

La Relación Médico Paciente y Algunos Aspectos Transculturales de Salud y Enfermedad

PROF. DR. MARIO VARELA G.

Depto. de Bioética y Humanidades Médicas. Facultad de Medicina. Universidad de Chile.

Palabras clave:

Relación médico paciente
Transculturalidad
Medicina psicosomática

RESUMEN

La orientación científica de la medicina ha sido determinante en el progreso que ha alcanzado, pero la consideración de la persona, la unificación del sujeto en el objeto, es fundamental en la clínica, en el acto médico. Necesitamos una antropología médica en la que lo principal es la relación entre ambas, enfermedad y enfermo, que puedan distinguirse, compararse y ser posible, que cada una de las dos funciones relacionadas se unifiquen en un punto medio.

El entendimiento entre paciente y médico pueden verse perturbado por malentendidos del lenguaje y del bagaje cultural, así como exigimos al paciente que notifique con claridad sobre su enfermedad, el médico quien tiene la mayor responsabilidad en la relación con el enfermo debe preocuparse, a su vez, de notificar claramente al paciente de su acontecer, de su diagnóstico y de su pronóstico. Así lo destaca Victor von Weizsacker que expresa claramente la orientación que significa la Antropología Médica, "El hombre es un objeto que contiene un sujeto, y este no está por fuera de los dominios de la ciencia, sino que pertenece a la misma".

DOCTOR PATIENT COMMUNICATION AND TRANSCULTURAL ASPECTS OF HEALTH AND DISEASE

SUMMARY

The scientific direction of the medicine has been determining in the progress that has reached, but the consideration of the person, the unification of the subject in the object, is fundamental in the clinic, the medical act. We needed a medical anthropology in which the main thing is the relation between both, disease and patient, that they can be distinguished, be compared and to be possible, that each one of the two related functions is unified in a midpoint.

The understanding between patient and doctor can be seen disturbed by misunderstanding of the language and the cultural baggage, as well as we demanded the patient who notifies with clarity on his disease, the doctor that has the greater responsibility in the relation with the patient must worry, as well, to notify clearly to the patient of his to occur, its diagnosis and its prognosis. Thus it honors Victor von Weizsacker that expresses clearly the direction that means the Medical Anthropology, "the man is an object that contains a subject, and this it is not in favor of outside the dominions of science, but that belongs to the same one".

Key Words:

Patient medical relation
Transculturality
Psychosomatic medicine

Correspondencia: Prof. Dr. Mario Varela G.
mavarela@med.uchile.cl

La medicina ha alcanzado una transformación y un progreso notable, gracias a su orientación científico natural, la que continúa siendo la base de la medicina de todos los tiempos. Estos logros alcanzados y el conocimiento de este potencial, por la comunidad, han determinado un aumento sostenido de las consultas médicas. Las personas recurren a los servicios de salud hoy día, haciendo valer sus derechos y con la confianza que se les entregará calidad en la atención. Este derecho solicita equidad, que consiste en la facilidad para obtener atención médica e igualdad de acceso a la atención médica disponible, que los costos de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos no sean demasiado altos y que el paciente sienta que la acogida ha sido satisfactoria.

Si las personas se sienten admiradas y confiadas del poder curativo que se ha alcanzado en la medicina y conociendo que cada día aumentan las consultas médicas, cómo entendemos entonces que se hable de un aumento de la insatisfacción tanto en los pacientes como en los médicos, qué le ocurre a esta medicina que por un lado tiene resultados tan sorprendentes y por otro, reclamos. Existen varios factores que explicarían esta contradictoria situación, a lo menos tres de ellos son destacados en las publicaciones. El primero se refiere a los altos costos de la medicina, el segundo a la dificultad de acceder a los médicos especialistas por su mala distribución, y tercero, por la insatisfacción que los pacientes tienen durante el “encuentro” con el médico. Las dos primeras dificultades deben ser estudiadas y resueltas por las políticas de salud, a ese ámbito corresponde su solución. En cambio, la relación médico paciente es tarea de la persona del médico y debe ser enseñada tempranamente en las escuelas de medicina.

Relación médico paciente

Salud y enfermedad, son conceptos que, aparentemente, todas las personas conocen y que el determinar si una persona está sana o enferma, habitualmente no es mayor problema para el paciente que consulta, como tampoco para el médico, con esta finalidad se utiliza el criterio objetivo y el criterio subjetivo, que habitualmente coinciden, en la determinación del diagnóstico. K. Jaspers afirma que “lo que es enfermo en general, depende menos del juicio de los

médicos que del juicio del paciente y de las aprehensiones dominantes del círculo cultural eventual”. De este modo, hace ver el autor, que en la estimación de salud y enfermedad también intervienen factores culturales por parte del paciente. Los síntomas, las manifestaciones de enfermedad, pueden diferir en las personas que viven en las grandes ciudades y en los que viven en medios rurales, en el que desarrolla trabajo intelectual fundamentalmente y el que desarrolla actividades manuales exclusivamente. Los conceptos sobre enfermedad, también pueden diferir incluso en el mismo medio cultural y esto es más apreciable en las neurosis y en las psicosis. Estos aspectos se refieren a lo que entendemos, por conciencia y especialmente por noción de enfermedad, que es el reconocimiento de la enfermedad y que notifica al médico del acontecer que lo aqueja. Ocurre, a veces, que el paciente tiene un desacuerdo con los conocimientos técnicos del médico, por sus propias ideas o de su ambiente cultural, lo que lleva a que no se acaten las indicaciones terapéuticas.

Revisemos someramente que ocurre en el **encuentro** médico paciente, considerando que nos compete, como docentes y como clínicos, enseñarlo, tempranamente, a los alumnos de medicina y que constantemente debe ser supervisada por los clínicos, durante el quehacer diario con los pacientes, tanto en la sala como en el consultorio externo.

En la relación médico paciente se trata de una solicitud de ayuda médica, se busca el diagnóstico, el consejo experto del médico, pero debemos considerar que esta situación no es cualquier ayuda que se solicita a cualquier persona, sino que es algo especial pues estas necesidades tienen relación con la salud amenazada. El determinante que lleva a consultar al médico es un sentimiento, el paciente dice “me siento enfermo”. Este sentimiento que es lo decisivo para solicitar la ayuda médica, se acompaña de otro que es la angustia, la que siempre está presente en el paciente y, es expresión de un trasfondo donde existe la amenaza de morir y el temor a sufrir, Jürg Zutt así lo expresa : “Lo especial, lo que confiere un peso ético a la situación entre médico y enfermo, consiste en que las preocupaciones que mueven al que busca consejo se refieren a su salud y el peligro en que se encuentra o cree encontrarse, su enfermedad y con ello la ame-

naza del sufrimiento y la muerte". El paciente llama al médico por la angustia que sufre frente a la amenaza que significa para él la muerte biológica o la muerte biográfica, esta última se refiere a que la enfermedad, en forma irrecuperable, lo puede llevar a complicaciones que le impidan realizar su destino.

Procede luego el médico, después de un corto diálogo, necesariamente, a "objetivar" al paciente. Los pacientes han aprendido, enseñados por los médicos, que deben ser sometidos a un examen clínico de rutina y en esta acción se estudia el cuerpo y las funciones fisiológicas. Esta actitud es considerada por Balint; "como una educación que se le ha dado a todos nuestros pacientes, en el mundo occidental".

En la exploración física que practica el médico, le explora, y utiliza la palpación, la percusión y la auscultación, así escucha el corazón, el pulmón, los ruidos intestinales y de este modo le diagnostica y luego le trata, el enfermo es pues un objeto, de diagnóstico primero y luego de tratamiento, la objetividad es el fundamento de la medicina científico natural. S. Freud considera que es importante esta exploración, pero que también es muy importante escuchar al sujeto, y él lo destaca de este modo: "le oye a él aquello que solo en forma de palabra puede ser sabido", de este modo la relación se convierte en un diálogo y se constituye el vínculo, entre un médico con vocación y un enfermo con auténtica voluntad de curación. Victor von Weizsacker expresa algo semejante cuando dice que el médico trata de comprender al hombre que le ha dicho, yo estoy enfermo, porque no le han dicho un pulmón está enfermo, si no que ha comenzado con una queja, de un "yo", por eso insiste en que la primera pregunta ante la queja debiera ser "qué te pasa" con lo cual se intenta entrar en la biografía del paciente. Luego agrega que con esa pregunta el interrogador se define como médico y el proceso de comprensión se constituye en un diálogo. Esto podría hacer pensar que Weizsacker, no considera importante la medicina científico natural, pero cuando expresa que: "El hombre es un objeto que contiene un sujeto, y este no está por fuera de los dominios de la ciencia, sino que pertenece a la misma" aclara que esta orientación es propia de una Antropología Médica,

Ahora bien, si de esta manera, tratándose de la salud de una persona se integran la necesidad y la ayuda, la interrogante que necesariamente debe plantearse

es a qué se debe que una relación que comienza anticipadamente con un sentimiento de confianza del paciente hacia el médico, de confianza en su curación, lo que Freud llama "espera crédula", llega a transformarse en una relación insatisfactoria y a veces desgraciada, suscitándose con frecuencia dificultades que pueden provocar mayor sufrimiento en los pacientes, a pesar de la buena intención de ambas partes.

El primer planteamiento que debemos hacer es preguntar si el paciente con necesidad de ayuda ¿se abre finalmente a ella?, respondemos ¡a veces no! y nos encontramos que con frecuencia los familiares de los enfermos nos hacen una advertencia: "Doctor, el paciente no cuenta lo que le ocurre, distrae, engaña, trate Ud. de que se abra, porque no quiere que se sepa lo que le ocurre". La otra interrogante asociada a esta, es si acaso el médico frente a esta necesidad del paciente tiene la vocación y la capacidad de entregar la ayuda solicitada, especialmente cuando el hombre enfermo se cierra a la ayuda médica. Esto que parece un hecho contradictorio, es al mismo tiempo comprensible, porque es la misma perturbación de la enfermedad la que impide que el paciente se exprese. Examinemos someramente este acontecer. El paciente asiste a la consulta del médico y privadamente relata sus dolencias, proponiendo una enfermedad del modo que la ha sentido o, la ha imaginado, también su medio cultural ha opinado y le ha dado su parecer. Además, tiene otra fuente de ideas sobre la enfermedad, las ha obtenido a través de internet, donde ha encontrado información sobre su posible diagnóstico y pronóstico, que habitualmente trata de una enorme cantidad de material confuso e inútil y los pacientes no tienen la capacidad de distinguir lo importante de lo accesorio. La angustia frente a la enfermedad siempre provoca imaginación respecto de lo que le puede suceder, situación que el médico debe explorar atinada y cautelosamente, pues esto puede hacer aparecer su estado más grave de lo que realmente es. El médico después de un breve o largo interrogatorio y de acuerdo a la educación médica recibida, examina físicamente al paciente y propone su opinión técnica, realiza un planteamiento diagnóstico y solicita exámenes, a veces innecesarios porque ocurre que el mayor temor del médico en la consulta es omitir una dolencia de carácter físico. Si estos se encuentran en rango normal, el médico le explica al paciente que está bien, y que

“no tiene nada”. El paciente que sufre las molestias, insiste sobre ellas y exige al médico un diagnóstico, pero vuelve a recibir igual respuesta “todo anda bien”. Ante la insistencia del paciente para que se precise un diagnóstico y con el fin de aclarar su estado el médico reacciona solicitando nuevos exámenes, siempre con la intención de descartar una enfermedad orgánica, esto se explica, porque maneja con mucha expedición el campo somático y puede entregar un diagnóstico definido, preciso, en cambio, si diagnostican neurosis entra en un terreno incómodo en el que difícilmente se mueve. Nuevamente se repite lo anterior, los exámenes nada revelan, pero el paciente insiste en tener el nombre de la enfermedad, pero en este momento de la relación, la reacción del paciente, no es de satisfacción, es más bien de molestia, pues el paciente ha propuesto al médico una enfermedad y puede parecerle que no creen en ella y vemos que su primera actitud confiada y amistosa comienza a quebrantarse, se vuelve suspicaz y desilusionado, en este momento se ha pasado de un sentimiento de confianza del paciente a una reacción de desconfianza. Esto es lo que sorprende al médico pues pensaba que el paciente se aliviaría al saber que no tiene patología orgánica la respuesta que recibe es totalmente inversa a la esperada, porque el paciente está en desacuerdo y piensa que el médico ha considerado que sus quejas son exageradas o “históricas” es decir, inventadas con alguna finalidad, por otro lado, si el médico es evasivo, si no hay un diagnóstico claro, el paciente imagina que lo que le acontece es grave y que el médico se lo oculta. En esta dinámica de la relación en que el paciente ha propuesto una enfermedad, y ha solicitado un diagnóstico y que el médico ha rechazado, la relación médico paciente se ha puesto tensa, hay un malentendido y el médico ofrece al paciente una nueva serie de exámenes, con una promesa vaga de solucionar el asunto, las respuestas no son satisfactorias y el paciente se siente más angustiado que al comienzo. En esta situación hay una confusión de lenguaje, el médico se expresa con palabras que el paciente no entiende y por otro lado el paciente habla en un lenguaje que tampoco el médico entiende, porque hace sugerencias, sugiere molestias, también, la reacción del médico frente a la angustia del paciente perturba la relación, ocurre además y no es infrecuente un sentimiento vago de culpa del médico, cuando los desacuerdos están cargados de afectos

se enturbia el juicio, es lo que llamamos pensar catatímico y, en esta circunstancia, debe ser el médico quien debe manejar psicoterapéuticamente la relación con su paciente. Finalmente, se alcanza un acuerdo entre paciente y médico, a veces de cooperación, pero otras veces se torna inestable, porque en algunas ocasiones el paciente rechaza las indicaciones médicas, muestra resistencia a ser curado y en tal caso, la acción del médico resulta ineficaz. No olvidemos que el orgullo médico muchas veces nos hace dar un mal paso y nos colocamos por sobre el paciente, a este respecto Pedro Laín Entralgo que ha estudiado la obra médica de Von Weizsacker, expone parte de su pensamiento del siguiente modo: “La estructura primaria de la relación médico paciente es la siguiente: hombre menesterozo y hombre capaz de ayuda. O su correspondencia objetiva: estado de enfermedad y medicina. Erraría, sin embargo, quien creyera que la forma radical del nexo entre el médico y el enfermo es la compasión del fuerte por el débil. El enfermo es, sí, un hombre físicamente y socialmente débil; y el médico a quien llama, alguien más fuerte que él, pero no todo en el enfermo es debilidad. Su minusvalía física y social es de algún modo compensada por el oscuro sentimiento de la superioridad metafísica que le otorga, incluso sobre el médico, el hecho de sufrir: es lo que llama Von Weizsacker “el orgullo del enfermo”

Reconocimiento técnico profesional de la enfermedad y cultura

Otro aspecto importante que se expresa en la relación médico paciente se refiere a que junto al concepto científico de enfermedad y a su reconocimiento profesional, están los conocimientos o más bien saberes y creencias, sobre su origen, su significado, su tratamiento; todo esto integra la amplia experiencia de sentirse enfermo. Así, respecto a su origen, la enfermedad puede atribuirse a múltiples factores; infecciones, alteraciones genéticas, alimentación, clima, maleficios, etc. Las causas se relacionan con la religión, el tipo o hábito de vida, la cultura y el nivel socioeconómico. Esto ocurre también en grupos subculturales, que tienen distintas creencias. No es extraño escuchar “los médicos creen esto, pero nosotros creemos esto otro”.

En cuanto al significado, la enfermedad puede con-

siderarse, azar, fatalidad, castigo, imprudencia, mala suerte, o no tener sentido. Se está de acuerdo en la medicina que la enfermedad debe incluir, fundamentalmente, reconocimiento científico. Los modos variables de presentación, las ideas y creencias respecto a su origen y algún conocimiento respecto al vivenciar del paciente; el sentido o significado que tiene para el enfermo, para su vida, para su destino, deberían ser estimadas como de gran importancia y trascendencia, porque el no considerarlos es una actitud ética médica errónea, que puede traer consecuencias, sufrimiento y mala evolución del paciente.

Se insiste hoy día en el fenómeno de la transculturalidad, con este término nos referimos a que personas de un mismo círculo cultural razonan de modo muy diferente, a propósito de una enfermedad. Este hecho con el fin de clarificarlo lo haré con pacientes de nuestra experiencia. Es bien notable y es muy frecuente en los trastornos nerviosos o mentales, que consultan en el hospital, pero también en la consulta privada, que es donde más sorprende, porque es un paciente de buen medio socio económico y cultural. Con frecuencia, examinamos pacientes jóvenes que llegan a la consulta, por trastornos de conducta o de mal rendimiento académico y los padres consideran que son jóvenes inmaduros y que la pubertad está retrasada, generalmente han sido entrevistados por los orientadores del colegio que han estimado que se encuentran en una crisis de adolescencia, los psicólogos que los han visto, diagnostican que se trata de resentimiento psicológico contra los padres y por consiguiente comprenden su actitud desde esa perspectiva, luego examinado por un médico general se diagnostica como reacción vivencial neurótica, el paciente mismo, estima su conducta como anormal y no se considera enfermo. Finalmente, examinado por un psiquiatra de experiencia, se diagnostica esquizofrenia. Lo lamentable en estos casos es que se ha perdido un tiempo valioso para instalar el tratamiento adecuado y mejorar la enfermedad, pero el hecho de exagerar lo comprensivo del fenómeno, lleva a estos errores diagnósticos. El hecho frecuente de considerar a lo psicógeno como causa o motivo, da para cualquier cosa, es más se habla de lo psíquico como causalidad sobre lo somático y al revés de lo somático sobre lo psíquico, esto no se considera así hoy día, los hechos son siempre psicósomáticos el organismo humano es

una unidad psicoorgánica, en ella, el organismo es corporeidad de la psique y la psique es corporeidad de su organismo físico químico, un estado psicósomático lleva en sí, momentos psíquicos y momentos somáticos y corporales unitariamente relacionados entre sí. El modo Cartesiano aparece en los libros de medicina y puede llevar a errores, pero reconozco que razones pedagógicas pueden justificar que se le enuncie y discuta en las clases de medicina.

Actitud frente a la enfermedad

Frente a una enfermedad se aprecian distintas actitudes de los pacientes, Así algunos se ven resignados frente a su enfermedad, aceptan el sufrimiento y acatan las indicaciones médicas, en cambio otros, parecen distanciarse de la enfermedad, la rechazan, o la niegan. Estas últimas reacciones del paciente frente al acontecer patológico, lo lleva a adoptar una actitud que muchas veces no es comprendida y se ocasionan desacuerdos con el tratante. Esta situación se observa especialmente, en las enfermedades funcionales, aquéllas que la literatura llama "*illnes*" y que no tienen una base orgánica que la fundamente. El paciente y el médico no alcanzan muchas veces en estos casos un entendimiento y el paciente se sustrae a la ayuda, a pesar de vivir la necesidad. El médico está muy exigido éticamente en casos como estos, porque el paciente en el estado de enfermedad funcional si se trata correctamente, es recuperable antes de alcanzar el estado de enfermedad orgánica consolidada.

Es importante destacar que no es infrecuente que en la consulta se produzca confusión de términos. Es propio de la medicina usar palabras técnicas muy precisas, sobre todo en el caso de los especialistas que con frecuencia los pacientes no las comprenden o las malentienden. El lenguaje médico es útil porque permite en forma rápida y económica transmitir información que requeriría más tiempo, pero a veces semeja un recitativo, como vemos en los protocolos de los consultorios que difícilmente se entienden. Lo mismo ocurre con las indicaciones terapéuticas. Lo que entendemos por incumplimientos del paciente, muchas veces son diagnósticos y tratamientos insuficientemente explicados o malentendidos. ¿Por qué ocurre esta situación? Importante me parece el hecho siguiente; los médicos en sus palabras apuntan a un significado

que el paciente coge en otro sentido. Debemos tener conciencia que el uso de las denominaciones, de las palabras, el modo, la expresión con que las dice el médico, la técnica de la palabra en el lenguaje médico, debe expresarse considerando el mundo cultural del paciente, sólo así se realizará adecuadamente el encuentro médico paciente. El médico debe tener presente que al hacerle al enfermo una observación de su estado, por ejemplo, que lo encuentra pálido cuando le examina la piel y conjuntivas, puede significar para el paciente algo muy ominoso, una enfermedad incurable, y al revés cuando el paciente dice que tiene “un afligimiento al corazón”, debe entender el médico que no se trata de afección cardíaca que requiera estudio, sino de angustia. Si el médico no percibe el fenómeno correctamente, puede solicitar exámenes cardiológicos innecesarios, y el paciente crea que puede tener una enfermedad orgánica grave.

Es importante destacar que se ha avanzado bastante en estos conocimientos, pero las dificultades persisten, pues con frecuencia hay un divorcio entre lo que el médico aprecia que es su trabajo y lo que el paciente espera de él. Debemos asumir que esto es parte importante de la actitud de desconfianza y de rechazo a la medicina oficial. La relación médico paciente es de responsabilidad del médico quien es parte importante en los desacuerdos con los pacientes. La relación médico paciente se debe enseñar desde los comienzos de la carrera, reforzando en el médico la vocación de relacionarse con el prójimo enfermo. Es importante la acogida que debe dar, el momento de iniciar el diálogo, el uso de las palabras adecuadas, el silencio oportuno. Esto debería impartirse con clases experienciales y no magistrales. Deben realizarse discusiones en pequeños grupos, de la problemática que en este accionar surge, de cómo escuchar al paciente y conocer el modo como este enfrenta la enfermedad, de la vivencia de culpa o responsabilidad que lo mortifica, de la incertidumbre de lo que puede ocurrirle a él y a su familia, de su actitud frente al trabajo amenazado. En esta relación de intimidad aflora lo mágico en el hombre, las supersticiones, que también conocemos y tenemos tanto los docentes como los alumnos. Esta enseñanza deben hacerla y desarrollarla los médicos durante el quehacer clínico diario con los pacientes, tanto en la sala como en el consultorio externo.

De la importancia de la comunicación y el lengua-

je en medicina, se ha avanzado, gracias, a los nuevos programas en la Facultad de Medicina, que destacan y ponderan la enseñanza de las humanidades médicas, que han estado en retroceso frente a las ciencias naturales.

Enfermedades psicosomáticas y conciencia de enfermedad

“El métron del conocimiento médico es la sensación del cuerpo”, así se estimaba en la medicina Hipocrática. El cuerpo, más bien dicho mi corporalidad me da la conciencia del estar así, expresa dos estados contrapuestos, mi bienestar y mi malestar, pero también un estado que está entre los dos, que es la indiferencia del estar, lo que Galeno llamaba el corpus neutrum, el cuerpo que no está sano ni está enfermo. Nosotros vivimos con esta conciencia de cuerpo neutro que tiende a veces al malestar y otras veces, con salud, tiende al bienestar, pero ocurre que cuando el malestar se prolonga o adquiere más intensidad, lo percibimos como amenaza, aquí la molestia adquiere la categoría de síntoma y por consiguiente de enfermedad. Esta situación nos lleva a consultar al médico y frente a él queremos saber de este estar enfermo y solicitamos un diagnóstico. Bajo la visión del médico el individuo enfermo llega a tomar posición ante la enfermedad, es decir enjuicia el acontecer patológico y dice “estoy enfermo”, habitualmente ambos coinciden, pero la opinión del médico es determinante en la conciencia de enfermedad, por eso que cuando el médico no encuentra un sustrato orgánico de las molestias, como ocurre en las enfermedades funcionales, se produce un desconcierto en el paciente, porque el médico afirma lo contrario, le dice: “Ud. no tiene nada”, el paciente reclama, porque tiene el sentimiento de enfermedad. En esta circunstancia, el médico también se siente inseguro, porque la medicina científica natural requiere objetivar la lesión y en lo posible encontrar la causa, si esto no ocurre como en la patología funcional el médico finalmente clasifica a estos pacientes como nerviosos, pero como en este terreno no se maneja bien, necesariamente los deriva al psiquiatra. Otra situación que se presenta con frecuencia, es cuando el paciente no tiene el sentimiento de estar enfermo y acude al médico por un examen de salud y se pesquiza un tumor renal o gástrico, en este

caso el paciente adquiere la conciencia de enfermedad y toma posición frente a ella, por el juicio técnico del médico y acepta y se somete a sus indicaciones. Es la conciencia de enfermedad, lo que permite que el enfermo acate el tratamiento siga las indicaciones terapéuticas y refuerce su relación con el médico, por consiguiente, la confianza en el vínculo que se establece en el acto médico es fundamental.

Una actitud que es frecuente que ocurra, se refiere a que los pacientes que sufren enfermedades crónicas, las así llamadas enfermedades psicosomáticas, aquí el paciente sufre, conoce y además se confirma la realidad anatómica o bioquímica de la alteración, con los exámenes de laboratorio y de imágenes, pero a pesar de tal evidencia, no siguen las indicaciones del médico. Habitualmente estas indicaciones están orientadas a modificar de los hábitos de vida, de alimentación, y de la terapéutica farmacológica necesaria. Esta actitud debe el médico "comprenderla" como reactiva del "sí mismo" del paciente y es una situación muy semejante, pero distinta, a la falta de conciencia de enfermedad de los pacientes que padecen de anormalidades de la personalidad.

Hemos estudiado y publicado, casos de pacientes gastroenterológicos, obesos, reumáticos, diabéticos, anorexia nerviosa y siempre nos ha llamado tan curiosa actitud, consultan al médico, asisten a los controles y descuidan el tratamiento, es más, transgreden las indicaciones y las ocultan. A poco andar, el médico va conociendo las necesidades de la persona y se van advirtiendo hechos en los que el paciente va poniendo un mayor acento, es decir, los detalla y acentúa más que la misma enfermedad, lo que también puede ser desconcertante para el médico, pero debe entenderse que el paciente cree, que el asunto tiene que ver con la enfermedad en su origen o en su agravación, esto es lo que entendemos como comprender el estar enfermo. Las palabras del diálogo anamnésico son fuente fundamental de revelaciones para el curso de la enfermedad y su terapéutica, cuando el médico sale del campo de la medicina científico natural, la que fundamentalmente objetiva al paciente, y se dirige al sujeto, cambia la realidad del estar enfermo, porque no se trata de algo si no de alguien, de modo que en esta perspectiva nos encontramos que **el ser del enfermo** es diferente al de la ciencia natural.

Tiene razón Victor von Weizsacker el creador de la Medicina Antropológica, cuando dice; "la necesidad y ayuda son el fundamento de la relación médico paciente, la esencia del estar enfermo es un estado de necesidad que se manifiesta como petición de ayuda." Digo enfermo a aquel que me llama como médico y en quien yo como médico reconozco necesidad". Este planteamiento me parece, coloca al médico y el enfermo en una relación personal en el que están indisolublemente unidos la acción terapéutica y el conocimiento de la persona. Una verdadera medicina humana requiere hacerse en lo psicofísico, es decir como naturaleza y persona, por esta razón en la anamnesis, en la historia clínica hay que tener en cuenta el método biográfico, por lo que es fundamental el diálogo medico paciente, creemos que el diálogo anamnésico es fuente fundamental de revelaciones para el curso de la enfermedad y de su terapéutica. Existen enfermedades renales, pulmonares, cardíacas, infecciosas, hereditarias en las cuales la medicina ha alcanzado conocimientos y progresos notables en la mejoría de ellas así, estas enfermedades pueden explicarse por una serie de factores, gérmenes, clima, medio ambiente, constitución corporal, situación económica, etc. Todos estos factores pueden considerarse aisladamente ¿la enfermedad puede entenderse sólo desde lo anatómico, funcional, el bacteriológico o lo climático? ¡Creemos que no!, es necesario que el médico considere la totalidad del hombre, la persona, su situación histórica vital, su cultura, su destino. A esto se refiere Von Weizsacker cuando dice que la enfermedad tiene un sentido, que la medicina científico natural explica la enfermedad, pero que, además, simultáneamente el médico debe comprenderla, lógicamente a quien se comprende es a la persona.

Es interesante plantear la influencia de la voluntad en el enfermar, así el enfermo que es un ser sufriente, desvalido tiende a entregar parte de su voluntad al médico, cuando se dispone a consultar confía en la medicina y la pone en el médico que lo trata. El paciente frente a las restricciones dietéticas y de modificación de hábitos como que no siempre le son agradables, así mismo con los tratamientos farmacológicos que se le indican, las transgrede y no las cumple, esto sucede especialmente en las enfermedades crónicas, por lo que se requiere recurrir a la persuasión de su voluntad permanentemente. Este es un modo de dar-

se el médico, necesario para que el paciente se mejore. Debemos aclarar que la persuasión y dirección que el médico ejerce sobre la voluntad del paciente es hoy como lo postulan los principios discutibles por eso debe ser realizada en una estrecha relación médico paciente, para ganar psicoterapéuticamente su consentimiento. Este es un asunto que tiene un límite moral y legal también, por consiguiente, debemos ser muy prudentes en el ejercicio de esta voluntad, pues se debe respetar la libertad de las decisiones del paciente. Recordemos que Freud, con gran perspicacia clínica hablaba de la huida en la enfermedad, la enfermedad como refugio, gran problema de la medicina y gran misterio que se plantea, ¿qué se oculta en la enfermedad?

Finalmente, debo referirme a la conciencia y noción de enfermedad. En la conciencia de enfermedad se tiene conocimiento, a veces muy completo de la enfermedad y el paciente relata sus molestias al médico con precisión. Si no hay conciencia de enfermedad, el paciente no se trata o lo hace en forma irregular y no mejora. El paciente así como puede negar la enfermedad, también puede buscarla, el capítulo "refugio en la enfermedad" es de gran interés para la medicina, sobre todo en lo que llamaríamos enfermedad social, esta última no es infrecuente, es, por ejemplo, la del obrero que sufre un traumatismo y que después de un tratamiento, más o menos corto, o más o menos largo, se le considera mejorado, pero él reclama que no puede todavía reintegrarse al trabajo, porque no siente que se haya aliviado y recuperado su capacidad de trabajo, pero la institución determina que está bien y ante sus reclamos es tramitado, tanto por la medicina como por el empleador, se origina un conflicto y el paciente finalmente es declarado incompetente y jubilado, este es el gran problema de la llamada "neurosis de renta", que también hemos estudiado, y cuya denominación no es aceptada, categóricamente, por Victor von Weizsacker, pero él la reconoce como una enfermedad social, no niega su existencia, sólo estima que tiene un mal nombre. Manejar estas situaciones requiere experiencia y destreza del médico para corregirla y, fundamentalmente es en esta acción donde se percibe y es muy exigido, así nos parece, el Ethos del médico.

En resumen

Como decíamos al comienzo, la orientación científica de la medicina ha sido determinante en el progreso que ha alcanzado, pero la consideración de la persona, la unificación del sujeto en el objeto, es fundamental en la clínica, en el acto médico. Necesitamos una antropología médica en la que lo principal es la relación entre ambas, enfermedad y enfermo, que puedan distinguirse, compararse y ser posible, que cada una de las dos funciones relacionadas se unifiquen en un punto medio.

El entendimiento entre paciente y médico pueden verse perturbados por malentendidos del lenguaje y del bagaje cultural, así como exigimos al paciente que notifique con claridad sobre su enfermedad, el médico quien tiene la mayor responsabilidad en la relación con el enfermo debe preocuparse, a su vez, de notificar claramente al paciente de su acontecer, de su diagnóstico y de su pronóstico.

REFERENCIAS

1. Karl Jaspers, Psicopatología General. Traducción Dr. Roberto O. Saubidet y Diego A. Santillán, Ed. Beta.
2. Dr. Michael Balint: El Médico el Paciente y la Enfermedad. Traducción de Aníbal Leal. Ed. Libros Básicos, Buenos Aires, Argentina 1961
3. Zutt, Jürg, Psiquiatría Antropológica. Versión Española de Federico López Jiménez Traducción Diorki. Ed. Gredos. Madrid. 1974.
4. Sigmund Freud, en Pedro Laín Entralgo. La Historia Clínica. Salvat Ed. S.A. Barcelona-Madrid 1961.
5. Pedro Laín Entralgo, La Medicina Hipocrática. Edit. Revista de Occidente. Madrid 1960. Alianza Editorial, S.A Madrid 1982.
- 6.- Prof. Dr. Armando Roa. Concepto transcultural de salud y enfermedad. Apartado de la Rev Psiquiatría Clínica 1965; 4 (2): 7-32, Ed. Universidad Católica Santiago Chile.
7. Victor von Weizsacker: "El Hombre Enfermo" Trad. por Victor Scholz y el Dr. J Soler Enrich. Ed. Luis Miracle. Barcelona 1956.
8. Víctor von Weizsacker: Clínica Psicósomática. Casos y Problemas Clínicos. Trad. José Solé Sagarra. Barcelona Ed. Pubul Barcelona 1956.
9. Galeno en Pedro Laín Entralgo. Antropología Médica para Clínicos. Salvat Ed. Barcelona-Madrid. 1985.
10. Victor Emil Von Gebattel. Antropología Médica. Ed. Rialp, S.A. Madrid. 1966.
11. Prof. Dr. A. Jores. El Individuo Enfermo. Edit Scientia Madrid. 1961.