

Conocimiento médico y epistemología clínica

José Luis Díaz¹

Noticias e información

1. INTRODUCCIÓN

Cuatro aspectos de la enfermedad

En la enfermedad humana y su tratamiento intervienen cuatro grandes factores que se enlazan y traslapan de manera indisoluble: el biológico, el psicológico, el clínico y el sociocultural. En correspondencia directa con estos ingredientes o facetas de la enfermedad, desde el punto de vista del conocimiento médico es posible distinguir cuatro enfoques: (1) la patología, cuya naturaleza es biológica: hay enfermedades; (2) el padecimiento, de fundamento psicológico: hay enfermos; (3) la relación clínica en el ámbito de la comunicación cara a cara: hay vínculos terapéuticos; y (4) el trastorno de la salud en el marco social y cultural: hay paradigmas médicos. Una propuesta previa de estas perspectivas apareció en la introducción a un libro de un fotógrafo mexicano que ilustra su periplo en busca de tratamiento de su propio caso de esclerosis múltiple.¹

Si concebimos al ser humano como un *ser biológico* sujeto a leyes naturales, la medicina formula patologías, daños o lesiones corporales, analiza sus manifestaciones celulares y funcionales, establece sus causas y su curso natural probable, sus expresiones manifiestas y formas de curación. La investigación médica ha abordado estos elementos utilizando el método científico en boga con un considerable y creciente éxito teórico y empírico. Este abordaje ocurre mediante una perspectiva epistemológica en tercera persona, afín a la biología y demás ciencias naturales. Ahora bien, en tanto *ser psicológico*, sujeto a influencias tanto biológicas como culturales, se habla de padecimiento, sufrimiento y dolencia, la manera como cada enfermo siente, encara, valora, atiende y sobrelleva su enfermedad. El enfoque epistemológico es una perspectiva en primera persona según la cual el sujeto percibe y concibe su padecer y lo expresa usualmente en solicitudes de consuelo, ayuda y solución. En tercer término, la interacción entre enfermo y médico depende de una comunicación cara a cara propia de la relación clínica que se enmarca en una epistemología bidireccional en segunda persona. El paciente solicita ayuda o apoyo y el tratante utiliza una exploración múltiple para llegar a un diagnóstico, plantear y emprender una terapéutica, además de proveer acciones de cuidado, consideración y consuelo. Finalmente,

en tanto se considera a la persona como *ser social* es posible hablar de trastorno, desorden, alteración o anomalía de la salud en el contexto de un paradigma *kuhniano* que se puede denominar "sistema médico", el cual se ajusta en buena medida a un "paradigma" propuesto por Kuhn.² El trastorno de la salud enmarcado en un sistema médico ocurre en una cultura y una cosmovisión determinadas y cambiantes cuyos valores, intereses e interpretaciones se gestan y asientan mediante desarrollos históricos e ideológicos particulares.

La epistemología médica representa entonces el conjunto de métodos, prácticas y técnicas que configuran un sistema múltiple y complejo de conocimientos en el cual conviven paradigmas teóricos, concepciones ideológicas, conocimientos factuales y aproximaciones técnicas de tipo biológico, psicológico, clínico y social. Estos enfoques hacen de la epistemología médica un tema amplio, heterogéneo, polémico y peculiar en el que es preciso deslindar los supuestos teóricos y sus consecuencias prácticas para llegar a una concepción más integral, genuina y heurística de la salud y la enfermedad. Khushf ha realizado una revisión ilustrativa de la complejidad de la epistemología médica.³

En el presente trabajo atenderemos someramente estas perspectivas de la medicina utilizando las epistemologías en primera, segunda y tercera persona planteadas en la filosofía del problema mente cuerpo y la conciencia⁴ con el objeto de delinear sus áreas de competencia y requerimientos de pericia, sus soportes lógicos y sus limitaciones, tanto teóricos como las impuestas por su práctica. Hemos empleado esta plataforma para abordar las diferentes perspectivas epistemológicas en referencia al dolor.⁵

2. LA PATOLOGÍA Y LOS MÉTODOS EN TERCERA PERSONA

De acuerdo a las normas usuales del método científico de publicidad y validación empírica, la perspectiva en tercera persona intenta ser objetiva acerca de la enfermedad y se fundamenta en la correlación clínico-patológica, es decir en la *semiología*. Como lo implica su nombre, esta técnica es verdaderamente semiótica pues, en el marco de los antecedentes conocidos más verosímiles, interpreta los síntomas, los

¹ Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina. Facultad de Medicina, UNAM. Academia Mexicana de la Lengua. Miembro del Comité Editorial de SALUD MENTAL.

signos y los datos biológicos de laboratorio y gabinete como señales de una lesión patológica. De esta forma la perspectiva en tercera persona permite y pretende llegar a un diagnóstico el cual transcurre en etapas crecientes de verosimilitud desde hipótesis preliminares hasta ajustes de mayor certeza conforme se acumula la información empírica.

Desde este punto de vista biológico y naturalista, la patología ha sido planteada como la vida en condiciones anormales⁶ y existen juicios establecidos para estipular anormalidades o alteraciones morfológicas o fisiológicas que se presentan cuando alguna estructura o función orgánica rebasa los límites de su ejercicio funcional eficiente y equilibrado. El concepto de equilibrio, estabilidad o armonía del organismo biológico es clave en todos los sistemas de curar, los cuales consideran la salud como un estado de balance funcional y la enfermedad como uno de desequilibrio e inestabilidad. En biomedicina el principal concepto de equilibrio es el de homeostasis (del griego *homeos*, mismo y *stasis*, nivel). Por ejemplo, la glucosa en la sangre varía normalmente en los seres humanos en un rango de equilibrio funcional, entre 70 y 100 mg/dcl, su nivel de homeostasis. Por debajo de este rango el organismo presenta alteraciones típicas de la hipoglucemia, en tanto que por arriba suceden otras de la hiperglucemia. Conforme los valores se alejan del equilibrio, más intensas son las alteraciones.

Las teorías de la biomedicina se sustentan en datos de observación y experimentación cuyo supuesto y objetivo es atribuir y encontrar tanto la causa como el remedio de la enfermedad en términos de mecanismos celulares. Esta concepción reductiva se ha catalogado como el modelo biomédico que subraya la naturaleza orgánica y lesiva de la enfermedad y que ha promovido el surgimiento de un enfoque particular de epistemología médica conocida como medicina basada en evidencias.⁷ Según esta propuesta, la práctica médica debe conducirse como una investigación científica definida por una metodología depurada en tercera persona.

La enfermedad descrita en un texto de biomedicina se considera como una entidad real pero abstracta en el sentido de constituir un *tipo general* de patología cuya aparición en un individuo es un *ejemplar particular* que se analiza y cataloga como "caso clínico". De esta manera la enfermedad es una generalización de rasgos comunes, una categorización similar a la que realizan la taxonomía y sistemática de las ciencias naturales, como la botánica, tal y como lo postuló Thomas Sydenham desde la Revolución Científica del siglo XVII. La "rosa" del botánico es, como la del poeta, una abstracción, pero una abstracción útil no sólo en términos metafóricos, sino empíricos. De la misma forma la "artritis reumatoide" es una abstracción taxonómica cuyos rasgos patológicos y sintomáticos están bien estipulados, abstracción que se corrige y enriquece de acuerdo a lo que se observa en un enfermo y permite al médico entender su proceso patológico particular y ayudar a curarlo.⁸

Una vez descrita y reconocida la enfermedad como un tipo taxonómico de patología y del caso clínico particular

como un ejemplar de ella, es necesario considerar que *alguien* está afectado por esa patología; se trata de un paciente, un ser humano individual y un sufrimiento único, irrepetible y cambiante en el tiempo.

3. EL PADECIMIENTO Y LOS MÉTODOS EN PRIMERA PERSONA

Aunque fundamental en la definición de la salud y la enfermedad, el factor natural y biológico no es el único en la concepción y la práctica de la medicina. Otro integrante central es el padecimiento, que se distingue de la enfermedad porque especifica cómo vive su enfermedad cada individuo afectado. Su caso no sólo es personal y especial en términos de la individualidad biológica, sino por tratarse de una persona dotada de mente y conciencia, un *sujeto* de experiencia y *agente* con voluntad propia. En la definición de persona humana se subrayan los elementos corporales o biológicos, los factores psicológicos de actividades mentales y los factores sociales de comportamiento y cultura integrados en un individuo con identidad propia, vivo y en funciones.⁴ Su padecimiento es una experiencia usualmente prolongada y mudable de molestias, sufrimientos, limitaciones, desconciertos. La naturaleza subjetiva del síntoma es irremediable e irreductible porque no tiene identidad fisiológica definitiva ni referentes objetivos y confiables. El paciente lo expresa utilizando la primera persona singular en expresiones del tipo "me duele", "me siento mal" o similares. El síntoma no sólo es un indicador biológico, sino un evento privado reclamado por un sujeto: una experiencia consciente.

No es deseable ni posible renunciar a la perspectiva en primera persona en el conocimiento médico. Por ejemplo: el síntoma del dolor genera más de la mitad de las consultas y aunque el médico no logre identificar la causa mediante una acuciosa semiología basada en evidencias, se ve obligado a tratarlo pues el paciente es vehemente en su demanda de alivio y porque mitigar el sufrimiento sigue siendo el principal objeto de la medicina, como lo ha sido desde sus orígenes.

Contrariamente a lo que a veces se afirma en el sentido de que el sufrimiento y la experiencia son fenómenos subjetivos imposibles de valorar, la perspectiva en primera persona permite al paciente describir su experiencia mediante recursos cognitivos de introspección, razonamiento y expresión comunes a los seres humanos. Es habitual en la medicina usar tales medios para ubicar, acotar y determinar el síntoma, definir qué se siente padecer un dolor particular o realizar una estimación cuantitativa en escalas susceptibles de comparación inter-subjetiva, es decir, objetiva. La perspectiva en primera persona como fuente de información contrastable ha sido analizada por diversos autores desde 1990.^{9,10}

Además del sufrimiento intrínseco, también es adecuado considerar al padecer como la reacción de un individuo a

su patología y que implica las creencias y contenidos de conciencia que desarrolla conforme su enfermedad evoluciona. Cada enfermo padece su enfermedad de manera distinta, pues en su padecer intervienen no sólo sus estados mentales, como sensaciones, emociones, pensamientos, creencias, deseos, actitudes, decisiones y acciones de conducta sino también su historia individual, su personalidad y la manera como asume su cultura. Hay evidencias que las formas de padecer participan de manera variable y en ocasiones dramática en el curso y el proceso de la enfermedad.

Subrayar el sufrimiento no subestima la raíz biológica de la enfermedad, sino la complementa y afirma al padecer como centro literalmente álgido de la medicina. Y si bien es relevante que exista en los textos y discursos especializados una entidad patológica con el nombre de "artritis reumatoide", es significativo que una escritora mexicana, María Luisa Puga, haya escrito un *Diario del dolor*, una bitácora de su experiencia con esa enfermedad desde su perspectiva en primera persona.¹¹ Aquí la artritis reumatoide, como un tipo biológico de patología, cede lugar al dolor, al síntoma y al sufrimiento. La autora percibe su dolor como ajeno, como un intruso que le produce miedo e impone una peculiar autoconciencia de estar pendiente y no poder habituarse a la congoja. Al limitar la conducta y la acción, la enferma pone en marcha múltiples y dramáticas estrategias de comprensión y enfrentamiento. Conforme el síntoma aumenta, la autoconciencia se deteriora y la narradora se desconoce pues siente haber perdido su pasado y su futuro. La existencia misma se ha vuelto insípida y es necesario lidiar con el desánimo, la depresión y la derrota. En este relato el dolor se reconoce como propio del ser humano y se resalta que la experiencia privada y solitaria que la persona enfrenta echando mano de todas sus habilidades emocionales, cognitivas y volitivas puede desembocar en extraordinaria dignidad y posible provecho en términos de sabiduría personal. El dolor se revela como una vivencia compleja que enciende facultades insospechadas, demanda recursos extraordinarios y escenifica costosas batallas en la conciencia. Estamos frente al dolor humano, ante el caso individual, la vivencia personal, la experiencia particular, ante una existencia de atributos inefables, pero ciertamente capaz de conocer y narrar su padecer.

4. LA PRÁCTICA CLÍNICA Y LOS MÉTODOS EN SEGUNDA PERSONA

Las perspectivas en tercera y en primera persona son dos facetas necesarias y usuales del conocimiento médico, con un predominio paradigmático del abordaje en tercera persona en la biomedicina universitaria e institucional. Hasta este momento del análisis, se plantea una dicotomía epistemológica en la medicina: o bien un experto equipado con un bagaje de conocimientos biomédicos interpreta los datos que obtiene de un paciente y llega a la formulación de una lesión usan-

do pronombres y observaciones en tercera persona, o bien al enfermo le acontecen experiencias de sufrimiento en relación a una patología que padece y las conoce, reconoce y relata usando pronombres en primera persona. Las dos perspectivas parecen distantes por presentar características y sentidos discordes, a pesar de tener un referente en común. Sin embargo, un examen de la práctica médica revela que no son dos perspectivas separadas, alejadas o autónomas, pues la dicotomía entre la primera y la tercera persona se desintegra cuando se observa lo que sucede en la clínica (del griego *kliní*: lecho, cama, y *klinike*: "de la cama"), donde se empalman, se turnan, se complementan y se rebasan las dos perspectivas.

Es posible formular el método clínico de manera simplificada: además de padecer una vivencia aflictiva, quien sufre un padecimiento hace una expresión y descripción de ella en busca de ayuda, entendimiento y consuelo. A su vez, el interlocutor consultado para resolver o mitigar su congoja le interroga, observa, examina y analiza para formarse una idea de su padecer. En consecuencia de este diagnóstico, el médico plantea al enfermo medidas que implican confianza, aceptación, cambios de creencias y acciones correctivas. De esta manera el acto clínico no es la contraposición de dos perspectivas, sino una interacción cara a cara (de hecho cuerpo a cuerpo) por la cual se establece una comunicación humana interpersonal sujeta a reglas metódicas del tacto social, de la entrevista inquisitiva, del historial clínico o la exploración llamada "física" del cuerpo. La perspectiva en segunda persona^{4,12} se basa en la alteridad y, por sus peculiaridades de conocimiento, adquiere el estatus de una verdadera metodología concebida aquí como epistemología clínica.

Las señales de comunicación tienen una intención distinta para cada uno de los involucrados en la consulta: solicitud de ayuda, consuelo, misericordia y beneficio por parte del paciente y provisión de atención, compasión, alivio y clemencia por parte del médico. El lenguaje y otras expresiones hacen posible comunicar el padecer y eventualmente obtener un alivio que no sólo depende de los recursos del médico o de las estrategias de enfrentamiento adoptadas por el paciente bajo su guía, sino del vínculo que se establece entre ambos. No hay un padecer encerrado en la subjetividad de la primera persona como si fuera un recinto sellado e inaccesible, sino una voz que pugna por expresarse, una conciencia que se desborda hacia otro en solicitud de ayuda y por ello adquiere una dimensión situada, semántica, expresiva y comunicativa. Por su parte, el médico recaba la información del paciente a través del diálogo en la anamnesis, la inspección de su cuerpo en la exploración física, el dictamen semiológico del diagnóstico y la propuesta terapéutica, cuatro pasos fundados en un vínculo, un trato y un lazo entre seres humanos que requiere y constituye una epistemología particular. Todo ello adquiere significado en la consulta, en ese diálogo (*dia-logos*, logos de dos) que instaaura la interacción en segunda persona expresada en la propedéutica, el procedimiento para obtener información

clínica. Las habilidades en la comunicación durante la entrevista, el diálogo y la interacción clínica son claves para una práctica exitosa de la medicina.¹³

Como vemos, la clínica no sólo es diálogo y relación interpersonal, pues específicamente requiere un pacto de confianza,¹⁴ una forma de relación sin la cual la terapéutica propuesta probablemente fracase. El informe Kalamazoo II vincula la comunicación efectiva a una mayor satisfacción del médico y el paciente, a una mejor adhesión a las indicaciones terapéuticas, a decisiones médicas más adecuadas, mejores resultados, disminución en demandas por mala práctica y mayor información del público.¹⁵ De esta manera es esencial para la práctica médica la comunicación verbal y no verbal que se establece entre el médico y el paciente.¹⁶

La entrevista y la exploración involucran múltiples canales de comunicación además de la verbal que contribuyen al vínculo, al pacto de confianza y así al éxito o fracaso de la intención terapéutica. Las habilidades de la entrevista incluyen atención, memoria, lenguaje y emociones sociales como la compasión, el consuelo y el manejo de la ansiedad ajena. De gran importancia son las expresiones faciales y corporales que involucran la emisión y la percepción de estados emocionales que son codificados y decodificados directamente y muchas veces de manera subconsciente. Estos intercambios van erigiendo una relación humana necesaria en la construcción del pacto de confianza que de manera admirable plasma Goya en un cuadro de 1820 (figura 1).

La relación médico paciente ha sido abordada previamente como un vínculo moral o ético para personalizar el lazo y adicionarlo de sentimientos de ayuda. De esta forma Laín Entralgo¹⁷ subraya la necesidad de ponerse en el lugar del otro, Szaz y Hollender¹⁸ plantean estadios de dependencia, de dirección y de relación equitativa entre médico y paciente, en tanto que von Gebattel¹⁹ observa una relación progresiva que va desde la primera llamada de un paciente anónimo, pasando por la mutua aceptación, hasta la relación personalizada y el consentimiento informado que es un ideal bioético de la clínica.

La epistemología clínica en segunda persona presenta como estipulación metodológica la interacción de dos subjetividades que aspiran a una comunicación emocionalmente satisfactoria y terapéuticamente eficaz. De acuerdo al presente análisis no se trata solamente de un requisito ético, sino también metodológico y por lo tanto epistémico, pues el saber del médico y del paciente se supeditan mutuamente como conocimientos interdependientes que intentan darle significado y solución al padecer. El vínculo de confianza constituye un elemento importante en el proceso de curación mediado por factores psicobiológicos planteados desde hace tiempo.²⁰

El aspecto comunicativo se puede considerar la fuente de toda la medicina como quehacer humano, pues la solicitud de ayuda, la voluntad de cuidado y la atención al prójimo desvalido seguramente constituyeron el origen de todo procedimiento médico en la evolución de los homínidos. La

práctica médica tiene entonces un objeto que no es escuetamente una lesión patológica que hay que resolver, sino un ser humano desvalido que sufre, está incapacitado y se siente disminuido, a quien es necesario socorrer. En nuestro medio, Fernando Martínez Cortés concibe desde hace tiempo a esta práctica como medicina de personas.²¹ Desde la teoría del conocimiento se puede justificar este recurso en términos de una epistemología clínica cuya metodología se basa en el vínculo entre dos personas disímbolas que establecen, con mayor o menor éxito, un pacto terapéutico.



Figura 1. Goya atendido por el doctor Arrieta. Autorretrato de Francisco de Goya instalado en el Museo de Arte de Minneapolis. La leyenda del cuadro, a manera de exvoto, dice: "Goya agradecido a su amigo Arrieta: por el acierto y esmero con q. le salvó la vida en su aguda y peligrosa enfermedad, padecida a fines del año 1819 a los setenta y tres años de su edad. Lo pintó en 1820". Goya aparece muy aquejado (posiblemente por el tifus) mientras el médico Eugenio García Arrieta le administra decididamente una medicina bebida. En el fondo negro se recortan los rostros funestos de las parcas. El lienzo es un ejemplo patente del vínculo de confianza entre un médico y su paciente (en segunda persona) que rebasa, compendia y resuelve la dicotomía entre el padecimiento por parte del enfermo (primera persona) y el abordaje objetivo de la enfermedad por parte del médico (tercera persona).

Una epistemología en segunda persona enfocada a la comunicación se extiende desde la consulta hasta la práctica médica en la que inciden facultades cognitivas particulares y distintivas. En efecto, si en el abordaje de la enfermedad entendida como patología participa centralmente la memoria semántica (el acervo de conocimientos médicos) y en el padecer subjetivo interviene la memoria episódica (el registro de acontecimientos de la propia vida), en la consulta domina la cognición interpersonal y en la práctica médica la memoria operativa (el saber hacer y realizar). En efecto: la *experiencia* enriquece al practicante con un conocimiento operativo que sólo es asequible mediante el cultivo de las destrezas propias del ejercicio clínico. La importancia en la práctica clínica del conocimiento tácito analizado por Polanyi contradice la noción de que todo conocimiento médico es consciente y explícito, como se postula en la medicina basada en evidencias.²² Con la práctica el clínico deviene un experto, como sucede con los peritos de diversos oficios o los virtuosos de las artes, tres actividades humanas que requieren de la práctica prolongada para ejercerse con provecho, con la diferencia fundamental de que la habilidad clínica se adquiere en la comunicación y razonamiento con sujetos y no sólo en la manipulación de objetos.

Esta capacidad de aplicar conocimientos científicos en las más diversas circunstancias humanas y materiales caracteriza a la práctica clínica, a la inteligencia médica y a la sabiduría propias del tradicionalmente llamado *arte de curar*, que de esta forma adquiere un perfil más definido y más cercano a la *phronesis* aristotélica y a la hermenéutica de autores como Gadamer.²³ Mediante el estudio de la patología, el conocimiento del padecer humano, el adiestramiento en la consulta, en la práctica médica o intervención quirúrgica y la relación con los pacientes y sus allegados, el clínico se convierte en un virtuoso de la curación. La práctica médica como una ciencia ha sido revisada y defendida por autores como Panda.²⁴ Un ejemplo entre muchos que se pueden ofrecer de médicos comprometidos con la salud integral de sus pacientes puede verse en el ensayo biográfico sobre un médico rural republicano represaliado al inicio de la Guerra Civil Española.²⁵

La medicina no sólo es conocimiento teórico en tercera persona que se extiende sin cesar debido a la investigación científica, o el saber en primera persona que se extiende sin cesar por la afección y dolencia de seres humanos que enferman, sino también habilidad, experiencia y "ojo clínico" que se extienden sin cesar debido a la práctica en segunda persona.

5. EL TRASTORNO DE SALUD Y LOS SISTEMAS MÉDICOS

En tanto constituye la unidad primordial de un hecho social, la interacción cara a cara, propia de la clínica, va más allá de la coincidencia de dos agentes en un escenario específico y for-

malizado, sea el consultorio del médico o el lecho del enfermo. La interacción también está prescrita por la comprensión que tanto el paciente como el proveedor de atención tienen de su rol en el marco paradigmático de un sistema médico y una cosmovisión usualmente compartida. La microestructura de la relación social basada en los encuentros interpersonales ha sido extensamente analizada por Ervin Goffmann.²⁶ Por su parte, la etología en diversas especies ha utilizado medidas de las interacciones entre individuos de un grupo como elementos formantes de la estructura social y la historia.²⁷

Un sistema médico es el conjunto de creencias, supuestos, prácticas y conocimientos en referencia a la salud y la enfermedad que detenta una comunidad determinada y por ello el paradigma en el que se ejerce toda práctica clínica. El sistema corresponde a una determinada cosmovisión entendida ésta como el cúmulo de creencias, perspectivas, valores y comportamientos sociales que conjunta las ciencias, las artes, los mitos, los símbolos, instrumentos, entornos y prácticas de una sociedad determinada. Dado que los sistemas médicos son parte de la cultura, las formas y maneras como las enfermedades se denominan, se clasifican, se consideran y se enfrentan están sometidas a una modulación por la sociedad y su historia. Como se ha mostrado desde Foucault²⁸ o Sontag,²⁹ la cultura incorpora y adopta a la enfermedad de maneras muy diversas que afectan y son afectadas por la clínica.

La medicina se inserta en la cultura a través de la cosmovisión pues ésta, en tanto concepción del mundo, es una interpretación de la naturaleza en general, de la naturaleza humana en particular y de la salud, su pérdida y recuperación en concreto. La visión que se tenga del cuerpo, de la relación entre cuerpo y mente, de la relación del individuo con lo que considere trascendente, con las deidades o los valores, será el marco en la que se interpreten la salud, la enfermedad, el dolor o la muerte.

La enfermedad requiere de interpretación para ser expresable en lenguaje y por este cauce, entre otros muchos, se convierte en un elemento de la cultura. El diagnóstico entonces no sólo está basado en una alteración o lesión situada en el cuerpo de un enfermo, sino en ese sistema particular de entender y clasificar propio del paradigma científico del momento y de la visión del mundo. La interpretación y el diagnóstico no son entonces sólo un *hecho* patológico, el de las señales de daño que presenta el cuerpo de un paciente y el médico detecta, sino también un *dicho* que se distingue por su valor semántico construido con un referente corporal y otro social: el diagnóstico es un índice dual de lesión biológica y de convención cultural. La taxonomía médica, la forma sistemática de identificar y ordenar enfermedades, tiene una larga historia en la que ha influido de manera decisiva tanto la evidencia científica como la ideología y cosmovisión de la sociedad en la que se engendra.

En este punto es útil aplicar este modelo de cuatro facetas de la medicina para elaborar algunas distinciones. La

medicina que se estudia en las Facultades de Medicina y se ejerce en una mayoría de los hospitales no sólo occidentales sino del mundo entero, ha progresado espectacularmente en el entendimiento de la enfermedad biológica y lo ha hecho mediante la aplicación del método científico al estudio de la alteración patológica. Sin embargo, también se puede decir que la medicina usualmente asociada a este quehacer, la medicina institucional de corte biomédico, no ha puesto un énfasis paralelo en referencia al padecer, a la comunicación y a la práctica clínica, como lo muestra el poco hospitalario Dr. Gregory House de una popular serie de televisión. En general el enfermo es tratado de manera más o menos eficiente en los consultorios y hospitales para detectar la enfermedad y para implantar los correctivos que dicta la evidencia obtenida, pero no ha existido el mismo nivel de interés y sensibilidad en analizar y sobre todo de lidiar con el padecer y con el paciente. Varios sistemas de tratamiento que ahora se llaman alternativos han competido a veces con ventaja con la biomedicina en este rubro y a esto se debe, en cierta medida, su florecimiento. El importante progreso en el entendimiento de los mecanismos patológicos con frecuencia ha llevado a considerar a la enfermedad como una entidad escuetamente biológica y con ello a la tecnología biomédica como el único medio para diagnosticar y tratar. Hay múltiples críticas y alternativas a esta actitud, pero parece que se acrecienta en vez de corregirse. Para criticarla constructivamente hay que desglosar y evaluar los supuestos ontológicos y epistemológicos que la sustentan.

No cabe duda que hay médicos de estirpe biomédica compasivos, comprometidos con el padecer de sus pacientes y con una vocación de servicio, pero la relación medico-paciente no parece ser el fuerte de la biomedicina, como sí lo es la patología, la dilucidación y detección de los mecanismos biológicos de la enfermedad. Más aún, en la terapéutica del médico hospitalario o de consultorio, que supuestamente opera dentro del paradigma biomédico y científico, influye a veces más la publicidad de las compañías farmacéuticas que los conocimientos sobre la enfermedad o el padecimiento particular de su enfermo. En ocasiones así, el médico no se guía tanto por la evidencia, sino por razones alejadas de ella, muchas veces de tipo publicitario y mercantil. No se puede aplicar el calificativo de "científica" a esta práctica de la medicina, aunque haya clínicos enterados y competentes que procedan como científicos aplicados y hayan desarrollado una vasta experiencia.

La aplicación de este modelo de enfoques epistemológicos complementarios basados en las perspectivas en tercera, primera y segunda persona, así como en la sociocultural, permite concebir al conocimiento médico en sus diversos aspectos, enfoques y relaciones entre componentes. A su vez, esta valoración gnoseológica, si llegara a ser robusta y verosímil, podrá plantear alternativas adecuadas para enriquecer, y en su caso encauzar, la concepción de la clínica y valorar la práctica médica.

REFERENCIAS

1. Díaz JL. El caso de Pedro: la enfermedad, el paciente y la consulta. En: *Iocuralocuralocura*. México, D.F.: Artes de México; 2010a pp 7-16 (ISBN: 978-607-455-487-8).
2. Kuhn T. *The Structure of Scientific Revolutions*, revised edition. Chicago: The University of Chicago Press; 1970.
3. Khushf G. A framework for understanding medical epistemologies. *J Med Philos* 2013;38:461-486. doi: 10.1093/jmp/jht044.
4. Díaz JL. La conciencia viviente. 2da. ed. México: Fondo de Cultura Económica; 2008.
5. Díaz JL. La identidad del dolor: ¿lesión, congoja, lamento o neuromatriz? *Salud Ment* 2005;28(2):13-32.
6. Pérez Tamayo R. *Principios de Patología*. México: Editorial Panamericana; 2007.
7. Vega de Céniga y col. <http://Elsevier.es>. Revisado 20/01/2016.
8. Rodríguez de Romo AC, Aliseda A, Arauz A. Medicina y lógica: el proceso diagnóstico en neurología. *Ludus Vitalis* 2008;16:135-164.
9. Varela F, Shear J. Metodologías en primera persona. Qué, porqué, cómo. *Rev GU* 2005;1(2):148-160.
10. Díaz JL. A narrative method for consciousness research. *Front Hum Neurosci*. 2013;8(7):739. doi: 10.3389/fnhum.2013.00739.
11. Puga ML. *Diario del dolor*. Alfaguara; 2006.
12. Northoff G. *Philosophy of the brain*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins; 2004.
13. Lloyd M, Bor R. *Communication skills for medicine*. Ed. Churchill Livingstone, Londres; 2001.
14. Chin J J. (2001) Doctor-patient relationship: a covenant of trust. *Singapore Med J* 2001;42:579-581.
15. Duffy FD, Gordon GH, Whelan G, Cole-Kelly K, Frankel R et al. Assessing competence in communication and interpersonal skills: The Kalamazoo II Report. *Acad Med* 2004;75:495-507.
16. Travaline JM, Ruchinskas R, D'Alonzo GE Jr. Patient-physician communication: Why and how. *J Am Osteopath Assoc* 2005;105(1):13-18.
17. Laín Entralgo P. *La relación médico enfermo*. Madrid: Revista de Occidente; 1964.
18. Szasz TS, Hollender MH. The basic models of the doctor-patient relationship. *Arch Int Med* 1956;97:585-592.
19. Welle JB. Viktor Emil von Gebsattel on the doctor-patient relationship. *Theoretical Med* 1995;16:41-72.
20. Díaz JL. (1986) Relación médico paciente terapéutica: la psicobiología del proceso de curación. En: Vargas L, Viesca C, editores. *Estudios de Antropología Médica*. México: UNAM; 1986, pp 21-40.
21. Martínez Cortés F. *Médico de personas*. Morelia: Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo; 2014.
22. Henry SG. Recognizing tacit knowledge in medical epistemology. *Theor Med Bioeth* 2006;27:187-213.
23. Palazón-Mayoral MR. El arte de curar. *Hermenéutica de la salud y la enfermedad*. *Devenires X* 2009;19:24-42.
24. Panda SC. Medicine: Science or Art? *Mens Sana Monogr* 2006;4:127-138.
25. Díaz JL. Siembra y memoria. Muerte y evocación de un médico republicano. Madrid: Fondo de Cultura Económica, Biblioteca de la Cátedra del Exilio. 2010b; 140 pp. ISBN: 978-84-375-0644-9.
26. Goffman E. *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Buenos Aires: Amorrortu; 1981.
27. Díaz JL. La textura cognoscitiva del comportamiento. *Salud Ment* 1991;15:8-24.
28. Foucault M. *El nacimiento de la clínica*. México, D.F.: Siglo XXI Ed; 1966.
29. Sontag S. *La enfermedad y sus metáforas. El SIDA y sus metáforas*. Madrid: Taurus; 1996.