

TERCERA DIMENSION DE LA MEDICINA (*)

Benjamín D. Paul

Harvard School of Public Health, Boston, Massachusetts

La medicina como lo hemos conocido desde antaño, irrumpió de la tradición del sacerdote y del hechicero. Rechazando toda preocupación por lo psíquico y lo místico, ella se absorbió en el funcionamiento del cuerpo humano. Los dramáticos progresos de las ciencias básicas la llevaron a conquistas igualmente espectaculares. Por momentos existió el peligro de que estos adelantos técnicos hubieren sido alcanzados a costa de perder de vista al paciente en su calidad de persona. Pero a medida que la medicina orgánica consolidaba sus nuevas ganancias, se encontró a sí misma en una posición lo suficientemente firme como para aceptar de nuevo aquella que hacía largo tiempo había dejado atrás. Volvió a admitir lo psíquico y lo místico, pero lo hizo en el idioma moderno: reconociendo la "medicina psicológica". La psiquiatría dinámica y la medicina psicosomática reflejan este nuevo interés en el funcionamiento de las emociones humanas.

La medicina ve ahora al paciente en dos dimensiones: la orgánica y la psicológica. Esto puede proporcionar al médico un buen cuadro del paciente, porque no toma sino dos dimensiones para realizar una representación gráfica. Pero si el médico desea mirar más allá del cuadro y ver al paciente como realmente existe en profundidad, tendrá que agregar una nueva dimensión a su medicina, **la dimensión cultural**.

Creo que una de las principales innovaciones en la enseñanza médica durante la próxima década consistirá en familiarizar a los estudiantes con el concepto de cultura. Corresponde a la mayor parte de las escuelas médicas descubrir la antropología cultural, y corresponde a los antropólogos descubrir la forma de dar al concepto de cultura una significación para los estudiantes de medicina.

Un ejemplo aclarará lo que yo quiero decir por dimensión cultural. Un médico perfectamente adiestrado se encontraba trabajando en un proyecto de salud pública en Sud-Africa para llevar medicina preventiva y terapéutica a un grupo zulú. El Dr. John Cassel, quien después de esto ha aceptado un cargo docente en la Escuela de Salubridad de la Universidad de North Carolina, relata que un día fué llamado para atender a un viejo zulú que tenía una caverna apical en uno de sus pulmones. Se trataba aparentemente de un caso grave de tuberculosis y el pronóstico fué pobre. El doctor indicó a la familia ir a la clínica por medicamentos. No lo hicieron. Llamaron, en cambio, a una bruja quien diagnosticó que el anciano era la víctima de hechicería practicada por el hijo único del hombre y la reciente esposa de éste. Quemaron incienso, el viejo arrojó a la pareja de su casa y tomó las medidas para desherrar a su hijo. Un mes más tarde, el Dr. Cassel tuvo la sorpresa de saber que el viejo, en vez de morir, se encontraba en pie caminando. El médico decidió conocer más profundamente la historia y esto es lo que encontró:

El viejo estaba orgulloso de haber cumplido una buena vida, haber formado una familia y construido una de las más hermosas viviendas en la localidad. Su hijo, sin embargo, se había vuelto un inútil que derrochaba el dinero del padre en la ciudad. Cuando el hombre se hizo demasiado viejo para sostener a la familia, la hija mayor se fué a trabajar y envió sus ahorros para la compra de cabras y ganado y edificar nuevas cabañas. El hijo pretendió volver periódicamente y afirmar sus derechos como heredero, exigiendo que se matara cabras y ganado para una fiesta de acuerdo con la costumbre zulú. Cuando la hija se opuso, haciendo ver que el ganado había sido comprado con su dinero, el hijo se puso furioso. Como mujer, su hermana no

(*) The Journal of Medical Education, Oct. 1956, Sup. P. 137-140. —"MEDICINE'S THIRD DIMENSION"—. Benjamín D. Paul. (Report of the Third Teaching Institute of American Medical Colleges, Swampscott, Massachusetts, Oct. 18-22, 1955. "The Teaching of Anatomy and Anthropology in Medical Education").

Traducción completa de J. Martínez.

debía tener situación legal en la casa; así, le ordenó abandonar la familia. Cuando el padre se puso del lado de la hija, el hijo apeló a los vecinos quienes presionaron sobre el padre para que respetara la tradición. El padre se resistió y las relaciones entre hijo e hija se empeoraron.

Sin solicitar el consentimiento paterno, el hijo entonces contrajo matrimonio con una indeseable muchacha de la ciudad y persuadió al infeliz padre de proporcionar 11 cabezas de ganado para el precio de la novia y de recibir a la muchacha en su hogar. Allí la muchacha se fué a las manos con su cuñada. Eventualmente, ella cometió la más grosera de las ofensas sociales: escupió en el ojo de su suegro. A esta altura el viejo cayó enfermo y se llamó al Dr. Cassel, para ser sucedido por la astuta bruja quien marcó al hijo y a la yerna como agentes maléficos. Debe hacerse presente que los brujos actúan envenenando a la víctima y que los síntomas de embrujamiento incluso la pérdida de peso y expectoración de sangre, son virtualmente los mismos que los de la tuberculosis.

El Dr. Cassel, recordando dice: "Cuando fui llamado para diagnosticar el caso, mi diagnóstico escueto fué de una cavidad en el pulmón y pasé por alto todos los factores psicológicos y culturales. La bruja, por su parte, diagnosticó la colección total y falló solamente en el agujero del pulmón. De los dos, creo que su diagnóstico fué más completo que el mío".

En este ejemplo, las dimensiones orgánicas, psicológicas y culturales resultan fácilmente perceptibles. Las determinantes culturales se exteriorizan mejor frente a un decorado exótico que en el hogar; pero esta diferencia es más bien un artificio de percepción que una diversidad objetiva. Dentro de nuestra sociedad, distinguimos la enfermedad orgánica porque contrasta tan claramente con el bienestar orgánico; estamos aprendiendo a reconocer los aspectos emocionales de la enfermedad, gracias principalmente a la psiquiatría y a la psicología. Pero el elemento cultural en medicina sigue siendo esquivo, porque estamos demasiado cogidos en la red de nuestras costumbres y valores, suponiendo cómodamente que nuestras presunciones y reacciones son "naturales" más bien que influidas por la cultura que es característica de nuestra sociedad.

En la medida que el funcionamiento orgánico de un cuerpo pueda ser comprendido comparándolo con otro que funcione diferentemente, el efecto de nuestra propia cultura sobre la enfermedad y la medicina podrá ser también mejor comprendido comparándola con la diferente cultura de un pueblo extraño como el zulú. El contraste nos ayuda a colocar en el perceptible primer plano los inadvertidos "fenómenos de fondo" de nuestras vidas cotidianas. Para introducir la dimensión cultural en la enseñanza médica, debemos estar en condiciones de presentar casos llamativos de otras regiones con el objeto de despertar interés en el conocimiento. Debemos, además encontrar ejemplos domésticos apropiados, pero de iguales principios culturales, de manera que la lección pueda tener valor práctico para los médicos, que con más probabilidades ejercerán en Filadelfia que en Natal. Potencialmente, ricos depósitos de casuística para mostrar la influencia cultural deben encontrarse en el sistema de clases sociales y en la serie de divisiones étnicas que componen nuestra América.

En el área étnica, por ejemplo, el antropólogo Mark Zborowski se encuentra recogiendo datos sobre los aspectos culturales de la reacción al dolor, según la manifiestan pacientes italianos, judíos, irlandeses y americanos en un hospital de veteranos. Así, los pacientes judíos e italianos son iguales entre sí y distintos de los demás en su respuesta expresiva a las sensaciones dolorosas, pero los individuos judíos e italianos difieren entre ellos en su actitud frente al dolor. Los italianos se presentan más orientados hacia el presente y consideran el dolor fundamentalmente como un estado desagradable; responden bien a los analgésicos y demuestran confianza en el médico. Los judíos están más orientados hacia el futuro y se preocupan más con respecto al significado sintomático del dolor; se muestran a veces sospechosos de las drogas calmantes y son inclinados a desconfiar de la competencia de los médicos. Los médicos con posición subordinada a la Vieja América presumen característicamente que la apariencia del sufrimiento debe ser suprimida. Enfrentados a pacientes judíos o italianos cuya cultura los inclina a expresar sus sentimientos, estos médicos comprensiblemente pero sin justicia, piensan que los pacientes están "exagerando" y asumiendo una falsa actitud.

Y en el área de la clase social, por ejemplo, Frances Cooke Mac Gregor ha encontrado que los cirujanos plásticos tienden a exhibir la inclinación cultural dividiendo a sus clientes en dos grupos; los con expectativas "reales" y los con expectativas "no reales". Esta distinción tendría méritos si los candidatos pudieran ser clasificados sobre buenas bases psicológicas. Los cirujanos plásticos podrían entonces evitar peticiones y litigios de personas que tienen esperanzas neuróticamente ilusorias de que una diferente enroscadura de su nariz les traiga fama y cariño o resuelva menoscabos profundamente arraigados en el funcionamiento de su personalidad. Pero muchos cirujanos plásticos hacen inconscientemente sus discriminaciones sobre la base de criterios superficiales. Solicitantes cuyas maneras y presentación marchan a parejas con su *donaire*, tienden a ser considerados como poseedores de razones reales para un tratamiento plástico, mientras que aquellos que parecen pobres y visten más desatinadamente tienden a ser juzgados como poseedores de aspiraciones ilusorias. Se hace manifiesta en esta forma, en la evaluación instintiva del médico, una inclinación ligada a la cultura que puede resultarle contraproducente.

Podría ayudarse a los médicos brujos zulúes a conocer más sobre medicina orgánica, pero resultaría de menor utilidad enseñarles el concepto de cultura. Ellos trabajan ordinariamente con una población relativamente homogénea, de manera que su propia perspectiva y sus intuiciones vibran razonablemente bien con las del paciente común. ¿Por qué el concepto de cultura debe ser dirigido a los estudiantes de medicina americanos que van a trabajar con pacientes americanos? Una parte de la respuesta ha sido ya enunciada: América es una sociedad compleja con numerosos subgrupos y subculturas. En cierto sentido, la mayoría de los médicos americanos, sin abandonar el país, trabajan en un medio abigarrado de culturas.

El resto de la respuesta atañe al procedimiento para llegar a ser médico. La mayor parte de los estudiantes ingresan a la escuela con propósitos elevados de servir, pero pierden gran parte de esto durante los dos años de entrenamiento preclínico. Excesivamente presionados para absorber un gran volumen de información básica en cursos supercondensados, se retiran de to-

da participación social. Y el arte de la medicina, meta final de su preparación, es oscurecido por la más brillante atracción de las ciencias de laboratorio. A medida que los estudiantes abandonan las salas de clase por los hospitales en el tercer año, necesitan ser reintroducidos al servicio y a la sociedad. Tienen que aprender que hay personas que sufren de enfermedades y no solamente síntomas u órganos a los que la gente se encuentra adherida. El concepto de cultura puede ser un importante recurso de conexión para vencer su "entrenada incapacidad", capacitándolos para arrogarse el punto de vista del paciente y ver el mundo como aparece desde la perspectiva culturalmente condicionada del paciente.

Para posesionarse del significado de la dimensión cultural, los estudiantes de medicina necesitan idealmente tener **experiencia** directa para dar profundidad a su entendimiento, adquirir conceptos para estructurar su pensamiento y discutir **estudios de casos** para dar rango a la concepción de la variación cultural. Ellos pueden adquirir experiencia a través de programas de preparación, adecuadamente supervisados, en una medicina ampliada que los lleve al hogar y a la vecindad. Los antropólogos pueden dictar clases sobre cultura y conceptos relativos a ella; a este respecto, los antropólogos físicos y otros pueden fácilmente refrescarles la memoria por medio de la consulta de buenos textos sobre antropología cultural.

Una dificultad de la enseñanza es la escasez de casuística médica orientada para el uso en grupos de discusión. Para ayudar a vencer esta deficiencia, la Russell Sage Foundation ha subscrito mis esfuerzos de los últimos años para recopilar una serie de estudios de casos de factores culturales y sociales en salud pública. Estos casos, que están por ser publicados, han sido ensayados con buenos resultados en las secciones de seminario de un curso de introducción solicitado sobre ecología biológica y social en la Escuela de Salud Pública de Harvard. Algunos de ellos deben ser adaptables para la instrucción en las escuelas de Medicina. Uno de los estudios de casos es el del Zulú; otros corresponden a comunidades en India, China, Tailandia, el Pacífico, Brasil, Chile, Perú, Guatemala, México, Puerto Rico, Saskatchewan, Colorado, Alabama y Massachusetts.

Si se ha otorgado el reconocimiento a la medicina orgánica y a la medicina psicológica, aquél debe ser extendido también a la "medicina cultural". Puede, sin embargo, resultar engañoso hablar de tres clases de medicina. En realidad, debe haber una medicina con tres dimensiones. Al igual que los médicos, los antropólogos abarcan tanto el campo biológico como el social y se encuentran en una posición estratégica para llamar la atención de los estudiantes de medicina a la significación de la dimensión cultural.

He abordado sólo el problema de la enseñanza médica. Al nivel de la investigación, la antropología puede, además, aportar contribuciones a la medicina, pero aquí nos encontramos en una calle de doble tránsito. La medicina abre a menudo las puertas a las únicas oportunidades de investigación del individuo y la comunidad, y así puede facilitar los progresos en la ciencia social básica.