CARLOS MIYARES RODRIGUEZ

Hospital "J. Castillo Duany"
Santiago de Cuba, Cuba

La necesidad de la interdisciplinariedad de la medicina con otras Ciencias Sociales

Consideraciones iniciales

"El salto hacia una verdadera Medicina, es decir, aquella capaz de atender de forma integradora tanto los saberes teóricos – técnicos como el arte de las relaciones humanas, pasa necesariamente por echar un vistazo a nuestro alrededor y buscar otras disciplinas que puedan ayudarnos en esta tarea". (1)

Este pudoroso reclamo de ayuda parece una indirecta y pálida aunque evidente confesión de la soledad en que se encuentra el sistema médico occidental, medicina científica, biomedicina o cualquier otra denominación que se le haya dado, para resolver los problemas que enfrenta en toda su magnitud.

Están muy lejanos los días en que ante una epidemia de tifus que afectaba a la población de la Alta Silesia, el autor mas emblemático de la Medicina Social alemana, Rudolph Virchow redactara su famoso informe "político-etnográfico" y pidiera nada menos que en 1847 como tratamiento, una "reforma social radical", "educación", "democracia plena e ilimitada", "libertad" y "bienestar". (2)

La ayuda que solicita el autor del párrafo que inicia este trabajo, podrá ser efectiva a partir, en primer lugar, de la aceptación del hecho de que la medicina no podrá sonrojarse mas de su carácter social y, en segundo lugar de que el apoyo que reclama no puede limitarse a conocimientos parcelarios de otras ciencias sino que debe impregnar sus raíces con la esencia de una verdadera dimensión humana.

No se trata por tanto de entrar en competencia con la dimensión biológica de la Medicina occidental, que aunque ha determinado su reduccionismo, ha logrado indiscutibles resultados en su desempeño, sino tratar de lograr que su relación con otras ciencias no sean ignoradas o negadas ni tampoco incorporadas parcialmente desde posiciones de dominio.

Se pone de manifiesto el problema de saber si la Medicina es la única que debe resolver ciertas situaciones. Por su dimensión y profundidad no es este el marco para debatir estos aspectos, pero estamos convencidos de que algunas cuestiones particulares de la práctica médica se beneficiarían notablemente en su realización, es más, permitiría que se lograran objetivos que por lo demás generalmente no se alcanzan. Es por ello que consideramos imprescindible la utilización cabal de conocimientos y métodos de otras ciencias. Acercarnos un tanto a algunos de estas particularidades es el objetivo de nuestro trabajo.

Lo cognitivo y lo práctico de la actividad médica

Lingüística y Antropología siempre han ido de la mano compartiendo apretadamente el espacio epistemológico. El crecimiento fabuloso de la cultura se debe al surgimiento y desarrollo del lenguaje, por lo que la Antropología le tiene reservado su lugar más sagrado. Cuando en 1962 el antropólogo y lingüista D. Hymes publica "The ethnography of speaking" y dos años mas tarde la obra "The ethnography of comunication" aparece una disciplina según la cual, etnografía y lenguaje dan un marco de referencia donde definir y ubicar el lenguaje en relación con la cultura y la sociedad. (3) Por su parte, Goffman desde principios de los 60 se propone un programa de investigaciones para la elaboración de una teoría sociológica de la comunicación interpersonal.

Situado a nivel de la microsociología plantea que las interacciones son los verdaderos átomos de la sociedad. Estas interacciones sociales se consideran el entramado más profundo del orden social, las cuales están sujetas a reglas y normas de la misma manera que las manifestaciones mayores de la estructura social, tales como la Familia, el Estado, la Iglesia, etc. "Lo que sucede es que las interacciones parecen tan triviales, tan banales, incluso tan "naturales", que tanto para los autores sociales que las ejecutan como para los observadores que las estudian, ... las cosas que sabemos hacer y que hacemos cada día no interesan a nadie como objetivo de estudio". (4) Es indiscutible que la Medicina, como tipo específico de actividad humana tiene que interesarse inexcusable-mente en estos conceptos.

La etnografía del habla y de la comunicación ha tomado como objetivo fundamental el estudio de la actividad lingüística y comunicativa y es natural que haya puesto su atención en el estudio de la conversación. La conversación es una técnica de investigación de extraordinario valor que forma parte inseparable de la confección de lo que se denomina historia clínica, la cual representa el procedimiento más complejo de la medicina.

A pesar de ser considerada como una información "blanda" existe una extensa bibliografía así como múltiples citas y opiniones de destacados y prestigiosos médicos qua avalan la eficacia de la conversación. Una muy larga lista de investigaciones dan como resultado que con solo aplicar este procedimiento el diagnóstico de las

enfermedades se realiza en más de un 50% de los casos estudiados obteniéndose incluso buenos resultados al ser utilizado por estudiantes. Sin embargo, desde hace décadas, estas habilidades del quehacer clínico se han ido perdiendo. Las razones para que esto haya ocurrido son varias y de diferente índole.

Una de las causas que han determinado esta situación tiene que ver con la denominación que se le da a esta actividad en el lenguaje profesional. Al intercambio verbal entre el médico y el paciente se le denomina interrogatorio. Si acudimos al diccionario veremos que refiriéndose a esta palabra dice: Serie de preguntas que se dirige a un acusado. Acto de dirigir las preguntas. Proceso verbal en el que se contiene las preguntas y las respuestas. (5)

Si nos atenemos a lo que ocurre realmente en la práctica este término define a la perfección esta actividad, ya que durante ella se pone de manifiesto el carácter unidireccional y autoritario que tiene esta palabra. Refleja perfectamente lo asimétrico de esta relación. Interrogatorio como término gramatical da la imagen de que la participación del paciente en la entrevista es pasiva y mínima, excluyendo aspectos afectivos y sicológicos: alguien pregunta y otro responde y de hecho esta actividad se convierte en algo totalmente despersonalizado.

Otro término más elegante pero menos usado es anamnesis. El Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas define esta palabra de la siguiente manera: Reminiscencia, acto de volver a la memoria las ideas de los objetos olvidados. Parte del examen clínico que reúne todos los datos personales y familiares del enfermo anterior a la enfermedad. Arte de recordar o de adquirir memoria. (6) Por su parte Piñeros Corpas se refiere a anamnesis como interrogatorio, haciéndolos equivalentes. (7) Llanio se pronuncia diciendo que “también se le llama conmemorativos o antecedentes y comprende todos los datos que obtenemos mediante el interrogatorio del enfermo”. (8)

Sin duda, interrogatorio y anamnesis tienen la misma significación para estos autores. Y nos preguntamos: ¿pueden estas definiciones abarcar toda la profundidad de lo que ocurre cuando hablan dos personas, una que sufre y demanda y otra que escucha y puede aliviar al menos? Evidentemente, no.

Veamos ahora la definición que da el diccionario de conversación. Dice, entre otras: negociación, coloquio, entrevista, diálogo, charla. Conversar: hablar familiarmente con otra persona, plática, contar, referir. Como vemos, hay más calidez y acercamiento entre los interlocutores.

Otro de los factores que determina esta precaria comunicación con el enfermo es la poca atención que se brinda en la enseñanza de pregrado a la trascendental actividad que es cómo obtener del paciente los datos con respecto a su aflicción.

Lo diremos con palabras de dos personalidades de la medicina. Según Feinstein “el método para registrar estos datos no puede aprenderse por medio de conferencias didácticas o libros de texto. El estudiante de medicina tiene que tener la capacidad de ver y escuchar el intercambio de la información en la compleja relación humana entre el paciente y el médico”. Obsérvese que el método que se invoca, se basa fundamentalmente, en la demostración y mas adelante dice: “sin embargo, a los estudiantes con frecuencia se les demuestra menos esta técnica que casi cualquier otro aspecto tecnológico del plan de estudio de medicina. En los libros de texto se describe brevemente... y a los estudiantes se les enseña en el momento (2do año), en el cual no son capaces de comprender las sutilezas clínicas; por lo común, el interrogatorio se queda sin enseñar y es raro que se enseñe después”. (9)

Aproximadamente, una década mas tarde señalaba Engels, “en una investigación en estudiantes de medicina encontré solo unos pocos que habían sido controlados en la realización de la entrevista de no más de uno o dos pacientes. Un sorprendente número de ellos alcanzó su título de doctor en medicina sin haber sido controlado ni una sola vez en el proceso de registro de los datos clínicos”. (10)

Después de todo lo expuesto es notable el poder decir que, a pesar de que no se tiene en gran estima la obtención de datos del enfermo a través de la palabra y de que se enseña poco y con deficiencias, este método sigue constituyendo un baluarte para el diagnóstico médico cuando es bien utilizado.

Dentro de las actividades del médico hay tres que son de vital importancia:

- La actividad asistencial
- La actividad docente
- La actividad investigativa

En cada una de ellas el médico comparte el papel protagónico con el enfermo. Esta relación médico – paciente, independientemente del enfoque a través del cual se analice (filosófico, jurídico, bioético, económico, etc.), y de los diversos factores que influyen sobre ella es una relación interpersonal, una interacción cara a cara. Ella estará presente de forma destacada en cada una de ellas. Es necesario, por tanto que el médico disponga de una amplia variedad de recursos y habilidades para entablar una conversación que haga efectiva la comunicación. De eso depende el éxito de la misma. Conocer el manejo de las palabras, su codificación y

decodificación, el lenguaje extraverbal, las normas de interacción e interpretación, las reglas que gobiernan la actividad de los mecanismos comunicativos. Conocer no solo el complejo proceso a través del cual el lenguaje convierte lo subjetivo de la percepción de un paciente en un dato científico registrado en una historia clínica, sino situar al enfermo en base a sus aspiraciones, valores, medio social, posibilidades, cultura.

Cultura, Comunicación y Sociedad en Medicina

La aplicación mas acendrada del método clínico ante un enfermo se estrellará ante el incumplimiento total o parcial de las indicaciones terapéuticas que haga el médico.

Esto ha sido motivo de múltiples investigaciones que aparecen en la literatura médica, las cuales demuestran que después que el médico tiene confeccionado un exquisito diagnóstico y decide aplicar una serie de medidas terapéuticas, chocará, de no haberlo hecho antes, con toda una serie de factores que puedan echar por tierra el uso del medicamento mas reciente en el mercado y el más efectivo o la conducta mas precisa según las concepciones mas avanzadas de la biomedicina.

Es aleccionador como a nivel de publicaciones que tienen como contenido la Asistencia Primaria, se manejan inquietudes, conceptos y valores que pocas veces vemos en otros niveles de atención. Y es que el médico que observa su entorno "intuye que por debajo de nosotros existe toda una cultura de la enfermedad con una dinámica propia que escapa a nuestra comprensión" (11), y esto se debe a que la formación médica recibida nos ayuda muy poco a descubrir el lenguaje de los pacientes. "Si el médico desconoce o subvalora el hecho de que dentro de cada enfermo se oculta la comunidad de donde procede y que la persona que tiene enfrente vive instalado en una frecuencia disonante de la que envuelve el discurso científico, está perdiendo la oportunidad de abrirse a un trato terapéutico efectivo" (12).

Si tenemos en cuenta estas opiniones nos preguntamos: ¿Qué impacto produciremos en un paciente de 50 años de edad, campesino, camionero y que tiene un sobrepeso de 48 libras, al cual se le diagnostica una hipertensión arterial (por solo citar datos muy básicos), que tiene que "comer sin sal, abandonar el café, el cigarro, y el alcohol" así como tomar 2 ó 3 tipos de tabletas, 2 ó 3 veces al día? Estoy convencido de que estas recomendaciones expresadas así, simplemente, son más riesgosas para el paciente que su propia enfermedad.

¿Nos habremos percatado de quién es el paciente? Debido a su trabajo, frecuentemente permanece fuera de su domicilio y por tanto no le es fácil hacer determinada dieta. Por su procedencia rural pertenece a una comunidad donde es habitual el fumar, la ingestión de café y de bebidas alcohólicas. En la sociedad que vivimos actualmente su posición económica debe ser satisfactoria, lo cual le permite a su edad tener expectativas o adquisiciones que le agradaría disfrutar. ¿Cómo afectará el tener conciencia de su enfermedad el sentido de la vida que tiene el paciente? ¿Debemos ser autoritarios o permisivos en las sugerencias que hagamos? ¿Fuimos capaces de precisar durante la conversación las características de su personalidad para adecuar nuestro imprescindible enfoque de la situación de una manera consecuente y que no se produzca un peligroso rechazo a recomendaciones no solo nuestras sino de otros facultativos?

Se han efectuado múltiples estudios sobre la obediencia de los pacientes para cumplir las indicaciones médicas. Kaplán, (13) Sackett, Hynes (14) (por solo citar algunos), y muchos más, son parte de una larga lista de investigadores que han realizado trabajos o reseñas en sus obras sobre lo difícil que es científicamente demostrar el grado de cumplimiento, que por lo demás como promedio en los diferentes estudios no va mas allá de un 50% y esto no es solo en casos como el citado anteriormente en el cual se ponen de manifiesto la imperiosa necesidad de que el paciente haga dejación de una serie de costumbres que se han convertido en habituales en su estilo de vida durante años y forma parte raigal de la cultura de su comunidad. Este incumplimiento total o parcial, se produce en afecciones ligeras y graves, de adultos y madres que atienden sus niños, en enfermedades de corta duración o crónicas que no tienen expectativas de curación, con medicamentos que se administran por vía oral o parenteral, con personas de diferente nivel cultural, procedencia, creencias religiosas, posibilidades económicas, y muchas más.

Como vemos, hay que tener en cuenta una enorme cantidad de factores para analizar y poder al menos en parte desentrañar los factores que influyen en el comportamiento de los enfermos. La Medicina, por sí sola, no puede explicar o solucionar esta situación.

Por esta razón, si la Medicina quiere acercarse de veras al enfermo y obtener las herramientas para comunicarse adecuadamente a través de la conversación, si quiere poder hacer una intervención terapéutica eficaz, tendrá que reconocerse a sí misma en su dimensión social y enlazarse de manera integradora con otras ciencias sociales que le permitan acceder a las enigmáticas complejidades del ser humano.

Bibliografía

1- Girón García, JM. El diagnóstico de salud. En: JANO. Medicina y Humanidades Vol. XLV. No 1058. 5-11, Nov. 1993 pp. 83.

2- Martínez, A. Antropología de la Salud. En: Ensayos de Antropología cultural. Colectivo de autores. Editorial Ariel, S. A. 1996 pp. 369.
3- Serrano, S. Antropología y Lingüística. En: Ensayo de Antropología cultural. Colectivo de autores. Editorial Ariel, S. A. 1996 pp. 88.
4- Obra citada pp. 89.
5- Pequeño Larousse ilustrado Edición Revolucionaria 1968.
6- Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas. Décima edición. Salvat Editores, S. A. 1972.
7- Piñeros Corpas, J. Clínica Semiológica. Edición Revolucionaria. Tomado de la Edición de 1962 pp. 28.
8- Llanio, R. Propedéutica Clínica y Fisiopatología. Editorial Pueblo y Educación 1982 pp. 49.
9- Feinstein. A.R. Scientific Methodology in Clinical Medicine. IV. Acquisition of Clinical Data. Ann Int Med; 1964; 61 (6): 1162-1193.
10- Engel, GL. Are Medical Schools Neglecting Clinical Skills? JAMA, Agosto 16, 1976- Vol 236, No. 7 pp. 861-863.
11- Girón García, JM. Obra citada pp. 83.
12- Girón García, JM. Obra citada pp. 45.
13- Kaplan, NM Hipertensión arterial. Tratamiento. En: Braunwald, E Tratado de Cardiología T 2 Vol 1, Edición Revolucionaria 1981 pp. 1023-1057.
14- Sacket DL, Haynes RB, Tugwell P. Epidemiología Clínica. Una ciencia básica para la Medicina Clínica. Capítulo 8 pp. 259-289. Ediciones Díaz de Santos, S.A. 1989.