

Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. Policlínico Luis Pasteur.

Artículo

## **El Método Clínico. Un enfoque desde la teoría del vínculo.**

## **The Clinical Method. A focus from the theory of the bond.**

**Julio Oscar Cabrera Rego.** Residente de 2do año en MGI. Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. Policlínico Luis Pasteur. E-Mail: [jocabrera@infomed.sld.cu](mailto:jocabrera@infomed.sld.cu)

### **Resumen**

A través de la teoría del vínculo de Enrique Pichón Riviére nos proponemos rescatar una visión totalizadora acerca de la huída del método clínico de los principales escenarios de formación. Un mal ejercicio del método clínico parte de una resistencia al depósito. Esta aseveración, develada tras analizar cómo se dan las relaciones de objeto en el campo interno entre médico y paciente, nos permite comprender porqué no se aplica el método clínico; todas las demás explicaciones anunciadas hasta el momento, quedan marginadas al campo externo de relación.

Palabras claves: EDUCACIÓN MÉDICA/ métodos, ética.

### **Introducción**

Tras el legado hipocrático de que la ciencia es conocimiento derivado de los hechos, el empirismo griego en la clínica quedó sumergido en frías tinieblas de escasos aportes semióticos durante la Edad Media, y no es hasta finales del siglo XVIII que, vueltos los ojos detenidamente sobre el hombre enfermo, Leopold Auenbrugger publica su descubrimiento del método de la percusión en la clínica. Años más tarde, en 1819, Laennec publica en dos voluminosos tomos su invención del estetoscopio y de la auscultación instrumental (Nota1). De tal manera, a la cabecera del enfermo, virtuosos semiólogos del siglo XIX asumen de manera entusiasta el compromiso de arrancar a cada enfermedad

sus más disímiles manifestaciones, mediante el perfeccionamiento de las técnicas de interrogatorio y exploración física.

Este método observacional se transformaría progresivamente en el "método científico" basado en la comunicación, la exploración y el razonamiento, que daría a fines del siglo XIX la consolidación del "método clínico" (1). El estudio de los enfermos permitió hacer generalizaciones de carácter teórico que nutrieron y nutren el cuerpo de conocimientos de la semiología, la patología, la clínica, la terapéutica y otras disciplinas afines (2). Durante la primera mitad del siglo XX los médicos recibieron este legado con un ejercicio comprometido a la cabecera del enfermo; eran los tiempos en que se dedicaban largas horas a estudiar a los pacientes con procedimientos semiológicos de gran exquisitez, sin la premura y el tacto escurridizo de los momentos actuales.

El avance de las ciencias médicas en la segunda mitad del siglo XX, que han sido los progresos de la terapéutica, de las ciencias básicas y de la tecnología aplicada al diagnóstico, parecen haber arrojado hacia el borde del camino los atributos seculares del médico y los principios que guiaron el ejercicio de la práctica individual: el interrogatorio, el examen físico, y el razonamiento (3). La huida del método clínico de los principales escenarios educativos, que son a fin de cuentas el paciente mismo, repercute no sólo en la pobre adquisición y deterioro de habilidades clínicas por parte de los estudiantes de medicina, sino también en la pérdida de una visión totalizadora al abordar al paciente por parte de los nuevos profesionales en formación. Este artículo pretende rescatar esa visión desde la teoría del vínculo de Enrique Pichon Riviére.

## **Desarrollo**

El método clínico se concibe como el método científico aplicado a la práctica médica, dirigido a resolver los problemas de salud del hombre enfermo. Tal denominación ha perdido vigencia, pues casi no se le menciona en la literatura médica actual (1) (denominación limitada al ámbito científico de nuestra geografía), y se sustituye frecuentemente por el de "método diagnóstico". Sin embargo, ambas denominaciones son equivalentes, pues la práctica médica ha tenido y tendrá siempre su método científico.

El método clínico se apropia del método científico mediante una rigurosa aplicación, en un orden lógico y de obligado cumplimiento, de su metodología puesta en función del enfermo. Aplicarlo implica, por tanto, sistematicidad y disciplina de un sistema de pensamiento.

Este algoritmo metodológico parte del problema de salud que motiva al enfermo a solicitar la atención, replanteado al paciente en forma de preguntas que logren identificar el verdadero motivo de consulta (he aquí el primer diagnóstico). Una vez identificado el problema a investigar, se procede a la recolección de la mayor información posible (confección de la historia clínica mediante la anamnesis y el examen físico) relacionada con el caso. Basado en esta información, se realiza el planteamiento de la hipótesis o diagnóstico inicial, que será posteriormente contrastado mediante el seguimiento evolutivo de la enfermedad o la realización de exámenes complementarios que aseguren un correcto diagnóstico, para luego imponer el tratamiento más adecuado. Evaluando la respuesta ulterior al tratamiento, podremos confirmar nuestro diagnóstico o replanteárnoslo en dependencia de nuestros resultados (4).

De este ir y venir de lo concreto a lo abstracto, del conocimiento extraído de la práctica, llevado al plano de la abstracción y luego a su utilización en la práctica, así es como se va aplicando el conocimiento científico (3). La necesaria aplicación de esta metodología, nos permite abordar la temática con mayor economía de recursos.

Sin embargo, en las últimas décadas, el método clínico ha venido sufriendo un importante proceso de deterioro en el mundo entero y también en nuestro país. Numerosas publicaciones han enunciado diversos factores: la pérdida de la relación médico-paciente, el menosprecio del valor del interrogatorio y el examen físico, y la utilización cada vez más irracional y excesiva de la tecnología médica aplicada al diagnóstico (5).

La presencia de estos factores influyen negativamente al obtener el diagnóstico de la afección del paciente, pues no se practica el método de la indagación y el razonamiento, sino sencillamente se indican una serie de pruebas y exámenes para tratar de acertar con éste. En marzo del 2001, la revista Hospi-Médica

publicó que en Estados Unidos aparecen entre 48000 y 98000 fallecidos por errores médicos al año, según diversas fuentes. En abril del 2002, el Ministerio de Salud Pública de Japón examinó los 82 principales hospitales del país y halló que en los dos últimos años se produjeron 15003 accidentes médicos, 39% de los cuales fueron severos y llevaron a la muerte en distintos casos (6).

No obstante, abordar estos factores como explicación a la pérdida actual del método clínico, implica asumir una visión limitada y periférica del asunto, en tanto éstos no son más que la expresión externa de una inadecuada relación de objeto establecida entre el médico y el paciente, una relación particular a la que llamaremos vínculo terapéutico.

Enrique Pichón Riviére concibe el vínculo como una relación particular con un objeto, de la cual resulta una conducta más o menos fija con el mismo, tanto en la relación interna como en la relación externa con ese objeto. Es posible establecer un vínculo, una relación de objeto, con un objeto interno y con un objeto externo. Se tienen así dos campos psicológicos en el vínculo: un campo interno y un campo externo (7).

En la aplicación del método clínico, esta relación particular de objeto se materializa en ambos campos a través del vínculo terapéutico establecido entre médico y paciente. En este caso el objeto siempre es un problema de salud, en el que se concentran todas las preocupaciones, ansiedades y molestias de una persona o un grupo en particular. Sin embargo, no nos interesa tanto el objeto como el tipo de relación que se establece por parte del binomio médico-paciente en torno al mismo. Lo que nos preocupa en realidad es abordar el diálogo interno que establece el médico con el problema de salud (objeto), esclarecer no tanto el objeto en sí, sino el vínculo particular que ese objeto establece con el yo del médico.

Nuestra mirada por tanto va dirigida al campo interno de relación, pues las manifestaciones en el campo externo ya han sido mencionadas (son precisamente esos factores enunciados en párrafos anteriores, abordados por numerosos artículos en rescate de la vigencia y necesidad del método clínico), y va dirigida al campo interno, pues estos factores reciben “el impacto de la

comprensión dinámica, en el sentido de que estos son analizables en la medida en que descubrimos el vínculo interno” (7).

Por supuesto que en el vínculo terapéutico aparece también estructurándose como en una Gestalt, la relación que establece el yo del paciente con su problema de salud, y debe tenerse en cuenta en tanto configura y modifica la praxis médica, pero nuestra mirada se va a centrar especialmente en el médico como sujeto activo y rector de esta relación bidireccional.

La aplicación del método clínico parte entonces de aceptar un rol, de hacerse cargo de un problema de salud traído por el paciente o un grupo vinculado a él (familiares o amigos). “El rol es una función particular que el paciente intenta hacer llegar al otro” (7). El paciente trata entonces de “depositar” su problema de salud; en ese objeto van representados sus miedos, ansiedades y molestias, peligrosos arrecifes para el médico, quien teme encallar en ellos, pues aceptar implica un impacto, un gasto afectivo, cognitivo y conductual que conlleva la mayor responsabilidad y vocación. Todo buen médico debe ser, por tanto, un buen depositario.

La mayor experiencia y conocimientos del método clínico no sustituyen esta necesidad básica, pues el médico debe saber asumir su rol basado en el afecto, la comprensión y el conocimiento de la dimensión humana de su ejercicio, solamente así puede establecerse un vínculo terapéutico.

Un mal ejercicio del método clínico parte de una resistencia al depósito. De tal manera el médico no se apropia de los problemas del paciente, sino que los proyecta hacia un tercero, que puede ser una persona o un objeto. Cuando remitimos a un paciente para ser valorado por otro especialista, sin haber introyectado la situación que lo trajo a la consulta, que significa establecer una empatía y adecuada comunicación, tocar al paciente, examinarlo, valorar variantes diagnósticas, realizamos el depósito en un tercero, es él quien debe decidir un diagnóstico. El objeto se devuelve tal y como lo trajo el paciente. Cuando lo remitimos para una Tomografía Axial Computarizada o le indicamos una batería exhaustiva de análisis sin haber establecido antes un vínculo

terapéutico, depositamos el problema en otro objeto. Es el tomógrafo o los equipos de laboratorio quienes deben decidir y darle solución al mismo. Bernard Lown, un destacado cardiólogo norteamericano y premio Nobel, escribió en 1995 que “la sangre del paciente va camino del laboratorio antes de terminar de hablar con él y mucho antes de ponerle una mano encima” (8).

No abordar el método clínico desde el enfoque de lo vincular en el principal escenario de formación, que es el paciente mismo, ocasiona que los estudiantes transcurran por las salas de medicina ajenos a todo, incluso a sí mismos. De los hospitales emerge un profesional que domina la información médica pero que “no tiene conciencia de los múltiples planos de la realidad humana” (9).

Durante los años preclínicos, los estudiantes se sienten aprendices pasivos, asimiladores de una gran masa de información para la cual encuentran escasa aplicación en la práctica clínica. En este primer paso de entrada a las facultades de medicina sufren una desestructuración que agudiza aún más las fantasías y concepciones idealistas que han representado en su interior respecto al ejercicio médico y su carácter omnipotente ante las dolencias y la muerte. Surgen así nuevas ansiedades relacionadas con sus expectativas respecto a la materialización de esa imagen ideal del médico colocada en su interior y las profundas modificaciones y ajustes que irá sufriendo en el transcurso de la carrera.

El futuro de esas modificaciones depende exclusivamente del vínculo especial que se establezca entre profesor y alumno, un vínculo que establece ciertas semejanzas con el vínculo terapéutico en tanto éste implica aceptar las necesidades de aprendizaje de sus estudiantes y resolver las ansiedades que surgen durante ese proceso de apropiación de manera activa, dinámica y responsable.

El profesor debe enseñar a sus estudiantes a operar en términos de vínculo mediante la apropiación consciente de esa peculiar relación de depósito, de aceptación, que debe surgir entre ellos y su paciente como base al aprendizaje del método clínico. Esta enseñanza debe partir del ejercicio diario del vínculo

terapéutico pues implica adoptar un modelo de postura, ideología y modo de actuar frente a sus estudiantes.

Algunos investigadores documentan el hecho de que los estudiantes de medicina experimentan considerable estrés y ansiedad durante su educación y entrenamiento y gran parte de este estrés gira en torno de preocupaciones por sobrecarga de información, exigencias de buen desempeño y falta de tiempo para atender todos sus compromisos. Principalmente, las situaciones ansiógenas que surgen durante la carrera están relacionadas con percepción de autorrealización y su papel para asumir el medio en que se desenvuelven, relación médico-paciente y profesor-alumno (10).

Por esa razón los alumnos deben ser recibidos en un contexto de apoyo, en el que la personalidad del profesor, su postura y el entusiasmo que puede inspirar su ejercicio diario se complementan con su conocimiento y la capacidad de éste de identificar esas situaciones ansiógenas e ir las eliminando durante el proceso educativo, todo lo contrario a la relación autoritaria y de distanciamiento que de manera tan frecuente contribuye a la fragmentación y descontextualización del proceso de aprendizaje desde sus primeros pasos.

Una de las principales carencias en el proceso de aprendizaje radica en que no se enseña al alumno a ser espontáneo y creativo frente a sus pacientes. “La manera más adecuada y coherente de enseñar es dando al futuro médico la posibilidad de experimentar y vivenciar el papel de médico en todos sus posibles papeles complementarios” (10). A través del juego de papeles el binomio alumno/médico pierde sus fronteras, pues el profesor “desciende del pedestal de sabio todo poderoso y se torna un colaborador del alumno, guiándolo y auxiliándolo a buscar dentro de sí mismo las respuestas” (10).

El juego de papeles implica dramatizar de manera espontánea y creativa disímiles situaciones del ejercicio médico diario en un grupo de individuos que establecen identificaciones mutuas entrecruzadas, constituyendo un vínculo estrecho en función de un objetivo común: el aprendizaje del papel de médico en un contexto operacional. Este aprendizaje se basa en el Esquema Conceptual Referencial y Operativo (ECRO) defendido por Pichón Riviére.

El esquema, como producto de una abstracción, implica el esqueleto de un conocimiento o un pattern de conducta cualquiera (7). Durante la carrera, el estudiante se enfrenta constantemente a esquemas conceptuales que no se hacen referenciales, pues no se le enseña a discriminar sobre el objeto de conocimiento y sobre el esquema de conocimiento previo con el cual se concibió ese conocimiento. El juego de papeles, a través del grupo operativo, permite experimentar no sólo nuestras vivencias como médicos o pacientes, sino también las vivencias de los otros, ayuda a transformarnos en tanto se redefine constantemente nuestro esquema conceptual, que es hacerlo referencial.

La utilización del método psicodramático como perspectiva metodológica es una variante que permite a través de ese juego, de esa entrega y adquisición de roles (role-playing), que el estudiante participe de manera activa en su proceso educativo, participación libre en tanto desempeña el papel en vez de representarlo.

El teatro de espontaneidad al que se refiere Arthur Kaufman en su libro Teatro Pedagógico, aparece como una variante metodológica que permite objetivar el papel del médico subjetivado mediante el juego. En ese entorno cada dramatización puede ser corregida, no solamente a través de las intervenciones del profesor, sino también a través de las intervenciones de los colegas y el propio protagonista. Esto posibilita que el estudiante aprenda, a través del error, con un mínimo de tensiones.

Por supuesto que ese juego de roles debe ir encaminado a enseñar a los estudiantes a contraer un vínculo terapéutico con sus pacientes y a visualizar la multiplicidad de vínculos que implica esa primera relación, pues “en ningún paciente existe un tipo único de vínculo, todas las relaciones de objeto, todas las relaciones establecidas con el mundo, son mixtas” (7). Un error frecuente en la práctica docente radica en no mostrar al estudiante esa multiplicidad de vínculos.

Cuando los estudiantes ingresan a las salas de Medicina Interna se les entrega un número de camas (generalmente un grupo de dos a tres) y resulta que todo

su universo, todo su campo de acción queda limitado a esas dos o tres camas. Se les entregan cubículos de entrenamiento donde deben ejercitar diariamente la técnica de la anamnesis y del examen físico, la identificación de síntomas y signos, el planteamiento de síndromes y diagnósticos diferenciales, cuando lo que se les debería entregar es el hospital y la manera de apropiarse de éste a través de esas dos o tres camas durante el ejercicio diario de esas habilidades.

Entregar un hospital va más allá del clásico “paseo de bienvenida”. El hospital no es un conjunto de paredes, barandas, camas alineadas y equipos de laboratorio; hospital es la multiplicidad de roles que adquieren cada uno de esos componentes puestos en función del paciente.

Michel Foucault en su artículo “La incorporación del hospital en la tecnología moderna” expone las condiciones históricas en que el hospital nace y se consolida como instrumento terapéutico. Esta nueva mirada surge cuando se comienza a indagar, no el aspecto externo del hospital, sino su interioridad. En el siglo XVIII comienzan a hacerse descripciones funcionales que daban cuenta “del número de enfermos por hospital, de la relación entre el número de pacientes y el número de camas, del espacio útil de la institución, del tamaño y altura de las salas, de la cantidad de aire de que disponía cada enfermo y de la tasa de mortalidad y de curación... Se estudiaban así mismo los recorridos, desplazamientos y movimientos en el seno del hospital” (11).

Debe enseñarse al estudiante no solamente el cómo, sino también el porqué de las cosas, el principio y finalidad de cada uno de los resortes que mueven los componentes del hospital, desde los mecanismos de admisión para ingresar a un paciente hasta los que deciden su egreso, los criterios de permanencia en las diferentes unidades, la jerarquía y el modo particular en que se relacionan cada uno de los servicios, el régimen disciplinario y las relaciones de poder que se dan en el seno hospitalario (conocer su origen y de qué manera se aplican), el movimiento de los recursos materiales y humanos y de qué manera la tecnología moderna puede ser utilizada en el ámbito práctico.

De tal manera se enseña al alumno a trabajar en un contexto operacional. Esta visión totalizadora contribuye a eliminar la dependencia y pasividad que

caracteriza el proceso de aprendizaje de nuestros estudiantes de medicina. Frecuentemente el profesor cree “equivocadamente” que instruye al estudiante en ese sistema de relaciones internas que se da en el seno del hospital cuando lo usa como fuente de trabajo y le adjudica labores de “mensajería” (ve y recoge tal radiografía, lleva esta muestra al laboratorio, llena estos complementarios, busca tal historia en el servicio de archivos, etc).

Si la toma de decisiones se ejerce de modo autoritario y no se establece un diálogo que instruya al estudiante del porqué de cada una de esas acciones y de las necesidades que las mueven, que es hacerlo partícipe de manera activa de esa toma de decisiones, reducimos al estudiante solamente a eso, “a un mensajero”.

Otro fenómeno que se da en el proceso de aprendizaje es que no se enseña a prever y considerar la acción del otro, a visualizar esos obstáculos que provienen del medio hospitalario y que pueden alterar el proceso diagnóstico. Cuando se valora una radiografía en un pase de visita, los profesores exigen que los estudiantes describan con exquisitez determinada radiopacidad (si es en sombra, en velo o en masa), que valoren la naturaleza de determinada lesión, pero nada se comenta de la técnica de realización, si está bien centrada, si está muy penetrada o muy “blanda” (como se usa en el argot médico) y la manera en que esto puede modificar lo que vemos.

Lo mismo sucede respecto a los exámenes de laboratorio; esos resultados dependen de la experticia de aquel que analiza, de la calidad de los reactivos y equipos de laboratorio que se usan. Se debe enseñar al estudiante a dudar, a dudar de todo, a adoptar un pensamiento crítico, a no asumir como “verdades absolutas” los hallazgos y diagnósticos del otro, para convertirse en meros reproductores. Una práctica viciosa que no resulta infrecuente es la tendencia a tratar "pruebas alteradas" en vez de a los pacientes de quienes proceden las pruebas. Como apuntara hace casi un siglo E. Sergent, toda prueba tiene su límite de sensibilidad y su validación requiere una valoración crítica, integrada con el cuadro clínico completo del paciente (12).

Tampoco se tiene en consideración la acción del otro cuando no se enseña a los estudiantes a aportar los datos clínicos suficientes al indicar un examen o una prueba, que es también una forma de diálogo, una manera de conferenciar con aquel que informa (solamente ve y tráeme tal radiografía, vamos a leer el informe mecanografiado en el papel). Es esta también una forma de romper, de fragmentar la multiplicidad de vínculos que implica contraer un vínculo terapéutico.

Este sistema educativo que hace “culto a la fragmentación”, que obliga al estudiante a moverse en compartimientos estancos, que aborda sólo una parte de la realidad y no la agota toda, explica por qué muchas veces los estudiantes sienten que “no se aprende nada de útil para aplicar en lo cotidiano, sólo se aprende lo necesario para pasar al estadio siguiente” (13).

Las vivencias de pérdida y desinstrumentación, fuente de todas sus ansiedades, se dan en el estudiante de nuestros tiempos porque no se le enseña a apropiarse de su realidad en un contexto operacional, que es asumir un rol protagónico en su propio proceso de aprendizaje, en tanto descubre no sólo la multiplicidad de relaciones que se establecen entre él, el paciente y el medio que rodea a ambos, sino también en el descubrimiento de su papel rector para modificar y redirigir esas relaciones a favor de su paciente y de sí mismo.

Enseñar al estudiante a operar en términos de vínculo, posibilita que este se vea a sí mismo como rector de una estructuración constante de roles, en el que las necesidades del paciente son devueltas mediante una praxis transformadora en la que él mismo y su medio se transforman. He aquí el proceso creativo de la medicina, su arte. Nuestro objetivo como educadores es enseñarles a los estudiantes ese arte, que es enseñarlos a transformarse mientras “se apropian instrumentalmente de la realidad para transformarla”.  
(13)

## Summary

Through Enrique Pichón Rivera's bond theory we intend to reveal a totalising vision about the flight of the clinical method from the main formation sceneries. A bad roll of the clinical method comes from a resistance to the deposit. This asseveration, realized after analysing how the object relationships are given in the internal field among doctor and patient, it allows us to understand why the clinical method is not applied. The rest of the explanation announced until this moment are excluded to the external field of the relationship.

Key words: MEDICAL EDUCATION/ methods, ethics.

Recibido: 30/9/06

Aprobado: 5/12/06

## Referencias bibliográficas

1 Ilizástigui Dupuy F. El método clínico: muerte y resurrección. Rev Cubana Educ Med Super 2000;(14)2.

2 Hernández Hernández R. Del método científico al clínico. Consideraciones teóricas. Rev Cubana Med Gen Integr 2002;(18)2.

3 Moreno Rodríguez MA. El método clínico: La Habana: Imprenta de las Fuerzas Armadas Revolucionarias; 1999. p 11-2.

4 García de Paz Febe A. El método clínico: necesidad y vigencia. Correo Científico Médico de Holguín 2000; 4(1).

5 Moreno Rodríguez MA. Crisis del método clínico. Rev Cubana Med 1998; 37(2):123-128.

6 Selman-Housein Abdo E. Guía de acción para la excelencia en la atención médica. Ciudad de La Habana: Editorial Científico-Técnica; 2002: 5-6.

7 Pichon Riviére E. Teoría del vínculo. 20 ed. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión; 1999. p 24, 35-36, 99,112.

8 Moreno Rodríguez MA. Ética, tecnología y clínica. Rev Cubana Salud Pública 2006; 32(4).

9 Zito Lema V. Conversaciones con Enrique Pichon Riviére sobre el arte y la locura. Buenos Aires: Ediciones Cinco; 2000. p 76.

10 Kaufman A. Teatro pedagógico. Bastidores de iniciação médica. Sao Paulo: Agora; 1992. p 31-32, 54, 55.

11 Foucault M. La incorporación del hospital en la tecnología moderna. En: Estética, ética y hermenéutica. Buenos Aires: Editorial Piados; 1999. p 98.

12 Fernández Sacasas JA, Vidal Ledo M. La enseñanza de la clínica. Reflexiones sobre el tema. Rev Cubana Educ Med Super 2005;(19)2.

13 Freire P, Pampliega A, Darcy M, Cunha M, Carlos J, Lucía V, et al. El proceso educativo según Paulo Freire y Enrique Pichon Riviére. Sao Pablo: Ediciones Cinco; 1986. p 45, 76.

Nota 1: En Conferencia dictada "Nacimiento y desarrollo histórico de la clínica. La Clínica a las puertas del siglo XXI". Anfiteatro del Hospital Clínico Quirúrgico Docente General Calixto García. La Habana, Diciembre 12, 1995.