

Enfoque filosófico en la relación médico-paciente [†]

Rolando Collado Ardón *, José Eduardo San Esteban **

[†]Presentado en la Sociedad Mexicana de Historia y Filosofía de la Medicina, el 27 de abril de 1995.

* Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina UNAM., Asesor del Programa Universitario de Investigación en Salud

**Director del Programa Universitario de Investigación en Salud, PUIS UNAM.

Recibido, mayo 5, 1995; aceptado, julio 3, 1995

Aunque contacta con el amplio tema de la Filosofía de la Medicina, el eje de este artículo es la filosofía en la medicina. Se aborda la filosofía no en su aspecto de ciencia que estudia a la medicina, sino como una disciplina potencialmente instrumental, al servicio de ella.

La anatomía, fisiología, microbiología, disciplinas con identidad propia que no requieren de la medicina para existir, se convierten en instrumentales de ésta cuando permiten al médico realizar mejor su trabajo profesional. También son potencialmente instrumentales para el médico la biología molecular, la epidemiología, la psicología, y en general todas las disciplinas naturales y sociales que pueda utilizar en beneficio del ser humano.

En el caso de la filosofía surge la duda: ¿Puede aplicarla el médico, con utilidad, en su práctica cotidiana?

Respondiendo afirmativamente a la pregunta anterior, en este trabajo se aportan algunas ideas sobre cómo el médico puede aplicar la filosofía en beneficio de su relación con el paciente, especialmente en el campo del diagnóstico. En ese sentido, la filosofía aplicada representa un factor contribuyente al éxito profesional del médico.

Marco conceptual. Etimológicamente filosofía es el *amor a la sabiduría* (del griego *filos*, amor, y *sofos*, saber). Tiene por objeto "establecer los conceptos, los más generales, sobre el Cosmos y el hombre".

También se la define como la "Ciencia que trata de la esencia, propiedades, causas y efectos de las cosas naturales"

De ese marco tan amplio, que se ocupa del Universo y su contenido, puede transitarse a aspectos concretos que permiten hacer de la filosofía una disciplina instrumental.

La explicación congruente. Este es uno de los aspectos centrales del pensamiento filosófico, y del quehacer médico. Explicarse lógicamente e integralmente lo que ocurre en su paciente, y en su relación con él, es la esencia de un buen diagnóstico y la base de un tratamiento eficaz. De allí la importancia de la historia clínica completa, del pensamiento inquisitivo, de la búsqueda de la verdad o en su defecto, del mayor acercamiento a ella.

La búsqueda de la explicación congruente de los fenómenos de la naturaleza se inició seguramente en tiempos prehistóricos, pero su sistematización y registro se dió en Grecia. Los griegos, ya en el siglo VII antes de nuestra era, "ante un fenómeno inexplicable, tratan de dar una explicación congruente capaz de ser entendida por todos los hombres"

Una explicación congruente puede no ser correcta. El que un paciente busque atención médica no significa necesariamente que desee la inmediata recuperación de la salud. Tal vez hay coincidencia en interpretar *el por qué de la consulta* y ambos, médico y paciente, la interpretan como producto de la enfermedad. Tal vez también hay coincidencia en *el para qué de la consulta*, ambos esperando que su efecto sea la recuperación de la salud. Esa congruencia se traduce en un equipo cooperativo en términos del tratamiento a seguir.

Congruencia incompleta. La congruencia descrita, completa en cuanto a la búsqueda de la salud, puede

ser incompleta en muchos aspectos, por ejemplo en cuanto a tiempo. El paciente puede desear una recuperación rápida, y el médico no tener prisa al respecto. Puede ser a la inversa como con frecuencia se observa en medicina del trabajo, donde el para qué de la consulta puede incluir ganancias secundarias como incapacitación temporal o definitiva, prestaciones, etcétera, para el paciente, y eficiencia en el retorno del empleado al trabajo, alivio sintomático más que curación, etc. en el caso del médico.

Esa incongruencia, conciente o no para los involucrados, conspira contra la formación de equipo -paciente, familia, médico, empresa- en el proceso terapéutico.

La explicación congruente de la enfermedad. Un fenómeno natural como la enfermedad, que aún hoy es a veces inexplicable, ha provocado en el curso de los siglos las más variadas interpretaciones, todas congruentes con el pensamiento de la época, y generadoras de conductas lógicas. Frente a las epidemias de influenza, de peste bubónica, de tifo, de cólera, se iba en la antigüedad desde el aislamiento y la cuarentena, hasta el disparo de cañonazos "para purificar el aire".

Transcurrido el tiempo, otras explicaciones, también congruentes, explican nuevas conductas. El aislamiento de los enfermos contagiosos persiste hasta el presente como medida de control, porque es congruente con nuestra concepción de la transmisión de la enfermedad. La cuarentena aún es indicada a las parturientas en culturas contemporáneas pero ha sido abandonada por la medicina oficial; y la purificación del aire con azufre y pólvora está descartada por incongruente con el pensamiento actual.

El médico, influido por su cultura familiar primero, y por la escolar después, introyecta explicaciones sucesivas sobre la enfermedad que le hacen modificar su conducta, desde la de un ciudadano medio hasta la de un profesional con un rol socialmente establecido.

En ese proceso, la explicación y conductas congruentes del ciudadano medio son sucesivamente sustituidas por las del estudiante de medicina de primeros años, por las de años avanzados, por las del médico recién graduado, por las del médico con experiencia.

Tal vez el médico con experiencia recuerde, al comprender la explicación congruente pero errónea de un paciente respecto a su enfermedad, la que él mismo tenía antes de estudiar medicina. Eso puede contribuir a una mejor relación entre ambos.

Posibilidad de repetir la historia. Dentro de la evolución, no estamos exentos de que situaciones similares a las descritas se presenten de nuevo, que aparezcan dudas sobre enfermedades, conductas titubeantes, y hasta aparentemente irracionales.

El ejemplo más reciente, actual, es el del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, SIDA. Las dudas sobre los mecanismos de transmisión, o las ideas equivocadas al respecto, han generado en la población así como algunos miembros del personal médico, conductas aparentemente ilógicas y humanamente cuestionables.

Como señala Kuhn, los paradigmas de la ciencia y en consecuencia de sus aplicaciones técnicas han cambiado permanentemente en la historia. No hay razones para pensar que ese proceso sea diferente en el futuro.

Otros campos en la relación médico-paciente. Dentro de la enfermedad hay elementos básicos en la relación médico-paciente. El dolor y el sufrimiento son los más relevantes. Y como campos de gran trascendencia, la muerte, la salud, y la vida.

En todos esos campos puede o no haber congruencia entre el pensamiento y las expectativas del paciente, y las del médico. El por qué y el para qué de la consulta, del acto médico, como llama Martínez Cortés a esa relación que se establece entre el hombre-médico y el hombre-no médico y que se produce no solo en función de la enfermedad.

Esos múltiples por qué y para qué, y su manejo, forman la esencia de la metodología que en este trabajo se propone.

El diagnóstico filosófico en la relación médico-paciente. Por diagnóstico filosófico en la relación médico-paciente entendemos "*La descripción de la esencia, las características, las causas y los efectos de la relación entre el médico y el paciente*".

Esta concepción abre enormes campos de estudio que, especialmente en lo relativo a la esencia y las características, van más allá de los objetivos de esta presentación.

Dentro de un contexto reducido pero aplicativo, elaborar el diagnóstico filosófico en una determinada relación médico-paciente tiene como fin "*Conocer los por qué y los para qué de la relación que, en cada caso, se establece entre el médico y el paciente*".

Esos por qué y para qué son materia de estudio para muchas disciplinas, la psicología, por ejemplo, que en este trabajo no se abordan.

Un elemento básico que no puede dejar de mencionarse por cuanto enmarca a las ideas, creencias, costumbres y conductas de los pueblos y de los individuos, es la cultura.

El marco de la cultura. La Filosofía "Estudia no solo el Universo en sí, sino la imagen que un hombre o una cultura determinada se forman de él"

La imagen que del universo y de su contenido se ha formado cada cultura, y dentro de ellas, cada hombre, ha variado y continúa variando en el transcurrir del tiempo.

De la misma forma varía la concepción de la enfermedad, de la muerte, de la salud, del papel del médico.

Involucrado con suma frecuencia en relaciones interculturales por el tipo de pacientes que atiende, el médico tiene un problema ante sí cada vez que ignora o malinterpreta el por qué y el para qué es procurado profesionalmente.

El problema es menor cuando la diferencia cultural es evidente. Ejemplos abundan en la literatura, especialmente dentro de la antropología médica, que continúa enriqueciendo el conocimiento en este campo.

Cuando la diferencia es pequeña puede pasar desapercibida para el médico, a pesar incluso de que la puede palpar, experimentar, muy de cerca. Basta comparar, dentro de una misma familia, la cosmovisión de abuelos, hijos y nietos. Las concepciones del universo, así como de la enfermedad, llegan a ser notablemente distintas.

- Diferencias psicológicas, formativas individuales, y diferencias culturales.

Siempre dentro de un contexto aplicativo, conviene discriminar entre las diferencias que el médico encuentra con su paciente a nivel individual, y las que son producto de modelos.

Las ideas y creencias, así como las conductas derivadas de ellas, son en el primer caso producto de la formación específica del sujeto, atribuibles más a la repercusión individualizada de los procesos educativos, y a su evolución psicológica.

En el segundo caso es cuando se habla de diferencias culturales. Como señala Singer, "Son más bien los modelos, normas, reglas y criterios implícitos en la conducta, en las relaciones sociales y en los objetos los que se consideran constitutivos de la cultura". Y más profundamente: "Son los sistemas de significados, las ideologías, las convenciones tácitas y las estructuras cognitivas e inconscientes que pueden advertirse en cualquier sociedad, con distintos grados de consciencia y formulación verbal"

El arte de la medicina es flexible: puede adaptarse a las características individuales del paciente con un enfoque psicodinámico, pero puede también contribuir al descubrimiento de los modelos, de la cultura que está detrás de la conducta individual. En el primer caso el contexto es filosófico-psicológico individual; en el segundo, filosófico cultural.

El diagnóstico filosófico. Los pasos a seguir para elaborar el Diagnóstico Filosófico en la Relación Médico-Paciente, tal como lo conceptualizamos, implican establecer:

I.Los por qué y los para qué de la relación, en la concepción del paciente.

II.Los por qué y los para qué de la relación, en la concepción del médico

III.Las expectativas del paciente y del médico, en relación al otro y en relación a sí mismo.

IV.Las congruencias e incongruencias entre los puntos anteriores.

Con base en ese diagnóstico puede elaborarse la estrategia terapéutica.

Elementos a incluir en el diagnóstico. Los elementos que se incluyen dentro del diagnóstico dependen de cada situación. Profundizando en este tema puede analizarse otros, pero los más comunes e importantes son:

- El dolor
- El sufrimiento
- La enfermedad
- La muerte
- La salud

- Las expectativas del paciente respecto al médico y respecto a si mismo.
- Las expectativas del médico respecto al paciente y respecto a si mismo.

Procedimiento

El *por qué* y el *para qué* de los elementos. Los elementos antes mencionados tienen un *por qué* y un *para qué* en la mente del paciente. Por qué tengo este dolor, este sufrimiento, por qué estoy enfermo y así sucesivamente. Esas relaciones de causalidad pueden coincidir o no con las que el médico determina en su diagnóstico. En el Cuadro 1 se expresan las interpretaciones de ambos, lo que facilita la negociación ulterior. Obviamente habrá mayor integración de equipo si la interpretación coincide.

Cuadro 1. Diagnóstico filosófico en la relación médico-paciente. El Por qué

De	Según	
	El paciente	El médico
El dolor		
El sufrimiento		
La enfermedad		
La muerte		
La salud		

De la misma forma pero en relación al *para qué* de los elementos, se consigna en el Cuadro 2. En nuestra cultura actual este cuadro es más difícil de llenar por cuanto no es habitual el preguntarse -ni paciente ni médico- *para qué puede servir* un dolor, el sufrimiento, la enfermedad, la muerte y en menor grado, la salud.

Tanto en la cultura general como en la cultura médica, esos *para qué*s están casi ausentes. Sin embargo, y como se verá más adelante, llegan a tener gran importancia en la relación médico-paciente, así como en el encuentro que el médico hace con su propio quehacer profesional.

1. El por qué y el para qué del dolor. Una de las causas más frecuentes de consulta es el dolor. El paciente va al médico porque le duele la cabeza, un hombro, el abdomen, etc.

La mayoría de veces lleva también una pregunta: por qué me duele? -Cuadro 1- y con menos frecuencia una hipótesis: me duele porque....

El *por qué*, se asocia a la o las causas. Me duele el abdomen porque comí algo que me hizo daño. Porque el alimento estaba contaminado, o porque tengo piedras en la vesícula, o una úlcera gástrica. O por alguno de esos factores y porque además tuve una impresión desagradable. Y dentro de algunas culturas, "porque falté a la religión, o a la moral de mi grupo"...etc.

Estas explicaciones de causalidad se escriben en la casilla correspondiente del Cuadro 1. Al lado está la casilla que corresponde al médico, a la explicación que él da al síntoma dolor, a su diagnóstico.

Si diagnóstica apendicitis aguda, el médico aplica un modelo diferente al del paciente. Se enfrenta por ello a un posible choque cultural dentro del que habrá de negociarse para llegar a una concepción común, en especial si se pretende integrar un equipo terapéutico con la participación de los involucrados.

Obviamente el paciente no contribuirá a ese proceso si continúa dentro de su concepción -cultural- de que el dolor se debe a un trastorno digestivo que se resolverá sin intervención quirúrgica. Y el médico difícilmente aceptará una conducta de espera para adaptarse al enfoque explicativo del paciente.

El *para qué*, -Cuadro 2- hace pensar en el sentido que el dolor tiene. Para el paciente de una cultura religiosa tradicional podría representar el pago de una deuda por un pecado cometido, en cuyo caso no debe lucharse contra él, debe ser aceptado con resignación. En otro marco cultural puede carecer de sentido, y el paciente se angustia, desespera, o desalienta si no obtiene pronto alivio.

Dentro del contexto médico puede el dolor significar que el paciente se defiende de un proceso cuyo curso hay que observar, por lo que no debe ser eliminado sin anular la causa que lo produce.

La ausencia de dolor puede significar el agravamiento de un caso, ya sea porque se alivió prematuramente, porque el umbral para percibirlo es muy alto en el paciente, o porque su nivel de deterioro le hace no percibirlo.

El anotar en las casillas del Cuadro 2, el *para qué* del dolor según el paciente y según el médico facilitará también la negociación. Qué hacer si hay incongruencia.

2. El por qué y el para qué del sufrimiento. El proceso a seguir es el mismo que respecto al dolor. En el Cuadro 1 se anota el por qué del sufrimiento según el paciente y según el médico.

El sufrimiento plantea un reto diagnóstico mayor que el dolor. El dolor puede ser la fuente central e incluso la única del sufrimiento del paciente, pero a él puede añadirse la ansiedad por sus consecuencias: una condición grave, costos del tratamiento, riesgo de agravamiento y muerte, repercusiones en el trabajo, en la familia, etc.

Esas fuentes de sufrimiento pueden ser comprendidas, o ignoradas por el médico. En las casillas correspondientes del Cuadro 1 anotará el por qué del sufrimiento del paciente, según cada quien.

Debe recordarse que el médico también puede sufrir ante el sufrimiento del paciente. El grado en que éso ocurre depende del contexto cultural dentro del que el médico ejerce su profesión. Depende, como se describe más adelante, de lo que el médico espera de sí mismo ante cada elemento y situación.

El para qué del sufrimiento según el paciente y según el médico, se anota en las casillas correspondientes del Cuadro 2. En muchas culturas, sufrir tiene un sentido trascendente. No solo en las culturas religiosas sino también en aquéllas en las que la culpa forma parte de la educación, de la formación de sus integrantes. Sufrir es una forma, usurera generalmente porque no se logra, de pagar culpas

Cuadro 2. Diagnóstico filosófico en la relación médico-paciente. El Para qué

De	Según	
	El paciente	El médico
El dolor		
El sufrimiento		
La enfermedad		
La muerte		
La salud		

A nivel social es interesante observar como las deudas contraídas por grupos gobernantes son pagadas por la población, que tal vez se siente culpable de no haber puesto coto, a tiempo, a la

dirigencia. El alto índice de sufrimiento social se nota en esos casos no solamente en los servicios de atención médica, públicos y privados, sino en el malestar general, angustia financiera, sub y desempleo, suicidios, violencia auto y heteroinflingida.

Así pues, al llenar esta casilla, el médico debe intentar explorar el sentido, a veces profundo y complejo, que tiene el sufrimiento para el paciente. Es posible que esa exploración llene una función terapéutica al facilitar la catarsis del paciente. Y una función terapéutica para el sufrimiento del médico, pertenezca o no a la cultura del paciente.

3. El por qué y el para qué de la Enfermedad. La explicación del por qué de la enfermedad es un tema que ha interesado desde siempre al médico. Ha sido y seguirá siendo la base de su quehacer profesional. La historia de la humanidad ha transitado por innumerables teorías que van desde las macroconcepciones religiosas hasta el estudio de las partículas más pequeñas en la biología molecular.

Los grupos sociales -culturas- se han afiliado a distintas concepciones, encontrándose algunas de ellas, antiguas, en poblaciones actuales, aisladas, en lo que hemos llamados el refrigerador histórico de la concepción de la enfermedad.

Un ejemplo es la enfermedad ligada a la "pérdida del alma" y ésta a una impresión brusca, amenazante de la vida. Una situación compleja cuyos orígenes se remontan a la prehistoria pero que figura en la Biblia, es "descubierta" en el siglo XX al mundo académico en los cuarenta, es estudiada interdisciplinariamente en los setenta, reportada al mundo médico internacional en los ochenta, a la academia psicológica en ese mismo decenio y continúa siendo reportada en los noventa.

En la búsqueda del por qué (de los por qué) de su enfermedad según el paciente, el médico puede encontrar la riqueza conceptual antes mencionada: desde las ideas más específicas, aisladas e individuales, hasta los modelos conceptuales de culturas antiguas y modernas.

Al anotar su propia concepción del origen de la enfermedad en su paciente, el médico puede contrastar con él desde las ideas más aisladas e individuales, hasta los modelos culturales más complejos. Es una interesante experiencia que puede llevarle mucho más allá de su mundo médico, de su espacio y de su tiempo.

Quiénes comparten las ideas del paciente? Qué amplitud social y qué profundidad histórica tiene ese modelo conceptual? Y respecto a las propias ideas y modelo?

El para qué de la enfermedad. En la cultura médica actual no es frecuente considerar que la enfermedad y el enfermar tengan un sentido. Es difícil que el médico pregunte -y se pregunte a sí mismo- sobre el para qué de la enfermedad.

Sin embargo, cuestionado y cuestionándose al respecto, el quehacer permanente de la filosofía, puede llevar a otras conclusiones:

Un infarto del miocardio, por ejemplo, puede conceptualizarse como el producto del deterioro biológico del corazón de un paciente. Puede conceptualizarse también como un aviso para modificar un estilo de vida que llevó como proceso a la producción del infarto, y que llevará a la muerte si no se modifica.

El "hacer un infarto" cobra entonces sentido; es una advertencia y tiene un "para qué": mejorar la calidad de la vida de allí en adelante.

Otro tanto ocurre con enfermedades y problemas (los accidentes incluidos) que invalidan temporal o permanentemente al individuo y que en la mayoría de las culturas se conceptualizan como situaciones negativas, si no como desgracias.

Sin embargo, guardar reposo absoluto durante tres semanas por una enfermedad puede significar no solamente sufrimiento, sino la oportunidad para "filosofar" sobre la vida; el reencuentro con afectos perdidos o tenidos en descuido, un diferente enfoque de socialización y del trabajo, un reconocimiento y nuevo manejo de la interdependencia, y una mejor calidad de la vida aún disponible.

Así, de la práctica médica predominantemente "anti" de la cultura actual: antipiréticos, antihistamínicos, antidiarreicos, antitusígenos, antistress, que no se ocupa o niega "el sentido" que tiene el enfermar, podrá pasarse a un enfoque ecológico en el cual el médico colabora con el paciente no solo para aliviar su sufrimiento sino para que recobre (o adquiera) armonía con su entorno natural y social.

4. El por qué y el para qué de la muerte. Cuando don Alonso Quijano siente la cercanía de su fin, después de dejar de ser Don Quijote de la Mancha, dicta desde su lecho de muerte las indicaciones últimas que su

condición impone. La obra de Cervantes ilustra sobre cómo en los siglos XVI y XVII el hombre era el principal protagonista en la obra final de su vida: la Muerte.

En las culturas actuales ese protagonismo se ha perdido y el enfermo desempeña un papel secundario. Los papeles principales de la obra los desempeña el cónyuge, o los hijos, cuando no el personal médico y paramédico.

Las actitudes hacia la muerte, el por qué y el para qué de ella, forman parte central de cada cultura. Parece difuminarse en algunas, como concluyó Gore en un estudio señalando que en Gran Bretaña (1965) "la mayoría de la población carece de normas comunes o rituales acerca del duelo". Y en contraste, los ritos establecidos y puntualmente observados en grupos latinoamericanos, especialmente los indígenas.

Dentro de cada cultura la actitud y conducta ante la muerte presentan matices según la importancia económica, política y social del fallecido. Quien va a morir define su actitud y conducta ante la muerte de acuerdo a su cultura y, en última instancia, en función de su propia formación y estructura psicológica.

El envejecimiento de las poblaciones incluso las de países en desarrollo, los altos costos de la atención a grupos discapacitados, y el disfinanciamiento de los sistemas de seguridad social, ponen en relieve la importancia de ocuparse más profunda y profesionalmente de la muerte. El Derecho a una muerte digna, el Arte de Morir, la Eutanasia activa y pasiva, y muchos otros aspectos vinculados con el tema son motivo de interés creciente así como temas menos cercanos a la ciencia ortodoxa como la reencarnación, el retorno a vidas anteriores, la inmortalidad espiritual, la inmortalidad biológica.

En cuanto a la muerte, el médico puede encontrar en el paciente desde modelos culturales claramente expresados, hasta matices individuales superpuestos a la cultura. Al anotar sus observaciones en las casillas correspondientes, en el Cuadro 1, podrá definir desde lo inmediato causal de la muerte inminente hasta lo mediato, filosófico, de la imposibilidad de continuar eternamente la vida de los seres humanos. En el sentido más general, tenemos que morir para dejar espacio a las siguientes generaciones; sería imposible saturar la tierra de seres vivos y seguir reproduciéndonos.

Respecto al paciente que va a morir, el médico además de constatar la idea que cada quien -el

paciente y él mismo- tiene respecto al por qué de la muerte inminente, constatará, en el Cuadro 2, el para qué de esa muerte específica.

Al "sentido pragmático" de dejar espacio para las generaciones venideras, el paciente puede o no asignarle un "sentido personal" a su propia muerte. Eso va a definir el nivel de angustia o de paz con que la enfrente. Entregar cuentas materiales y prepararse para entregar las espirituales, era fundamental en el Medioevo; buen médico era quien avisaba con oportunidad y precisión el tiempo del que el paciente disponía para hacerlo, de forma que la calidad de la práctica médica descansaba en gran parte en su capacidad para hacer pronóstico de vida (o de muerte).

Hacer lo mismo en la actualidad puede ser desfasado culturalmente pero puede prevenir las fracturas familiares que los intestados provocan. El médico, al contrastar su propia actitud y conducta profesional ante la muerte puede no solo ayudar a su paciente sino a su familia, así como a la sociedad necesitada de más sanos patrones de conducta.

5. El por qué y el para qué de la salud. En la antigua China cada familia pagaba al médico una cuota periódica que se suspendía cuando alguien enfermaba. Obviamente el *modus vivendi* y el interés del médico se centraba en la salud.

Actualmente el médico vive de la enfermedad, y aunque la educación médica ha pretendido interesar al estudiante en la salud, no le provee de los conocimientos ni de las habilidades para desarrollar posteriormente una actividad profesional, remunerada en ese campo.

La estructura social tampoco presiona en ese sentido y la salud forma parte mínima de la práctica médica cotidiana.

La tendencia, sin embargo, es que la salud ocupe un lugar cada vez más importante en la escala de valores de las sociedades, especialmente en los estratos altos y medios. Centros vacacionales, centros para el manejo y uso del stress, nutrición, desarrollo del niño desde la concepción, desarrollo del adolescente, cuidado del adulto joven, del adulto mayor.

También el mantenimiento del estado físico y emocional, el desarrollo de la productividad, son actividades que desarrollan profesionales y técnicos de diversas disciplinas pero que los médicos están tomando cada vez con mayor amplitud, profundidad y

seriedad profesional.

Dentro de ese proceso, la exploración de las actitudes y conductas del paciente y de él mismo, en relación al por qué -Cuadro 1- y al para qué -Cuadro 2- de la salud, puede significar una experiencia novedosa.

Puede representar además, la apertura a actividades individuales o empresariales del médico. Un *parteaguas* individual, de grupo, o social: "antes y después de la salud como campo de acción, de trabajo, y de ingresos del médico".

Expectativas del paciente y del médico, respecto al otro y respecto a si mismo. En cada cultura la sociedad, y secundariamente los servicios de salud, asignan al médico y al paciente papeles que deben desempeñar. El adecuado desempeño de ese papel es recompensado con aprobación, y el inadecuado con crítica y rechazo.

Asimismo, ante el dolor, el sufrimiento, la enfermedad, la muerte, se espera que cada quien se conduzca de una determinada manera. En el teatro de la vida, cada quien tiene un papel que desempeñar en cada obra donde participe.

Cuando la obra es nueva y los actores desconocen sus papeles, sobreviene la confusión. Es el caso del SIDA, que paulatinamente va dejando de ser obra nueva y los papeles se van clarificando.

A. Qué espera el paciente del médico, y de si mismo.

En el Cuadro 3 se asigna dos casillas para anotar lo que el paciente espera del médico y de si mismo ante cada elemento de la relación.

Cuadro 3. Diagnóstico filosófico en la relación médico-paciente. Expectativas del paciente

De	Según	
	El paciente	El médico
El dolor		
El sufrimiento		
La enfermedad		
La muerte		
La salud		

En las casillas del dolor puede anotarse, si así es, que el paciente espera del médico un pronto alivio, una explicación sobre su origen y consecuencias, etc. Y de si mismo, una actitud estoica, o de manifestación de angustia para no ser ignorado, o la que corresponda.

En las casillas del sufrimiento el paciente puede esperar comprensión y consuelo por parte del médico, o, si su cultura así lo indica, no intervención de él. Y de si mismo, ocultamiento o expresión de dicho sufrimiento.

En las casillas de la Enfermedad es posible que el paciente espere una explicación sobre su origen, sobre el tratamiento medicamentoso y complementario, sobre la peligrosidad para el medio familiar y laboral, sobre el pronóstico.

Desde lo más general hasta lo más específico, en estas casillas de la enfermedad pueden encontrarse variaciones culturales e individuales de muy diverso grado. En la cultura actual norteamericana se espera del médico un diagnóstico preciso, técnico, y una indicación terapéutica clara, con expresión de la verdad por parte del médico, y por dura que sea, al paciente.

En América Latina se espera que el médico evalúe la conveniencia de decir o no la verdad al paciente, o decírsela al familiar más cercano.

En algunas culturas se espera la indicación médica basada exclusivamente en medicamentos, en tanto que en otras el paciente espera que el médico le indique conductas precisas a seguir en alimentación, trabajo, vida sexual, vida laboral e incluso vida social.

Entre más elevado el status del médico en la sociedad, mayor es el ámbito de acción en el que se espera actúe. Puede ser, así, solicitado como consejero no solo en materia de enfermedad sino también de vida familiar, de descubrimientos vocacionales en las generaciones jóvenes, de orientador respecto a la vida laboral, económica y social, etc.

Por esas razones, el médico joven (o el pasante en Servicio Social) puede enfrentar situaciones por completo inesperadas en su práctica rural. En general, todo médico que pretenda ejercer su profesión en una sociedad con cultura diferente a la propia, debe prepararse en función del papel que se espera desempeñe en ella.

Otro tanto ocurre en cuanto a la muerte. Donde ésta es conceptualizada como un fenómeno natural, el

médico es menos responsabilizado, en general, de la muerte del enfermo. Puede estar presente no solo en la defunción sino en los ritos que le siguen. En las sociedades que ubican al médico en el campo técnico, como en los Estados Unidos de Norteamérica, su papel está cada vez más definido, supervisado, y regulado por normas que incluyen el pago de compensaciones por fallas en el cumplimiento de su papel profesional.

De este tipo de normatividad hay antecedentes que se remontan al año 1900 antes de nuestra era, cuando el Rey Babilonio Hammurabi reguló entre otros aspectos, la profesión médica.

Paralelamente a lo que el paciente, la familia y la sociedad, esperan del médico ante la muerte del enfermo, está lo que éste espera de si mismo ante el último acto de su vida.

La cultura de la muerte es polifacética y contacta con todas las ramas de la ciencia y del arte. En la incapacidad de conocer todo lo que al respecto existe, el médico debe, con gran delicadeza y tacto, explorar en cada caso el tema, y distinguir sus propias ideas y actitudes, su cultura, de la cultura del paciente ante la muerte. Con claridad al respecto podrá elegir la conducta a seguir.

Qué espera el paciente del médico y de si mismo ante la salud. Existe un éxito creciente de las publicaciones sobre salud. En relación a dietas, suplementos vitamínicos, ejercicio controlado, fuentes de daño, y cuidados de la salud.

Se abre cada vez más el campo de la salud para la acción del médico, a nivel individual, de grupos y de la sociedad en su conjunto. Eso implica desde una actividad modesta, hasta toda una labor empresarial y educativa para introducir nuevos valores, actitudes y conductas en función de la salud.

A nivel individual, el médico puede coleccionar información útil sobre lo que cada sujeto, cada paciente, espera de él como profesional, y de si mismo, en relación a la conservación y a la promoción de la salud. Las casillas correspondientes, en el Cuadro No.3, pueden ser la base de una encuesta permanente.

B. Qué espera el médico del paciente, y de si mismo.

El Cuadro 4 incluye las casillas necesarias para coleccionar esta información. Qué espera el médico del paciente ante el dolor, el sufrimiento, la enfermedad, la muerte y la salud.

Cuadro 4. Diagnóstico filosófico en la relación médico-paciente. Expectativas del médico

De	Según	
	El paciente	El médico
El dolor		
El sufrimiento		
La enfermedad		
La muerte		
La salud		

Si bien todos esos procesos pertenecen al paciente, la formación cultural, general y médica, del médico, le hacen definir un cuadro de conducta que espera el enfermo siga.

Espera que el enfermo se comporte de determinada manera ante el dolor; acepta variaciones según edad, sexo, y nivel educacional.

Dentro de esa expectativa se incluye el apoyo para la elaboración del diagnóstico: la experiencia señala que no se comporta igual un paciente cuando sufre de un cólico biliar que cuando se trata de un cólico nefrítico.

No es infrecuente que el médico se irrite ante el paciente que desarrolla una conducta diferente a la que de él espera. También respecto a sí mismo sufre, cuando no llena conductualmente sus propias expectativas. La falla en el cumplimiento del rol social es fuente, a la larga, de enfermedad.

Congruencias e incongruencias en las conductas. Llenadas las casillas de los cuadros 1 al 4, se está en posibilidad de evaluar coincidencias y divergencias entre paciente y médico, en el Cuadro 5.

En aquéllos aspectos donde existe coincidencia, el programa terapéutico tiene altas probabilidades de ser seguido en equipo entre ambos. En los que hay divergencia se requiere de una negociación, en la que el médico debe preguntarse:

1. Es viable seguir un esquema terapéutico dentro de la filosofía del paciente?

- Afectaría negativamente el curso del proceso?

- Afecta la ética de mi profesión?

Cuadro 5. Diagnóstico filosófico en la relación médico-paciente. Congruencia entre las expectativas del paciente y del médico

De	Según	
	El paciente	El médico
El dolor		
El sufrimiento		
La enfermedad		
La muerte		
La salud		

2. Es viable seguir un esquema terapéutico dentro de la filosofía del médico?

- De qué manera afectaría negativamente al paciente?

3. Cuál sería un esquema mixto que incremente los beneficios y no los costos?

Las respuestas a estas preguntas constituyen la base de la negociación y de la estrategia a seguir para que la relación médico-paciente tenga en cada caso las mayores perspectivas de éxito.

El trinomio paciente-médico-institución. Para finalizar, unas palabras sobre la dinámica que se establece cuando además del médico y el paciente interviene en la relación una institución.

La institución, pública o privada, establece normas de conducta o sea papeles a desempeñar por el médico y por el paciente. Esas normas pueden aportar estímulos positivos para ambos, pero también estímulos negativos, interferencias y deformación de los papeles que la cultura establece.

La institución privada puede, presionar al médico para que promueva el consumo de servicios, en tanto que la pública presionar, en contra de ese consumo.

Con frecuencia el médico no repara en detalles del compromiso que adquiere al firmar un contrato, e incluso cuando lo hace encuentra discrepancias entre el discurso y la realidad institucional. El enfoque lucrativo de los servicios privados y la burocratización de los públicos, conspiran con frecuencia contra la fluidez, calidez y calidad de la atención real al paciente. El personal médico y paramédico se

encuentra entonces en el medio de una relación delicada, donde además de la atención médica están en juego factores e intereses ajenos a los más directamente involucrados.

Este triángulo médico-paciente-institución es amplio y complejo; merece atención, estudio y propuestas de soluciones en prácticamente todos los países del mundo. Las instituciones llegaron a la historia muchos siglos después de que se diera la relación directa médico-paciente, pero de la misma forma como ha

Referencias

1. Diccionario Enciclopédico Abreviado, Espasa-Calpe, S.A. TomoIV. Madrid. 1954
2. Xirau,M. Introducción a la historia de la filosofía. Sexta Edición, UNAM. México. 1977
3. Kuhn, TS. La estructura de las Revoluciones Científicas. Fondo de Cultura Económica, México. 1975
4. Diccionario Enciclopédico Abreviado. Sexta Ed. Tomo IV. Espasa-Calpe, Madrid. 1954
5. Singer, M. Concepto de cultura. Enciclopedia Internacional de las Ciencias Sociales, Tomo 3: 298-309.. Ed. Aguilar, Madrid. 1974
6. En algunas lenguas culpa tiene el origen semántico ligado a la religión. Blame (culpa en inglés) procede del antiguo francésblamer, antes blamer, y éste del latín blasphemare: hablar de Dios en una forma irreverente o impía. (The heritage Illustrated Dictionary of the English Language, American Heritage Publishing Co. USA. 1973). La relación entre culpa y deuda tiene un común semántico en alemán: ambas se dicen Schuld, y un común religioso en el Padrenuestro cuando se dice "Perdónanos nuestras deudas" (Diccionario Enciclopédico Abreviado, op.cit. Tomo III)
7. Frazer, GJ.. El Folklore en el Antiguo Testamento. Fondo de Cultura Económica, México. 1981
8. Gillin, J. Magical Frigth. Psychiatry 11, 387-400. 1945
9. Rubel, AJ., O'Neil, CW., Collado-Ardón, R. Susto, a folk illness. University of California Press, USA. 1984, y Fondo de Cultura Económica (Susto, una enfermedad popular) México. 1989
10. Collado-A., R., Rubel, AJ., O'Neil, CW., Murray, R. A Folk illness (Susto) as an indicator of real illness. The Lancet, N. 8363, dec. 10. Vol. II: 1362. Lomdon, England. 1982
11. Collado-Ardón, R., Una enfermedad paralela: el "susto". Tesis de Doctorado en Psicología Social, Facultad de Psicología de la UNAM. México. 1988
12. Holloway, G., Susto and career path of the victim of an industrial accident: A sociological case study. Social Science and Medicine (United Kingdom). 1994, 38/7 (989-997). England
13. Cervantes, S., M. de. Don Quijote. Desde su aparición en 1605, de la imprenta de Juan de la Cuesta, en Madrid, innumerables ediciones en diversos idiomas hasta el presente.
14. Gorer, G. Death, Grief, and Mourning. Doubleday. New York. 1965. En: Enciclopedia de las Ciencias Sociales, op. cit.
15. Muchos de esos temas fueron abordados en el Congreso Mundial sobre La Muerte, Santiago de Cuba, junio 1993. Uno de ellos: El arte de morir, Collado A., R., Gougain O., C., Pastor, P