

Tema de reflexión

Las humanidades en la formación del médico (2ª parte)*Fernando Martínez Cortés¹

*Conferencia dictada en la celebración del Cincuentenario del Dpto. de Historia y Filosofía de la Medicina de la Facultad de Medicina, UNAM.

¹Profesor jubilado de la Facultad de Medicina de la UNAM.

El padecer es en mucha parte un producto cultural. Haya varias definiciones de cultura. Creo que fue Ruth Benedict quien por los treintas del siglo pasado la definió como el «conjunto de conocimientos, creencias, arte, comportamientos, leyes actitudes, costumbres y otras formas de expresión social». Por su parte Clifford Geertz dice que la cultura es «una red de significados de la cual estamos suspendidos», aserto que no excluye a la definición de Benedict, sino que la completa.

Así como las ciencias biomédicas aunadas a la técnica y a la tecnología correspondiente nos permiten conocer la enfermedad y diagnosticarla, o sea reconocerla en el paciente, del mismo modo las Humanidades nos permiten identificar y comprender el padecer. Interesados en simplificar las cosas, hemos tratado de integrar a éstas en una *Antropología médica de aplicación clínica general*, que en su nombre dice lo que pretende. En primer lugar, es una antropología *del hombre-paciente*, es una antropología que forma parte de la clínica, aplicable en todos los pacientes cualesquiera que sean sus características sociales, culturales, etcétera.

Vale la pena recordar este antecedente: La antropología se ha orientado, sobre todo en sus inicios, al estudio de pueblos diferentes al propio. Lo mismo ha hecho la antropología médica, que es una de sus especialidades. Con tal orientación se inició esta disciplina en México, según lo atestigua una de las principales figuras en este campo como es el doctor Gonzalo Aguirre Beltrán: el «propósito último de esta ciencia –dice el maestro– está encaminado a innovar la medicina y la salud en su modalidad científica en comunidades nativas».

Dicho «propósito» ya está declarando implícitamente que la medicina de las «comunidades nativas» no es científica y que el propósito de la antropología médica es «innovarla», que no es otra cosa que volverla científica, según Aguirre Beltrán.

De inmediato saltan las diferencias entre esta antropología médica y la que nosotros estamos proponiendo, y por la que estamos trabajando.

La antropología médica de aplicación clínica general es una rama de la antropología cultural; puesto que es una antropología hecha para que el médico la use en su tarea de atender

pacientes, tiene que estar «interlazada» con las ciencias biomédicas. En consecuencia, es un asunto que pertenece al ámbito del Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades de la Coordinación de Humanidades de nuestra Universidad. Esto justamente debe ser la enseñanza en las Escuelas de Medicina; una interdisciplinariedad entre las ciencias biomédicas y las humanidades.

Hay mucha investigación por hacer para integrar una antropología médica de aplicación clínica general. Por nuestra parte, estamos promoviendo dos proyectos de investigación del padecer en dos comunidades interculturales, una tarasca o purépecha y otra mazahua. Trabajamos en el primer caso, con la Facultad de Medicina y Ciencias Biomédicas Ignacio Chávez de la Universidad Nicolaita de Morelia, Mich. y en el segundo con la Universidad Intercultural del Estado de México asentada en el área mazahua de dicha entidad.

Basamos la interculturalidad en la lengua, conscientes de que ésta expresa la cosmovisión, las ideologías y demás contenido mental y afectivo. En estas comunidades se trata de la interculturalidad entre el español y el purépecha en el primer caso y en el segundo entre aquél y el mazahua.

En una publicación muy reciente de la Academia Nacional de Medicina (*Vox médica*, año 6, núm. 5, septiembre-octubre 2005), en un artículo firmado por el director de medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural de la Secretaría de Salud se define la interculturalidad como «la relación de intercambio que se da en condiciones de inclusión, respeto, escucha, horizontalidad y sinergia, que establecen dos o más individuos, grupos o naciones que manifiestan características culturales y posiciones diversas. En esta relación se reconoce al otro como un ser digno de ejercer todos sus derechos, valorando la diversidad como riqueza potencial».

Estarán de acuerdo conmigo en que esta definición de interculturalidad es utópica; es lo que de acuerdo con los buenos deseos debería ser, pero que por lo menos en nuestra realidad nacional no lo es. Creo también que es a lo que tienden las acciones de la dependencia de la Secretaría de Salud citada. En nuestro proyecto de investigación del padecer en las comunidades purépecha y mazahua nos centramos en la *interculturalidad personal o individual que se expresa en el*

bilingüismo del paciente; en el primer caso, como ya se dijo, constituido dicho bilingüismo por el tarasco y el español y en el segundo por éste y el idioma mazahua.

Nuestro proyecto es el de *una investigación clínica* que efectúa el médico con el paciente que entra en su consultorio.

Hablemos del médico. Nuestras reflexiones sobre sus responsabilidades nos permiten decir que las principales son: diagnosticar la enfermedad de su paciente, identificar y comprender el padecer y planear y aplicar las medidas tendientes a curar o aliviar ambas manifestaciones patológicas.

Para que se puedan conocer y manejar clínicamente el padecer y la enfermedad, es necesario modificar la consulta médica. Ésta debe iniciarse con unos minutos durante los cuales el paciente, estimulado por el médico; le comunique a éste lo que él necesita comunicarle, que le hable del motivo de la consulta, o sea de su padecer, tal como él lo está viviendo, sintiendo, sufriendo. De esta comunicación el médico obtiene pistas para hacer preguntas cerradas,[§] orientadas al diagnóstico de la enfermedad, juicio que se completará con la exploración física y con los valiosos medios tecnológicos de diagnóstico con los que ahora se cuenta.

Al padecer se le conoce dejando hablar al paciente y por las expresiones del llamado lenguaje del cuerpo del que lo principal es el lenguaje del rostro, todo lo cual también debemos enseñarle al estudiante de medicina.

Pero además de conocer el padecer del paciente también hay que entenderlo o comprenderlo. Aclaremos que solamente lo humano se comprende, y que hay una comprensión *intelectual* y una comprensión *afectiva*. El padecer requiere de ambas.

Para comprender intelectualmente los actos humanos es necesario conocer sus antecedentes, su intencionalidad y la situación en la que tienen lugar. Con sus elementos el médico hace lo que se llama *reconstrucción lógica* del acto y su circunstancia, como dijera Ortega y Gasset, y de este modo logra comprender el padecer de su paciente.

Queda fuera de la práctica médica general la *comprensión psicoanalítica*, que es una forma de la comprensión intelectual.

A la comprensión intelectual del padecer, el médico debe agregar la *comprensión afectiva* del mismo. Ésta se logra por medio de la *empatía*, gracias a la cual sentimos en carne propia, en cierta medida y condición, la alegría y el dolor ajenos. La medida y la condición es lo que hace en nuestro caso una *empatía médica, profesionalmente médica*, bien diferente de aquella que establecemos con nuestros hijos o con nuestra pareja.

Se dice que para que yo pueda «empatizar», es necesario que yo sea capaz, sin dejar de ser yo, de sentir y pensar como siente y piensa el otro; de por unos instantes «ponerme en sus zapatos» o mejor colocarme su sombrero y su camiseta, prendas que están más cerca del cerebro y del corazón; pero ser capaz de quitármelas cuando yo lo decida y volver a ponerme la camiseta y el sombrero genuinamente míos. El estudiante de medicina debe saber qué es la empatía y saber también si es capaz de realizarla con los pacientes.

Al padecer hay que verlo también desde el lado del Romanticismo con el cual las Humanidades están emparentadas. El Romanticismo es un asunto complejo del que se ha escrito mucho y desde diferentes puntos de vista. Para Isaiah Berlin «constituye el mayor movimiento reciente destinado a transformar la vida y el pensamiento del mundo occidental», fue el modelo que guió el pensamiento, el sentimiento, la producción y la vida de buena parte de la sociedad occidental de finales del siglo XVIII y la primera parte del siguiente. Al respecto dice Berlin que «la historia no sólo del pensamiento, sino de la conciencia, de la opinión y también de la acción; la historia de la moral, la política y la estética, es en gran medida una historia de modelos dominantes». Por lo tanto, para entender una civilización o una época, para entender el mundo en el que pensaron, sintieron y actuaron aquellos hombres, es importante intentar, en la medida de lo posible, identificar el patrón por el que se rigió esa época. Se trata de patrones, de maneras de pensar y actuar de carácter general o social; no son los paradigmas –aunque pueden estar relacionados con éstos– que según Thomas Kuhn intervienen en las revoluciones de la ciencia.

Es el predominio de lo personal, de lo sensible e íntimo lo que forma el núcleo del Romanticismo. Esto nos permite calificar al padecer como una expresión romántica, ya que es la manera muy personal como el paciente interpreta, piensa, teme, sufre, vive su enfermedad.

Pero debemos aclarar que en lo concerniente al ejercicio de la medicina, el modelo romántico no vino a desplazar al modelo biológico-lesional de la enfermedad cuya base científica fue la anatomía patológica, ciencia surgida durante la ilustración. Éste sigue siendo la base de nuestro quehacer clínico referente al diagnóstico y terapéutica de la enfermedad.

Dice Berlin que el Romanticismo consiste en «la retirada del hombre a lo profundo» y tiene lugar «cuando la vía natural que conduce a la satisfacción humana se ve bloqueada». En el caso del paciente, es la enfermedad la que bloquea esta vía. La intensidad y características de su «regreso a lo profundo» dependen tanto de lo que la persona es, sobre todo en sus aspectos psicológicos y culturales, como del tipo, la intensidad y duración del bloqueo producido por la enfermedad. El padecer es en cierta medida la expresión de esta «retirada».

[§] Las preguntas cerradas son aquellas que indagan algo preciso y suelen contestarse con un «sí» o un «no».

Para terminar, hablemos de la historia.

¿Sirve para algo la historia de la medicina? Fue el título de un libro que publicamos hace ya algunos años. Ahora planteamos la pregunta de la siguiente manera: ¿Para qué les sirve a los estudiantes de medicina la historia de la medicina?

Si el maestro se pasa la hora de clase dando nombres y fechas de personas y de acontecimientos, la asignatura sirve para que el alumno se aburra, se duerma o se salga del salón. Si el maestro salpica lo anterior con explicaciones y con el relato de hechos curiosos, puede ser que el alumno se divierta y hasta se interese.

La historia de la medicina deber ser conocimiento y estímulo para que el alumno se ponga a reflexionar, él con su propia cabeza, qué han sido en el pasado la medicina y los médicos y cómo éstos y aquélla han venido a ser lo que ahora son.

He aquí algunas de las preguntas que pondrían a reflexionar al alumno: ¿por qué persistió durante varios siglos la teoría de los cuatro humores –sangre, flema, bilis negra y bilis amarilla– como el fundamento creencia de la medicina? ¿Qué fue lo que acabó con ella? 2ª ¿Qué tenía de particular, qué les ofrecía a sus pacientes el médico del siglo XVIII Hermann Boerhaave que fue tanta su fama que pudo llegar hasta su casa en la ciudad de Leyden una carta de un enfermo de otro continente que en el sobre decía

nada más «Doctor Hermann Boerhaave, Europa»? 3ª ¿Por qué estuvo tan en boga y por qué se desechó aquel régimen terapéutico consistente en casi no comer, limitación acompañada por una sangría tras otra, ya pinchando una vena o valiéndose de las lombrices chupadoras de sangre llamadas sanguijuelas; régimen expresado burlescamente por el médico y poeta Manuel Carpio en el epigrama que dice: cada vez que el mal asoma –que el enfermo no coma– Sanguijuelas y sangrías...?

He aquí la pregunta final en la que la historia reciente se continúa con el hoy, con la actualidad: 4ª ¿Habremos de cambiar el modelo del ejercicio de la medicina y la misma esencia de la medicina por la invasión de la tecnología; la cual casi ha borrado al paciente como persona; porque la autoridad racional del médico y el ejercicio de su oficio están en cierta manera sujetos a la industria de los hospitales, a la industria farmacéutica y a las compañías de seguros, a todo lo cual se agrega la pérdida de los valores humanos y la conversión del hombre en un objeto utilizable para diversos fines, entre ellos el de ganar dinero, pseudo valor que hoy todo lo corrompe?

Se ha dicho, mis queridos amigos, que la inteligencia y la conciencia se expresan sobre todo en preguntas, porque las respuestas suscitan, a su vez, nuevas preguntas.

Gracias