



El abordaje integral e intercultural del paciente

Entendimiento del contexto

Existen varios modelos explicativos del fenómeno salud-enfermedad:

- El modelo “occidental”, elaborado alrededor del conocimiento médico científico, cuyos portavoces son las instituciones y el personal de salud, seguidos por los maestros, los farmacéuticos, los periodistas, etc.
- El modelo “folk”, cuyo discurso es utilizado por los sanadores locales tradicionales.
- El modelo popular “barroco”, que es el discurso de los grupos sociales mestizos, que incorpora los dos modelos anteriores y otros saberes de las pseudociencias (2).

El médico integral debe conocer la diferencia entre el sufrimiento (illness) y la enfermedad (disease). El sufrimiento como símbolo, es generador de una red semántica (usando como vía el lenguaje), un universo de creencias, valores, experiencias y emociones; socialmente validados (3).

El sufrimiento y la enfermedad no son experiencias similares para todas las personas; la vivencia de estas crisis ha sido determinada por la sociedad, a las cuales se las ha denominado “representaciones culturales del sufrimiento” (3). Así mismo, el dolor no solo tiene un carácter ético y psicológico, sino que constituye un fenómeno cultural que exige una elucidación en el tiempo y en las condiciones sociales.

Al decir de Mabel Grimberg, antropóloga social argentina, los padecimientos, la muerte y las respuestas de la sociedad para enfrentarlas; son fenómenos sociales con particularidad histórica

dentro de cada sociedad. Los procesos de salud-enfermedad y atención, son considerados como una construcción social, ya que son el resultado de modalidades de relaciones sociales y a su vez constituyen las representaciones y prácticas en las que convergen estos procesos como ideológicos, sociales, políticos y económicos (5).

Las representaciones surgen tanto de la experiencia del enfermar, como de la experiencia de relacionarse con diferentes agentes terapéuticos. En el discurso popular se suelen emplear frases como “le tengo fe a...”, para señalar la eficacia simbólica, que es el efecto psicológico de mejoría que se produce en muchos pacientes. La eficacia de un tratamiento no depende únicamente de la fuerza de la evidencia, depende también, de quien lo prescriba y de la aceptación que tiene el paciente de la prescripción (validación social).

Se llama eficacia simbólica porque en ella se pone siempre en juego la palabra, el significante. En la eficacia simbólica lo que se observa son las consecuencias del poder de las palabras, del significante, cuando es aceptada socialmente (6).

Para Pierre Bourdieu Duhau, filósofo y sociólogo francés y uno de los más destacados representantes de la sociología contemporánea, esta aceptación social se convierte en realidades sociales, las “Realidades Sociales” como construcciones históricas y cotidianas de actores individuales y colectivos, tienden a substraerse a la voluntad clara y al control de los individuos, el mundo social se construye a partir de lo ya construido en el pasado; las formas sociales del pasado son reproducidas, apropiadas, desplazadas y transformadas en las prácticas y las interacciones de la vida cotidiana de los pacientes (7).

La observación participativa

El mirar al paciente en sus detalles se inicia con el primer contacto visual: observar como viste, su salud, su lenguaje no verbal, donde se sienta, quien lo acompaña.

El aprendizaje de esta destreza se dificulta en la práctica clínica, pues el entrenamiento médico clásico, promovió una observación distante o clandestina, evidenciado por la construcción y distribución del “Consultorio” en donde el que sufre (paciente) mira los logros del médico, pero donde él no se siente observado.

José Sánchez Parga, antropólogo argentino, sostiene que: *“Para ser un buen observador hay que saber aguzar la vista y afinar el oído, saber escuchar a los demás en vez de reaccionar directamente ante sus palabras, y poder evitar constantemente la distracción o las faltas de atención tan frecuentes en una interacción social habitual”* (9). Se debe asumir las emociones y sentimientos tanto del observador como del observado.

La escucha activa y el reconocimiento del itinerario terapéutico

La entrevista médico paciente debe ser entendida como el encuentro entre dos maneras diferentes de mirar el mundo, en la búsqueda de un acuerdo negociado, mediado por el lenguaje. La libertad, la intimidad, la confianza y el respeto cultural; son claves para establecer una relación médico paciente adecuada. La palabra define la esencia del hombre en su razón, es objeto de doble interpretación; al médico, le interesa saber lo que no está dicho, es decir las palabras cuyo sentido radica en lo que significan o sugieren y en el modo de ser enunciadas.

La sociedad se rige por un código restringido cuyo vocabulario, gramática y organización discursiva se encuentran normados, estereotipados y ritualizados; que se manifiestan a través de frases hechas que todos repiten sin criticidad.

La palabra como hecho social mantiene un código elaborado que la persona cree que desarrolló de manera autónoma creativa, espontánea y personal; lo cual es falso. Cuanto más tradicional o comunal es una sociedad y cuanto más predomina en ella una personalidad colectiva, tanto más dominante será el código restringido (10). Los códigos varían entre países, entre regiones, entre pueblos y entre grupos dentro de la comunidad.

Los nombres coloquiales, las frases hechas, las definiciones locales, son usadas por los pacientes como que tuviesen significado universal. Por ejemplo: la palabra "guagua" cuyo significado en castellano es niño, o "jumera" cuyo significado coloquial es borrachera y que se utiliza para expresar mareo. Reconocer esta diversidad de códigos lingüísticos es fundamental para la escucha y la interpretación. Hablar la misma lengua del otro no garantiza comunicarse con él y mucho menos comprender su cultura; se trata de una meta comunicación.

El médico por su formación universitaria, está seguro que la relación interpersonal con el paciente es determinante, pero ignora el contexto socio cultural que puede resultar mucho más influyente al momento de tomar decisiones.

Toda cultura tiene una particular forma de comunicación, por lo tanto, deberá interrogarse siempre que significa y que quiere decir tal enunciado, tal forma o contenido comunicacional.

Para Román Jakobson, fonólogo y lingüista ruso, la lengua y el habla son constitutivos de cada cultura, surgen y son productos de la cultura. La lengua nunca habla por sí sola, sino que es la cultura quien habla a través de ella (11).

Un principio fundamental para interpretar la palabra, reside en la relación entre el verbo y la acción, el gesto y la palabra, el inter-

cambio y la comunicación; es por eso que la escucha activa se la realiza con una observación atenta, una interpretación adecuada y en un contexto único e individual de cada paciente.

Se requieren tres condiciones para lograr la escucha activa con los pacientes:

- a) Escuchar a través del discurso consciente e inconsciente.
- b) Identificar el doble comportamiento exhibicionista y confidencial del paciente o de su familiar o acompañante.
- c) Lograr que el paciente se vuelva un interlocutor (11).

Según Pedro Laín Entralgo, médico, historiador y filósofo español, es Roman Jakobson que anota que todo signo exige un intérprete; los signos que reconoce un médico al examinar a un paciente son interpretados con base en un código, el del discurso de la medicina. Así por ejemplo en la técnica de obtención de signos denominado propedéutica o semiotécnica se puede formular la siguiente pregunta: ¿Cuál es la probabilidad de observar algún signo dado cuando se cumple el requisito de que exista un diagnóstico específico? (12).

Lo cual se puede expresar en la fórmula:

$$P(\text{signo/Dg})=?$$

Si la fórmula fuera...

$$P(\text{signo/Dg})=1$$

Julio E. Hoyos Z., psicólogo y cientista social colombiano, sostiene que: nos encontraríamos con el ideal del discurso médico de hallar un signo patognomónico, es decir, de aquel que inequívocamente y por sí sólo da cuenta de una enfermedad. Es claro que pocas enfermedades lo poseen, pero se evidencia en el discurso médico un deseo de que así fuese, de que no hubiese necesidad de escuchar síntomas, de que un signo por sí sólo pudiera identificar a todos los pacientes con manifestaciones similares y poderlos circunscribir en un diagnóstico (13). Por eso no es nada raro encontrar que los médicos noveles se centren en un síntoma que les atrae hacia su zona de confort, desde donde dirigen su discurso de interpretación y diagnóstico, olvidándose de todo lo demás... "hábleme más de su dolor".

La semiología médica marca la diferencia entre los signos y los síntomas. Los primeros son aquellos mensurables, cuantificables y sobre todo observables por parte del médico. Los segundos en cambio son aquellos que expresa el paciente y sobretodo que se escapan a la observación del médico.

A pesar de encontrarse explícitamente al comienzo de cualquier tratado de semiología médica, esta distinción se pierde en la prác-

tica. Incluso desde Claudio Galeno, médico y filósofo griego de Pérgamo, quien aceptaba la sinonimia entre *symptôn* y *sêmeion* (14) al considerar que lo habitual es que el síntoma se convierta en signo, así se denominan síntomas las manifestaciones del proceso morboso como por ejemplo el vómito, la disnea, y el vértigo.

Wilhelm Olivier Von Leube, médico y patólogo alemán, a finales del siglo XIX, a favor del signo decía que: *“El tiempo empleado para hacer un buen interrogatorio, es tiempo perdido para hacer un buen diagnóstico”*.

La anamnesis (“recolección”) relegada, reducida en el tiempo muchas veces por los mismos sistemas de salud, que privilegian la objetividad de los signos y los resultados de laboratorio e imagen para confirmar un diagnóstico, provee el 70% de los elementos para el diagnóstico oportuno.

El sujeto que se representa en los síntomas queda excluido entonces del discurso de la medicina, en el momento en que los síntomas son traducidos en signos, con lo que, además, se produce el efecto de convertir al enfermo en enfermedad (15).

La abducción como herramienta de investigación (construcción de la hipótesis)

En la práctica médica, el método científico de investigación (o diagnóstico) incluye las abducciones, inducciones y deducciones. La inducción es ir de lo particular hacia una hipótesis general, fundada en la experiencia pasada, conocimiento particular que lleva a generalizaciones. La deducción es ir de lo general a lo particular, como por ejemplo basados en evidencia, elaboramos probabilidades diagnósticas.

La abducción es un proceso lógico que introduce una idea nueva a partir del instinto racional. Este se diferencia del instinto no empírico o mágico, en que, para desarrollar la abducción, el médico debe trabajar varios años hasta desarrollar sus sensibilidades científicas, que le permiten hacer conjeturas que se acercan a las verdaderas, aunque no aseguran infalibilidad. El proceso abductivo es generado a partir de una sorpresa, una situación que el observador no puede explicar con las teorías existentes.

Los métodos de análisis por problemas, enunciados por Lawrence Weed médico e investigador estadounidense, en 1966 y posteriormente por Robert Rakel, médico estadounidense, en 1995, se usan en la enseñanza de pregrado, son muy útiles en la práctica clínica, con las limitaciones de todas las herramientas; responden al paradigma lineal del análisis matemático de probabilidades, dejando de lado la abducción médica, que como se ha señalado previamente contiene una importante carga de subjetividad (la experiencia del médico) (18).

Para el pensamiento complejo, “Teoría General de Sistemas” (TGS) permite identificar las interrelaciones y elementos que están provocando la perturbación, que se manifiesta como malestar físico, psicológico, social u otro. De esta forma, se determina los bucles que producen inestabilidad, así como la localización de la parte del sistema que es el máximo provocador de la inestabilidad ya sea en la célula, en el órgano, organismo, el grupo humano, organización, sociedad, etc.

En este punto, es importante aclarar que, el método sistémico no supone una herramienta más de la medicina biológica, sino que es un nuevo paradigma que bajo una estrategia transdisciplinar, permite abordar la integralidad del paciente, incorporando el conocimiento médico clásico con el desarrollo de la biotecnología, las ciencias sociales y las diversas escuelas de las Ciencias de la Salud.

Una hipótesis adecuada parte del malestar (descrito por el paciente), para que en función del conocimiento médico, se formule una “construcción” de esta realidad; al hacerlo el médico establece un balance entre las esferas biológica, psicológica y social, y genera “un diagnóstico aproximado” para enfrentar los problemas humanos.

Bajo esta concepción, la incertidumbre en el diagnóstico y el tratamiento ya no son perturbaciones, sino elementos constitutivos del fenómeno mismo. En la práctica los procesos del pensamiento anteriormente citados no son elegidos de forma consciente y arbitraria para aplicarse en un determinado caso, sino que se aplican simultáneamente a través de caminos heurísticos en función de las habilidades, pericia y experiencia del clínico.

Dicho de una manera diferente, al enfrentar un problema con complejidad en la práctica clínica, antes de indagar en la anamnesis buscando algo en concreto, o dirigir la atención sobre algún signo en particular, o peor aún antes de elegir una prueba diagnóstica, el sistema conocimiento-mente-contexto-paciente ya ha desarrollado una serie de hipótesis y la pregunta correcta, el examen dirigido o los auxiliares diagnósticos son empleados para confirmar o descartar las hipótesis generadas.

La pregunta correcta

La pregunta puede ser automática, similar al entrenamiento de pregrado, ¿en que trabaja?, ¿cuándo fue su última menstruación? o puede ser inteligente, es decir, ayudar a confirmar o descartar hipótesis. Hay que saber preguntar, no por astucia o destreza, sino por una forma muy específica y de orden epistemológico, se debe preguntar desde “su no saber”. Para poder preguntar hay que saber comprender.

Para Gadamer, la comprensión tiene unas características peculiares, que pueden resumirse en los siguientes puntos:

- a. La comprensión está orientada por una pre-comprensión, propiciada por una serie de pre-juicios en los que está situada la subjetividad de quien comprende. Estos pre-juicios, que incluyen los de la situación particular de cada uno y los de la tradición histórica a la que pertenece, constituyen la orientación previa de toda experiencia, el anticipo de la apertura al mundo.
- b. La comprensión tiene una estructura circular: sin una anticipación de sentido que la guíe, no hay comprensión. Esta anticipación viene determinada desde la comunidad que nos une a la tradición; y esa comunidad está sometida a su vez a un proceso de continua transformación, que los intérpretes mismos van configurando. Se trata del llamado círculo hermenéutico, que avanza siempre en espiral.
- c. También nuestra conciencia está situada históricamente y está expuesta a los efectos de la historia. En su inserción en el acontecer histórico, la conciencia recibe la acción que se ejerce sobre ella, y es en cierto modo conformada por esa acción.
- d. La comprensión, por último, tiene lugar en y desde la situación de quien comprende, desde el horizonte que la define y delinea. En la comprensión nos apropiamos de lo transmitido en y como tradición juntamente con el horizonte que le era propio; por eso la comprensión es considerada como una fusión de horizontes.

Comprender no es revivir los procesos mentales de otro, ni tratar de averiguar las intenciones del hablante. Tampoco consiste en un proceso de objetivación, porque la comprensión no es un fenómeno reproductivo, sino productivo. Comprender es interpretar, y ésta es una actividad que tiene lugar en el seno de una determinada comunidad lingüística y cultural, y en el marco de un determinado horizonte histórico. Comprender a otra persona significa captar de qué está hablando desde sus particulares sensibilidades (16).

El examen físico dirigido

El examen físico en consulta externa, debe estar dirigido a confirmar o descartar las hipótesis que elaboramos a través de la observación y la escucha activa. Un médico astuto puede tener un acercamiento significativo al diagnóstico luego de la observación y la entrevista.

Numerosos estudios han demostrado que el examen físico periódico anual, no reduce la mortalidad o morbilidad y puede producir exámenes de seguimiento innecesarios; más de 90% de los médicos valoran rutinariamente la presión arterial, auscultan el corazón, el tórax, el abdomen y verifican los reflejos; la mayoría de estas maniobras de examen no se recomiendan rutinariamente. Los médicos realizan un examen médico general en todos sus pacientes, porque es parte de su aprendizaje y por temor a perder una enfermedad subclínica.

El examen físico debería realizarse dirigido a la zona que aqueja al paciente, por ejemplo, si el motivo de consulta es vértigo, el objetivo del examen físico es determinar si es central o periférico, si el motivo de consulta es dolor de hombro, el examen físico debe determinar que estructura anatómica de la articulación está afectada.

Si vemos el examen físico general, desde su “eficacia simbólica”, es muy importante, ya que contribuye a mejorar la relación médico-paciente. La “imposición de manos” mientras se realiza un examen físico, transmite empatía y solidaridad (17).

La elaboración de planes diagnósticos

Las acciones anteriores tienen como pre-requisitos: un dominio de la epidemiología clínica y de la medicina en general. Estos conocimientos tienen diferente desarrollo según la etapa de formación del médico, la especialidad elegida y el nivel de complejidad de atención donde ejerce su práctica.

El método clásico de elaboración y priorización de lista de problemas, es útil para elaborar diagnósticos presuntivos que confirmamos con pruebas de laboratorio, gabinete o fármacos, que confirman o rechazan estas hipótesis o diagnósticos sin embargo si se enfrenta un caso complejo puede demorar mucho tiempo.

Los planes diagnósticos cobran fuerza en los casos con mayor complejidad, es decir, incertidumbre, ya que se cuenta con menor cantidad de recursos, ya sean elementos de la clínica (síntomas, signos, elementos de contexto), o recursos diagnósticos (exámenes, datos, etc), por lo tanto, se vuelven marcos que dan sentido a un rompecabezas.

La intervención y negociación terapéutica

Una vez alcanzado el o los diagnósticos aproximados surge la pregunta: ¿Qué tipo de intervención es la que más beneficia al paciente? Esto es especialmente difícil en pacientes ancianos o que presentan múltiples patologías, en los cuales es necesario priorizar el o los problemas que se pueden tratar.

La priorización de los problemas a ser intervenidos no soluciona el problema de la integralidad del paciente, pero permite realizar el trabajo médico en el día a día. Esta priorización es temporal y va cambiando en la continuidad de la atención.

Herramientas para la priorización

Siendo la condición del ser humano “multidimensional”, esquemáticamente podemos decir que en el centro está el individuo y a su alrededor se mueven de forma concéntrica las diferentes esferas que representan sus dimensiones. Más hacia el centro estarán la

vida física o material que interactúan con el individuo como ser vivo (esfera biológica), es decir con necesidades básicas o incluso vitales. Hacia la periferia de la esfera biológica estará el entorno próximo y las relaciones más cercanas (el lugar de trabajo, la familia, la escuela, etc), elementos que alimentan “la realidad cotidiana” del individuo y que influyen en su salud mental (esfera psicológica). Y finalmente, en la parte externa se encontrará la esfera social, que es la portadora de la historia de ese individuo en su contexto.

Un ejercicio que puede ser de utilidad al enfrentarse con complejidad es priorizar cual esfera es la que necesita atención e intervención (Ver Tabla 1). Lejos de buscar que este ejercicio caiga en el sesgo del “Sociologismo”, tendencia a dar una importancia extrema a los hechos sociales y a la Sociología. Representa un ejercicio que critica las denominadas actividades rutinarias acerca del cuidado médico. Todo ser humano presenta problemas en niveles distintos de las tres esferas al mismo tiempo. Por fines prácticos, priorizamos los problemas en un momento vital, guiados por nuestras presunciones diagnósticas, y priorizamos el tipo de intervención terapéutica:

- biológica pura – educativa
- psicológica
- social
- compleja

Tabla 1. Manejo Integral / Priorización de la Intervención

DIAGNÓSTICOS	ESFERAS		
	BIO	PSICO	SOCIAL
Apendicitis aguda	XXX	X	
Infarto agudo	XXX	X	
Neumonía	XXX	X	X
Dolor pélvico crónico	X	XXX	X
Intento de suicidio	XXX	XXX	XXX
Embarazo en adolescentes	XX	XXX	XXX
Desnutrición	XX	X	XXX
Violencia intrafamiliar	XXX	XXX	XXX
Accidentes de tránsito	XXX	X	XX

Fuente: Manual Médico Saludesa, 2016

Si el problema es prioritariamente biológico, el margen de negociación es pequeño, y problemas como neumonía en niños, apendicitis, politraumatismo, entre otros, serían de dominio casi exclusivo de la actuación biomédica.

Cuando las áreas psicológica y social van creciendo, es fundamental abrir una negociación con la familia, sugiriendo terapéuticas, y

comprendiendo si el paciente y su entorno, aceptan o rechazan la concepción de la vida y la muerte y de la salud y de la enfermedad, que se puede ofrecer en la atención médica.

Conclusiones

A partir de estas reflexiones se extienden los siguientes juicios:

- a. Si la subjetividad tanto del médico (observador) como del paciente (observado), es el factor crucial para la comprensión de los problemas de salud, los postulados que reclaman una idea neutral (positiva) de los problemas de salud serían ingenuos o inclusive peligrosos. Pues una idea positiva de la salud y la enfermedad otorga poder a quien puede acceder a dicha “realidad”, y se lo quita al que no la detenta.
- b. Lo que distingue a la abducción como método de investigación sobre la inducción o la deducción, es su condición extraordinariamente práctica en lugar de contemplativa. Por lo tanto, la abducción sería el método genuino para individualizar la práctica médica.
- c. El acceso a la realidad será siempre aproximado, incompleto, inconcluso. La incertidumbre no se elimina a través de un abordaje desde la complejidad, sino que se acepta como un elemento constitutivo de la realidad.
- d. Sin una comprensión del contexto, de la historia de vida de una comunidad, de una familia, del individuo o de la sencilla experiencia del enfermar, el acto médico se vuelve mero acto de colonización del otro.

Referencias bibliográficas

1. Herrera D, Troya C, Guevara A, Obregón M, Gaus D. El abordaje integral e intercultural del paciente. *Práctica Familiar Rural*. 2018 Julio; 1(8).
2. McWhinney IR, Moral RR. *Medicina de Familia*. Madrid: Mosby/Doyma; 1996.
3. Lifshitz A. The science of complexity and medical education. *Clinic and Medical Internship*, Faculty of Medicine, National Autonomous University of México. 2017, April.
4. Guerrero E. *La Medicina Popular en la Parroquias Rurales de Quito. Perspectivas y prácticas de los pacientes de la Parroquia de Lloa*. Quito; 2013.
5. Grimberg M. Proceso salud-enfermedad-atención y Hegemonía. Guía para la discusión. Buenos Aires: Facultad de Filosofía y Letra. ICA-UBA.; 1992.
6. Lacan J. Seminario XVI. De un Otro al otro. In BA. Buenos Aires: Paidós; 2006.
7. Bourdieu, P. La Eficacia Simbólica, Religión y Política. In BA. Buenos Aires: Biblos; 2009. p. 13-198.
8. Caplow T. *La investigación sociológica*. Barcelona: Laia; 1977.
9. Sánchez Parga, J. El oficio de antropólogo. Crítica de la razón (inter)cultural, CAAP, Quito 2005) Quito: CAAP; 2005.
10. Delp Mahlon, Manning Robert. *La propedéutica médica*. Octava ed. México D.F.: Panamericana; 1997.
11. Jakobson, Román. *Nuevos ensayos de lingüística general*. México, D.F.: Siglo XXI; 1976.
12. Laín Entralgo, P. *El diagnóstico Médico* Barcelona: Salvat; 1982.
13. Hoyos Z., JL. *La supremacía del signo en el discurso de la Medicina* Quito: Affecto Societatis; 1999.
14. Barrows H. Problem-Based learning in medicine and beyond: A brief overview. In

- Wilkerson L. San Francisco, CA.: Jossey-Bass Publishers; 1886.
15. García Amilburu, M. (García Amilburu María, La comprensión del otro. ¿empatía o traducción?, Publicado en *Themata*, n. 25, pp. 209-215. Cambridge 2.000). 25th ed. Cambridge: Themata; 2000.
 16. Zaman J. The Enduring Value of the Physical Examination *Medical* 102 ,417-423 (2018). *Clinic of North America*. 2018 March; 102(417-423); p. 417-423.
 17. Aldo CR. Análisis del discurso médico: la argumentación en la consulta pública, Colección Graduados Serie Sociales y Humanidades. 12th ed. Guadalajara, MX; 2012.
 18. Strasser G. Prácticas y representaciones en torno a los Procesos de salud-enfermedad en la población de Azampay.: Facultad de Ciencias Naturales y Museo, Universidad Nacional de La Plata BA; 2011.
 19. Ortale, M. Aportes de la antropología médica a la reflexión sobre las políticas de salud sexual y reproductiva dirigidos a madres adolescentes en la Argentina. Buenos Aires: CIC/PBA; 2007.