleva la reformulación de sus narrativas de esta forma.



Sin embargo el realizar un encuentro con estos objetivos es, por regla general, todo un reto para un médico, en el contexto de la sanidad actual, con agendas laborales sobrecargadas y severas restricciones de tiempo. Escuchar las historias de los pacientes conlleva tiempo. Exige estar presentes, lo que supone, además de una profunda capacidad de escucha, compromiso e involucramiento. Ron Epstein, en su libro “Attending”, comenta “Cuando los pacientes dicen que su médico “está realmente con ellos”, la mayoría se refiere a una forma de “estar”. Presencia es una sensación de coherencia y de imperturbabilidad” (2018:68). Para atender al sufrimiento el médico no puede utilizar la excusa de la falta de tiempo, pues se trata de una cuestión más de formas que de tiempo. La pretensión de ser sanadores implica que no podemos “guardar distancias”, mantenernos al margen. Una vez más Toombs me dice: “no quiero ser atendida por alguien que no me cuide” (Ruiz Moral R, 1997:18). La dimensión afectiva es una de las dimensiones de la persona que como tal da forma al sufrimiento y a la sanación. Cualquier dolencia o acontecimiento vital puede ser prolongado o agravado por los sentimientos y emociones si estas no son adecuadamente “gestionadas”. Un ejemplo paradigmático quizás sea el del duelo. Shakespeare lo entendió bien. En Macbeth, cuando MacDuff recibe la noticia de que su mujer y sus hijos han sido asesinados, Malcolm, le dice: “Grita palabras de pena. El dolor que no habla al corazón lo destroza”. Todo sanador debe atender y abordar las emociones que la dolencia implica y el primer paso es reconocerlas y permitir su expresión. Las emociones juegan un papel crucial también en el proceso de involucramiento que, antes

comentábamos, este tipo de relación sanadora exige, y existen formas correctas e incorrectas de involucrarse. La medicina científica ha considerado siempre que la correcta actitud del médico sería la del observador neutro, no implicado, y ha transmitido el mensaje de que el médico no debe "involucrarse emocionalmente". Sin embargo nunca ha explicado cómo evitar esto y mantener el involucramiento necesario para la sanación. Para el médico, permanecer emocionalmente despegado, le exige suprimir sus propias emociones, un aspecto éste que puede afectar seriamente nuestra capacidad como sanadores. El protegernos a nosotros mismos puede impedir el darles a los pacientes la atención que ellos esperan de nosotros. Como dice Ian McWhinney "si nosotros no podemos abrirnos a nuestro dolor, cómo podremos estar abiertos al dolor de los otros" (1997:95). Entonces las preguntas que aquí surgen son: ¿Cuál es el involucramiento que contribuye a "sanar" y ¿cómo podemos evitar los problemas del involucramiento emocional? Encontrar una forma de atender a los pacientes que equilibre involucramiento y distancia supone desarrollar una atención altruista y a la vez impersonal, algo difícil de conseguir ya que la invasión de emociones egoístas en la relación médico paciente habitualmente sucede a nivel inconsciente. Es lo que el psicoanálisis denomina como los procesos de transferencia y contratransferencia (Bofill y Tizón, 1994). La única forma que tenemos de evitar estos problemas es desarrollando nuestro "auto-conocimiento". De esta manera, la tarea de sanar y la relación clínica nos ofrece a los médicos otro camino para "perfeccionarnos". Sin embargo, como decía Cervantes, "has de poner los ojos en quien eres, procurando conocerte a ti mismo, que es el más difícil conocimiento que puede imaginarse" (Don Quijote, Parte II, Capítulo XLII), este auto-conocimiento es el más difícil conocimiento porque sólo lo podemos conseguir enfrentándonos honestamente a los rincones de nuestra naturaleza que nos son más oscuros y dolorosos. Se trata entonces de ejercitar constantemente, la "auto-monitorización", entendida ésta cómo habilidad de comunicación del médico consigo mismo (comunicación interior), para atender a nuestros propios pensamientos y las emociones cuando éstas surgen en el ámbito de la relación y así darnos cuenta antes de que éstos puedan dañar al paciente. En los últimos años se han incorporado en el ámbito de la educación médica diferentes técnicas y disciplinas para abordar nuestras propias emociones generalmente de tipo contemplativo (mindfulness, presencia plena) (Epstein, 1999; Novack et al, 1997, Epstein, 2003; Eva y Regehr, 2011).

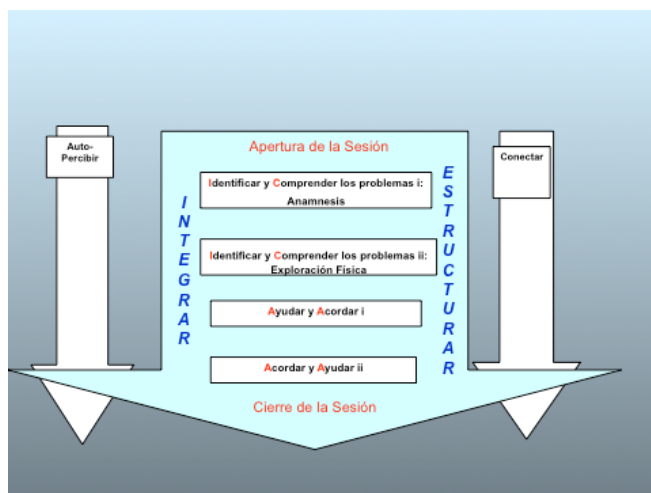
Sin embargo, todo esto parece difícil de operativizar de una forma práctica, es decir difícil de aterrizar en una metodología clínica que considere tal variedad de aspectos en el día a día de la consulta. Ciertamente que, para ser operativos, estos enfoques deben tener en cuenta todas las dimensiones de la persona y adaptarse al tipo de problema y sobre todo al grado de sufrimiento del paciente. El desarrollo de una metodología con estas pretensiones se valida en la medida en la que la misma (la CC), cuando la ocasión lo requiera, considere cada una de las dimensiones del fenómeno humano del sufrimiento y de las potencialidades de las estrategias sanadoras, y contribuya así a mitigar lo primero y a desarrollar las dimensiones de salud descritas.

En el año 1998 propuse el modelo CICAA como modelo de CC "centrado en el paciente" (Ruiz Moral, 2004). Este modelo era una propuesta de tipo práctico, que se enmarcaba en los abordajes docentes comunicativos por tareas que por esos años se empezaban a desarrollar en el contexto de la CC internacional. Así el mismo, conteniendo elementos comunes a otros modelos similares desarrollados en el entorno de la medicina



práctica, aporta elementos originales propios. El modelo CICAA, representado en la figura 1, es un modelo para la relación entre dos personas (médico/paciente), que se desarrolla en el ámbito del “encuentro” entre ambos, considerando este encuentro como una oportunidad para mitigar el sufrimiento generado por la enfermedad y avanzar hacia la “sanación”, en un proceso que implica y afecta tanto al paciente como al propio médico. La importancia del “encuentro” en el modelo pone de manifiesto la dimensión humana del “estar en relación con otros” como uno de los dinamismos esenciales de la persona.

Figura 1: Modelo CICAA de la Relación Clínica



A partir de aquí y en este contexto, médico y paciente ponen en juego tres tipos de habilidades comunicativas para posibilitar el “encuentro”: Habilidades de contenido o lo que el profesional sanitario y el paciente comunican, lo que dicen sus preguntas sus respuestas y sus afirmaciones, el tipo de información que recogen y la que ofrecen, las soluciones que consideran y transmiten. Habilidades de proceso o la forma en la que realizan esto, es decir la forma de comunicar, en el caso del médico, cómo hace este la historia, como recoge y ofrece la información, que habilidades verbales y no verbales usa, como se relaciona con el paciente, como se estructura y organiza la comunicación. Finalmente habilidades preceptivas o lo que el profesional y el paciente sienten y piensan cuando comunican, es decir “su proceso interior”, su razonamiento (clínico o vernáculo), sus actitudes, su grado de percepción de los sentimientos y pensamientos tanto suyos como del paciente, su auto-percepción sobre su confianza, sesgos o distracciones.

De esta manera aunque el modelo CICAA, se organiza didácticamente por “tareas” que representan objetivos generales para alcanzar los objetivos claves de la Relación Clínica y son el origen del acrónimo CICAA, sin embargo no pretende reducir el fenómeno del “encuentro” a éstas, ya que el “estar en relación” es algo que las trasciende y que solo sus protagonistas pueden valorarlo en su significado global (Zoppi y Epstein, 2002; Ruiz Moral et al 2016a). Sin embargo su aplicación contribuye a desarrollar la potencialidad de ese encuentro.

* Conectar con el paciente/familia: la conexión hace mención a los aspectos más puramente relacionales, la construcción de una relación de confianza, que dé oportunidades de crecimiento y que permita el desarrollo de otras tareas operativas

* Identificar y Comprender los problemas de salud del paciente/familia: Se trata de obtener información de diferente naturaleza y de integrarla para comprenderla en el contexto particular de un paciente concreto y único. Así la naturaleza de esta información que se ha de obtener hace referencia a una información de tipo biológico, orgánica, representada por los síntomas que el paciente cuenta (dimensión corporal tangible), pero también una información sobre los aspectos intangibles, (ideas, temores, expectativas, afectos, valores, anhelos materiales, espirituales,...) que el médico debe integrar y comprender de manera adecuada. Para ello a éste no le vale con limitarse a aplicar un protocolo preestablecido o un estilo a modo de interrogatorio (abordaje cognitivo) sino que debe desarrollar también una actitud de interés genuino hacia el paciente principalmente mediante la escucha activa y la empatía (abordaje emotivo). Ambos aspectos representan el material que el profesional utilizará para los procesos de reflexión que supone el razonamiento clínico y que deben llevarle a hacer aproximaciones "verdaderas" al problema del paciente.

* Acordar con el paciente/familia sobre el/los problema/s, las decisiones y las acciones. Aunque las tareas anteriores conllevan la necesidad de desarrollar una metodología de tipo dialógica, es en el desarrollo de esta tarea y la siguiente (ayudar) donde este componente dialógico adquiere un mayor peso. Aunque el contenido de los mensajes, es sin duda importante, aquí se produce un énfasis en la interacción, el feedback y la colaboración (se trata de un proceso bidireccional). El concepto de comunicación subyacente aquí es el de "proceso de interacción", un proceso en el que se comparte algo, y no tanto un proceso de "transacción", en el que simplemente se transmite algo. La interacción solo se completa cuando el emisor recibe feedback sobre si el mensaje ha sido comprendido, cómo éste ha sido interpretado y el impacto que ha podido causar en el receptor, para desde aquí modular el diálogo de manera adecuada, hasta que lo que se interpreta tenga sentido (y también sea eficaz). Estos son ingredientes esenciales para el proceso de "descubrimiento", de posibles reinterpretaciones de los significados que en una nueva narrativa puedan aparecer. La palabra "acordar" alude a la importancia de llegar a esa comprensión compartida sobre los problemas y significados, sus posibles soluciones, a unos compromisos mutuos, que revelarían tanto la consideración de la responsabilidad de cada uno de los participantes como la importancia de la creatividad en la búsqueda de alternativas adaptadas a las singularidades únicas de cada encuentro.

* Ayudar al paciente/familia a entender, elegir y actuar. "Ayudar", es "prestar colaboración o cooperar en la solución de algo" (RAE, 2004). El encuentro clínico no tiene por objeto ofrecer algo de forma pasiva al paciente para su uso o beneficio sino colaborar con él de manera responsable para, en este caso capacitarlo en la comprensión, afrontamiento y prevención de la dolencia. Ante una realidad sociosanitaria en la que predominan las enfermedades crónicas y donde los pacientes se ven en la necesidad ineludible de tomar decisiones cada día por sí mismos, el compartir información y ayudar al paciente a actuar representan pilares fundamentales para promocionar una autonomía responsable en la que, por ejemplo, los autocuidados y el establecimiento de metas autodirigidas, son dos de sus elementos más característicos. Estas tareas resaltan la consideración de una libertad (de una autonomía) dirigida a un fin concreto (la salud) y por tanto encauzada por la razón y ética



médicas y por los compromisos derivados de un proceso de acuerdos responsables, para su adecuado desarrollo.

6. Consideraciones éticas del desarrollo del modelo de Comunicación Clínica

6.1. EL *ETHOS* DE LA MEDICINA COMO DETERMINANTE DEL CARÁCTER (VIRTUOSO) DEL MÉDICO

Al señalar antes la naturaleza del RC se destaca que estudiantes y residentes en su formación no se convierten en “científicos” que lo que hacen es adquirir unas habilidades conductuales e intelectuales cruciales y una metodología clínica racional. Ellos adquieren un compromiso con la objetividad y un dominio sobre el método clínico, ambos factores esenciales para el RC que les permitirá diagnosticar y tratar con cierto grado de fiabilidad. No se trata por lo tanto de ciencia (natural o social) si no de juicio clínico, una forma diferente de racionalidad, es decir, lo que antes destacábamos como un ejercicio de frónesis, el razonamiento situacional necesario para los retos prácticos. No es solo el disponer de información o de la capacidad para inferir de las circunstancias (ambas cosas importantes) si no de la capacidad práctica para elegir las piezas adecuadas de ese conocimiento y determinar el mejor curso de acción en una situación concreta y además de forma generalmente rápida, hablábamos del conocimiento en la acción (Schön, 1998). Pues bien, pienso que es aquí dónde el profesional pone en juego su moralidad (su ética). Aristóteles explica cómo ésta funciona (Aristóteles: *Ética a Nicómaco*, 1994). La frónesis o razón práctica, es una de las características de la persona virtuosa, incluso la principal característica: se debe ser buena persona para poseer razón práctica y a la vez, el hábito de la frónesis promoverá la virtud del médico. Tan inseparables se presentan así la ética y la práctica. Los valores de la práctica clínica incluyen la atención al paciente enfermo y su sufrimiento, el conocimiento de uno mismo y sus límites, el estudio constante para adquirir habilidades y conocimientos, la minuciosidad, la solidaridad, la confianza,... y a los médicos, la sociedad nos juzga a la luz de estos. Es en este contexto donde los médicos utilizamos y aplicamos la CC.



6.2. LA INTERFAZ ÉTICA-COMUNICACIÓN CLÍNICA EN LA PRÁCTICA

La práctica clínica para la que se preparan los médicos y estudiantes tiene que ver en gran medida con la forma en la que aquéllos se comportan con los pacientes. En el desarrollo de esos comportamientos (y desde luego en el proceso de búsqueda diagnóstica) cobran especial importancia las HC. La autoridad de la medicina surge de esa relación médicopaciente. Los rituales y las reglas de esta relación se han ido refinando en los

últimos cincuenta años, habiendo pasado desde un paternalismo respetuoso a una colaboración para la toma de decisiones, en ambos casos la conexión entre el sanador y la persona enferma para establecer el tipo de relaciones que conlleva la restauración de la funcionalidad física y la reformulación de sus narrativas conforma el núcleo central de la atención (McWhinney, 2004). Este "estar-enfocado-en-el-paciente" reorienta el conocimiento médico: la ética de la práctica supera reducción de la medicina a una mera ciencia para integrar el conocimiento de la práctica clínica. El imperativo moral de la medicina de actuar en beneficio del paciente (y, aunque en un segundo nivel, ahora cada vez más respetando su autonomía) está tan fuerte y profundamente embebido en el hábito clínico y en la predisposición del médico como para anular las ideas que se puedan tener sobre la naturaleza de su conocimiento. Este imperativo viene dado por la forma en la que se inicia cualquier acto médico: "El paciente acude por presentar..." El deber moral se deriva de ese "acudir" del paciente, representa "el momento levinasiano" que antepone la confrontación con lo ético incluso antes que con cualquier tipo de conocimiento (Levinas, 2016) y que conlleva la verdad más elemental para un médico: uno es médico atendiendo a los pacientes. Kathy Montgomery dice que la epistemología práctica de la medicina, su "fronesiología", puede socavar su pretensión de ser una ciencia, pero debido a que esta comprensión no se considera cuando se atiende a los pacientes, aquella aparece como irrelevante (2006). Para los médicos, la ética de la práctica siempre triunfa sobre la epistemología de la medicina clínica. Por eso es tan importante un uso adecuado (acorde con la ética de la práctica) de las habilidades, entre ellas las comunicativas que, de esta forma, se supeditan y contribuyen a la ética de la práctica. La unión comunicación-ética se debe manifestar en la práctica clínica habitual a través de las actitudes y los hábitos del profesional (el carácter). Para que esto ocurra se debe educar a los estudiantes en los valores de una práctica clínica "centrada en la persona-paciente" entendida esta como aquella práctica que "perfecciona" al paciente como persona, cuyo significado hemos tratado de explicar en el apartado anterior. Esto a su vez mostrará cómo este tipo de educación repercute en la persona-médico moldeando su carácter en el sentido que requiere esa práctica convirtiéndolos en "mejores personas", es decir ayudándoles también en esa búsqueda de la verdad (Ruiz Moral y Alvarez Montero, 2017).



Como tecné, las HC pueden ser éticamente ambiguas, es decir, se pueden emplear bien o mal, para bien o para mal, y ahora podemos percatarnos mejor de que esto depende de cómo se integren o contribuyan a la respuesta de las preguntas fundamentales que surgen en el contexto de crisis que supone la dolencia. Por ejemplo, el conocimiento empático con el paciente puede emplearse para evitar que se sienta aislado en su enfermedad, pero también proporciona un poder de manipulación; las habilidades necesarias para llegar a un diagnóstico preciso pueden llevar a un uso exagerado de pruebas complementarias olvidando el bien del paciente; el proceso comunicacional en su conjunto puede ser exageradamente paternalista o, por el contrario, provocar un cierto abandono del paciente, dejándole a merced de decisiones sumamente difíciles. Las habilidades permiten realizar ciertas cosas, pero es imprescindible tener claro el rumbo que se quiere seguir al aplicarlas. En el apartado anterior hemos señalado suficientemente cuál debe ser ese rumbo. Sin embargo, el médico tiene un desafío fundamental y difícil para integrar y aplicar estas

perspectivas al objeto de ayudar al paciente a sanar. La realidad de la práctica clínica es compleja, los médicos se enfrentan a una multitud de decisiones cada día. En un día de consulta cualquiera un médico de familia puede reconocer muchas situaciones problemáticas para tomar decisiones con implicaciones éticas. Sin embargo, debido a su rapidez muchas de ellas no se hacen completamente conscientes y mucho menos el médico puede explicar por qué las ha tomado, aun cuando, a posteriori, las pueda justificar. Se trata de decisiones que deben tomarse en el seno de un flujo rapidísimo de acontecimientos que se solapan e influyen en la aparición de la siguiente, de tal modo que puede ser imposible atender a todos estos eventos. Sea como fuere, los médicos deben poder ejercer un cierto grado de conciencia selectiva con el fin de responder al menos a las decisiones más significativas para las personas, pero también los médicos pueden desarrollar su intuición, un “sexto sentido”, que operando desde niveles no completamente conscientes les permita detectar en las situaciones clínicas que viven, riesgos y oportunidades que le ayuden a tomar esas decisiones para alcanzar resultados más positivos para sus pacientes. En realidad esto es lo que ocurre para que la práctica clínica sea mínimamente eficaz y éticamente aceptable. En el desarrollo práctico de ambas aptitudes se resalta cómo opera la interfaz comunicación-ética:

Las decisiones están basadas en juicios a menudo sumamente rápidos, pero también en hábitos de conducta que, a su vez, tienen mucho que ver con el carácter profesional del clínico. Por tanto, vemos dos ejes en los que se asientan esas decisiones: el juicio y el carácter (propio de éste son las actitudes y los hábitos). Las decisiones prudentes basadas en juicios se consiguen mediante la deliberación, que es “una especie de investigación” que requiere tiempo. “El que delibera mal yerra y el que delibera rectamente acierta” (Aristóteles: *Ética a Nicómaco*, 1994). Hay problemas éticos muy evidentes, que plantean preguntas éticas y exigen una deliberación pausada. Por ejemplo, ¿es correcto éticamente retirar la ventilación asistida a este paciente concreto y en este momento? Pero parece que la deliberación es útil especialmente en las acciones previsibles, no así en las súbitas, que se toman diariamente: “Las acciones previsibles pueden decidirse por cálculos o razonamiento, pero las súbitas se deciden según carácter” (Aristóteles: *Ética a Nicómaco*, 1994) (EN III 1117 20-25a). Siguiendo de nuevo la distinción de Schön, la deliberación se equipararía con una “reflexión sobre la acción” mientras que el carácter determina la “reflexión en la acción” (Schön, 1998) (y es aquí donde su unión al RC se ve con mayor claridad). Como los hábitos están estrechamente vinculados al carácter, las decisiones basadas en hábitos juegan un papel de primer orden. Las decisiones acertadas tomadas por hábito se consiguen con un carácter o modo de ser profesional médicamente eficaz.

Las HC, permiten generar o cambiar determinados hábitos profesionales orientados a lograr mayor competencia; por ejemplo el estudiante puede comprobar que realizar una escucha activa le reporta tanto mayor eficacia diagnóstica como satisfacción del paciente, y así incorpora la escucha a sus hábitos clínicos. A su vez, este tipo de competencia que exige un cambio de hábitos (tangibles) al mismo tiempo requiere de unas determinadas actitudes (intangibles). Si con las HC solo cambian los hábitos, tendremos comediantes muy bien entrenados; si, a falta de estas habilidades, se dispone de las actitudes adecuadas, tendremos personas de buena voluntad, pero ineficaces médicamente hablando. Hace falta



que cambien ambos para contar con buenos profesionales. Queda así patente que la formación en HC requiere inexorablemente complementarse con la justificación ética que estimule actitudes positivas en los alumnos y les permita aplicar esas habilidades con un criterio ético propio y adaptado a cada paciente (es decir que sea el valor ético lo que mueva al estudiante a incorporar la escucha activa, ahora sabemos que ese valor no descansa solo en la eficacia clínica o curativa de esta, sino en su eficacia sanadora). Así, una forma de analizar la interfaz entre tareas comunicacionales y ética es ver cuál es la justificación ética de aquellas. En la medida en que las habilidades estén apoyadas en valores, tendrán una categoría de deberes moralmente justificables. El fundamento ético-antropológico que aquí hemos defendido, hace que estas HC sean deberes precisamente porque la persona-paciente es considerado como un "buscador de la verdad" con necesidad de dar sentido, el valor supremo, he aquí la necesidad de ponerlas en juego. En este marco, estos valores se convierten en los valores profesionales de la práctica clínica entre los que además de los relacionados con el compromiso con el saber médico están los de la solidaridad humana y la confianza, especificación de los cuatro grandes valores que han prevalecido en la bioética desde sus comienzos: beneficencia, no maleficencia, respeto a las personas y justicia.

7. Propuesta para la enseñanza integral de la Comunicación Clínica



El aprendizaje de la CC al igual que el razonamiento clínico consideradas como competencias médicas, tiene lugar por lo tanto en el terreno de la práctica (en el hacer). Sin embargo, es bien sabido que toda práctica profesional, a diferencia de la práctica "ocupacional", exige del ejercicio intelectual, de la reflexión, dirigida a analizar sus propios problemas, como puede ser por ejemplo la tarea de diagnosticar a un paciente, sobre todo cuando sus soluciones rebasan cualquier protocolo clínico. El desarrollo de esa capacidad reflexiva pienso que se ve facilitada por el uso de determinados estilos educativos que fomenten el pensamiento crítico del aprendiz, el cual supone también un desarrollo "personal", entendido como enseñanza que integra todas las dimensiones de la persona en orden a su "plenitud". Este pensamiento crítico representaría por tanto no solo "el proceso que usamos para emitir juicios sobre qué creer y qué hacer con respecto, en nuestro caso, al diagnóstico y el tratamiento a partir de los síntomas que nuestro paciente manifiestan" (Facione N y Facione, 2008.), sino también sobre la propia materia de estudio (sobre la propia búsqueda que realizamos) el porqué y el para qué de la misma (su sentido), ligándose así a esa búsqueda personal antes mencionada. Desarrollar "pensamiento crítico" en el alumno por lo tanto implicaría ayudarlo en la búsqueda intelectual y la crítica no solo del conocimiento que reciben, y el uso y aplicación que hacen de este mediante las técnicas y estrategias prácticas concretas para ejercer su trabajo (aquí la CC y del RC) sino en el sentido que esto tiene, lo que atañe a su crecimiento como persona. Se trata por tanto de un "aprender a aprender" lo que quiere decir "aprender a conducirse" por la vida. El reto de una educación integral está en cómo ayudar a desarrollar esto y si de hecho es posible hacerlo en el aula.

Con estos objetivos, el planteamiento docente que realizamos se basa en una aproximación pedagógica de tipo experiencial o significativa y se inspira en el proyecto educativo de nuestra propia universidad. Se trata de provocar un encuentro significativo del alumno con la realidad (en este caso una realidad clínica) que lo pone ante una experiencia (provocadora de sorpresa), para mediante desafíos concretos explícitos (preguntas interpelantes) elaborar respuestas que hagan avanzar al aprendiz tanto en la justificación y dominio de sus acciones (competencias) como a “dar (con el) sentido” de las mismas. Esto ha sido sintetizado en tres momentos pedagógicos claves: despertar, descubrir y decidir, a través de los cuales se desarrollaría ese encuentro significativo con la realidad. Resumimos aquí el contenido fundamental de esos tres momentos pedagógicos claves: 1º) presentación de un escenario (reto clínico) para afrontarlo (“despertar”), 2º) diálogo interdisciplinar en diferentes modalidades: del estudiante con el paciente, con los compañeros, con el profesor y consigo mismo, con el objetivo de cubrir los objetivos docentes planteados para ese escenario y a la vez debatir y reflexionar para la acción en la vida profesional y personal (“descubrir”) y 3º) poner en práctica en un nuevo escenario lo aprendido (“decidir”). Tras este acercamiento experiencial, académico y crítico a los contenidos propios de la CC, y como comentan Ruiz Varela et al (2018), el alumno debe de dar razón de los contenidos aprendidos, así como de los horizontes de acción abiertos, las capacidades de búsqueda de sentido adquiridas y los cambios actitudinales emprendidos. El ciclo debería hacer patente propuestas sobre la concepción de la materia, y sobrepasar la acumulación de contenidos y datos para mostrar una experiencia que compromete a toda la persona en su itinerario.



Por esto, tras la aplicación de una estrategia de enseñanza que incluye estos ingredientes, hemos tratado de valorar en que medida esta aporta evidencias sobre el impacto que la misma puede tener tanto en la adquisición y puesta en práctica de las habilidades comunicativas clínicas como en esos aspectos relacionados con el desarrollo personal a los que hacíamos mención. Centrándonos ahora en lo segundo, diseñamos un estudio cualitativo para conocer las visiones antropológica, epistemológica, ética y de sentido que los alumnos tenían sobre la medicina, el paciente, la práctica clínica y su enseñanza así como sus concepciones sobre lo que representa para ellos el encuentro clínico y las implicaciones personales de este ejercicio profesional (Ruiz Moral, 2018a). Los resultados mostraron inequívocamente unas concepciones sobre la persona como ser único y con dimensiones tangibles e intangible en la línea de lo expuesto antes; unas “epistemologías personales” que sobrepasan los niveles de certeza y simplistas, exclusivos de un modelo reduccionista científico-técnico, para integrar concepciones del conocer más sofisticadas y “ampliadas” que incluyen visiones más metafísicas y existenciales de la práctica clínica y que les serán necesarias para afrontar de una manera más realista la incertidumbre inherente a la práctica clínica (Ruiz Moral, 2018b). En sus reflexiones, los estudiantes se hacen objeto de reflexión ellos mismos, como personas y futuros profesionales, mostrándose así el sentido que para ellos tiene el hacerse médicos o recibir la formación que están recibiendo, que en gran medida parecen atisbarlo o planteárselo como una misión de ayuda al paciente y de enriquecimiento mutuo derivado del desarrollo de las dimensiones humanas que ellos mismos parecen considerar. Finalmente, los alumnos consideran el encuentro clínico desde la perspectiva más creativa y enriquecedora, presentándolo como oportunidad para el

crecimiento personal, con la ayuda del otro y mediante el acompañamiento y no solo desde la consideración del mismo como un acto puramente utilitarista enfocado a obtener resultados de salud en el ámbito exclusivo de la esfera biomédica.

8. Bibliografía

ACGME (s.f.). Accreditation Council for Graduate Medical Education. Recuperado de <http://www.acgme.org>

AGEJAS, José Ángel y ANTUÑANO, Salvador (2019). *Universidad y Persona. Una tradición renovada*.

Agencia Nacional de Evaluación de la calidad y acreditación (ANECA). (2005) Libro Blanco. Título de Médico. Madrid

Aristoteles. (1994). *Ética a Nicómaco ; Ética eudemia*. Madrid, España: Centro de estudios constitucionales

Aspegren, K. (1999). Teaching and learning communication skills in medicine: a review with quality grading of articles. *BEME Guide*, nº2 Med Teach (21)

Barrett, DA. (1999). Suffering and the process of transformation *J Pastoral Care*, 53:461-72

Berkhof M, van Rijssen HJ, Schellart AJ, Anema JR, van der Beek AJ. (2011) Effective training strategies for teaching communication skills to physicians: an overview of systematic reviews. *Patient Educ Couns*. 84(2):152-62.

Bofill P., Tizón J.L. (1994). *¿Qué es el psicoanálisis?* Barcelona: Herder, pp: 61-68

Cassell EJ. (1991). *The nature of suffering and the goals of medicine*. New York: Oxford University Press

Cassell EJ. (1999). Diagnosis suffering: a perspective. *Ann Intern Med*,131:531-4

Di Blasi Z, Harkness E, Ernst E, Georgiou A, Kleijnen J. (2001). Influence of context effects on health outcomes: a systematic review. *Lancet*; 357:757-62.

Dossey L. (1995). Whatever happened to healers? *Altern Ther Health Med*, 1:6-13

Dossey BM, Keegan L, Shields D, Helming M, Barrere C, Avino K. (2016). *Holistic Nursing: A handbook for practice*. Sudbury (Mass): Jones & Barlett

Egnew, T. (2005). The meaning of healing: Transcending suffering. *Ann Fam Med* 3:255-62

Epstein RM. (1999). Mindful practice *JAMA*,282:833-839 50.

Epstein RM. (2003). Mindful practice in action (II): Cultivating habits of mind. *Families, Systems, & Health*, 21(1), 11-17

Epstein RM. (2018). *Attending. Medicine, Mindfulness and Humanity*. New York: Scribner

Epstein RM1, Street RL Jr. (2011). Shared mind: communication, decision making, and autonomy in serious illness. *Ann Fam Med*, 9(5):454-61)

Eva KW, Regehr G. (2011). Exploring the divergence between self-assessment and self-monitoring. *Adv Health Sci Edu*,16:311-29



Facione, N., and Facione, P. (2008). *Critical Thinking and Clinical Reasoning in the Health Sciences: An International Multidisciplinary Teaching Anthology*. The California Academic Press

Ferreira Padilla G, Ferrandez Anton T, Baleriola Julvez J, Almeida Cabrera R. (2014). [Communication skills in the curriculum of Medical students from Spain (1990-2014): From the Primary Health Care to the Bologna Plan. A descriptive study.]. *Aten Primaria*.

Frank V. (2015). *El hombre en busca de sentido*. Barcelona: Herder

Gopichandran V. (2015). Faith healing and faith in healing. *Indian J Med Ethics*, 12:238-40

Gordon R. (1979). Reflections on curing and healing. *J Anal Psychol*, 24:207-217

Henry SG, Holmboe ES, Frankel RM. (2013) Evidence-based competencies for improving communication skills in graduate medical education: a review with suggestions for implementation. *Med Teach*. 35(5):395-403.

Hiatt JF. (1986). Spirituality, medicine, and healing. *South Med J*,79:736-743.

Jackson C. (2004). Healing ourselves, healing others *Holist Nurs Parct*,18:67-81

Levinas E. (2016). *Totalidad e infinito*. Madrid: Sígueme

McWhinney IR. (1997). *A Textbook of Family Medicine*. Oxford: Oxford University Press

Ministerio de Educación y Ciencia. ORDEN ECI/332/2008, de 13 de febrero, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Médico. BOE nº 40, Viernes 15 de Febrero de 2008; 8351-5.



Montgomery K. (2006). *How doctors think. Clinical Judgment and the practice of medicine*. New York: Oxford University Press

Morningstar BI. (2010). Stories that Transform: Narrative Approaches to Spiritually Oriented Clinical Practice. *Journal Smith College Studies in Social Work* , 80:286-303

Murray RH, Rubel AJ. (1992). Physicians and healers--unwitting partners in health care. *N Engl J Med*, 326:61-64.

Novack DH, Suchman AL, Clark W, Epstein RM, Najberg E, Kaplan C. (1997). Calibrating the physician. Personal awareness and effective patient care. *JAMA*, 278:502-9

Pérez Tamayo, R. (2001). De la magia primitiva a la medicina moderna. *La Ciencia para todos* 154, 2ª edición. Fondo de Cultura Económica

Roca-Balaszch J. (2013). Ciencias de la conducta: Objeto material y objeto formal. *Conductual*;1:4-15

Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. (2005) *The CanMEDS 2005 physician competency framework: Better standards, better physicians, better care*. Royal College of Physicians and Surgeons of Canada.

Ruiz Moral R. (1997). El poder de la fragilidad. Entrevista con Kay Toombs. *Dimensión Humana*, 1:15-19

Ruiz Moral R. (2004). *Relación Clínica: Guía para aprender, enseñar e investigar*. Barcelona: semFYC ediciones

Ruiz Moral R. (2016a). What is person centered medicine: Ceneptual review with focus on Georg Engel's perspectivas. *The International Journal of Person Centered Medicine*, 6:83-90

Ruiz Moral R. (2016b). Person centered medicine: An existential outline beyond the biopsychosocial model. *The International Journal of Person Centered Medicine*, 6:146-154

Ruiz Moral R, Caballero Martínez F, García de Leonardo C, Monge D, Cañas F Castaño P. (2017a) Enseñar y aprender habilidades de comunicación clínica en la Facultad de Medicina. La experiencia de la Francisco de Vitoria (Madrid). *Edu Med* 18:289-297

Ruiz Moral R, Alvarez Montero S. (2017b). La interfaz comunicación clínica-ética clínica: implicaciones para la educación médica. *Edu Med*;18:125-135

Ruiz Moral R. (2018a). Propuesta educativa en comunicación clínica y su influencia en la reflexión de los alumnos de medicina sobre aspectos epistemológicos, antropológicos, éticos y de sentido. II Congreso Internacional sobre Razón Abierta; Roma Sept 2018.

Ruiz Moral R. (2018b). Asumiendo la incertidumbre en medicina. *Bol Edu Med Doctutor*; Diciembre 2018. Accesible en: <http://www.doctutor.es/2018/12/02/asumiendo-la-incertidumbre-de-la-medicina/>

Ruiz Varela, G., Rodríguez Legendre, F., y Agejas Esteban, J. A. (2018). Regreso de la experiencia a la teoría. Repensar la deontología profesional después de Auschwitz. In López-García, C., & Manso, J. (Eds.), *Transforming education for a changing world*. (pp. 82-95). Eindhoven, NL: Adaya Press

Schön DA. (1998). El profesional reflexivo. Cómo piensan los profesionales cuando actúan. Barcelona: Paidós.

Silverman J, Kurtz SM, Draper J, van Dalen J, Platt FW. (1998) Skills for communicating with patients. Oxon, UK: Radcliffe Medical Press Arbingdon.

Smith S, Hanson JL, Tewksbury LR, Christy C, Talib NJ, Harris MA, et al. (2007). Teaching patient communication skills to medical students: a review of randomized controlled trials. *Eval Health Prof* 30:3–21.



Stewart M, Brown JB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston WW, et al. (2000) The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract*;49:796–804.

Suchman AL, Matthews DA. (1988). What makes the patient-doctor relationship therapeutic? Exploring the connexional dimension of medical care. *Ann Intern Med*, 108:125-130

van Herwaarden CLA, Laan RFJM, Leunissen RRM. (2009). Blueprint 2009: Common objectives of medical education in the Netherlands. Dutch Federation of University Medical Centres (NFU)

Yedidia MJ, Gillespie CC, Kachur E, Schwartz MD, Ockene J, Chepaitis AE, et al. (2003) Effect of communications training on medical student performance. *Jama*. 290(9):1157-65.

Zoppi K, Epstein RM. (2002). Is communication a skill? Communication behaviors and being in relation. *Fam Med*. 34(5):319-24.