

## ¿El regreso del Holismo?

*Dr. Renato Palma C.*  
*Departamento de Gastroenterología*  
*Clinica Las Condes*

### Resumen

Cada vez que los médicos nos enfrentamos a un paciente que nos consulta por alguna dolencia, automáticamente surge en nuestra mente la idea de que lo que afecta a este paciente obedece a la disfunción de algún órgano, que debe tener una etiología y un mecanismo que pueda ser explicado por alteraciones estructurales, fisiológicas, bioquímicas, y hoy en día ojalá moleculares. A partir de ahí, todo nuestro esfuerzo va dirigido a establecer el diagnóstico, es decir, definir cuál es la entidad nosológica que presumimos afecta al paciente. Aunque todavía en casi el 90 por ciento de los casos no logramos conocer exactamente la etiología de las enfermedades ni los mecanismos fisiopatológicos que explican sus síntomas, nuestro pensamiento sigue siendo el mismo, confiando en que algún día tendremos todas las explicaciones. En esta visión de la enfermedad, los aspectos psicosociales son considerados como muy secundarios o simplemente no dignos de ser tomados en cuenta.

Esta posición es la consecuencia que en nuestra formación ha tenido el pensamiento analítico reduccionista, que a partir de Descartes ha tenido la influencia decisiva (y con un enorme éxito), en el desarrollo de la ciencia moderna, incluyendo por cierto las ciencias biomédicas. "Dividir cada una de las dificultades en tantas partes como sea posible" señalaba Descartes, porque a través de conocer cada una de las partes llegaremos a conocer el todo. Otro principio que ha influido poderosamente en nuestra actitud frente al enfermo, fue la visión dualista: cuerpo y mente son entes separados y deben ser abordados independientemente.

En la medicina es este pensamiento el que ha llevado a la creciente multiplicación de especialidades y subespecialidades guiadas de la mano por la tecnología. También ha significado que desde los inicios de la psiquiatría moderna el estudio de los problemas de la mente y del cuerpo hayan caminado por largo tiempo por vías paralelas. Unos moviéndose en el campo puramente mentalista y otros en el campo puramente biológico. El prodigioso avance de las neurociencias ocurridos en los últimos años hacen que esta posición sea hoy en día científicamente insostenible. Con todo lo exitoso que ha sido este modelo en el avance del conocimiento, hace más de medio siglo que empezó a hacerse evidente que no era suficiente para estudiar la realidad.

Fueron precisamente la biología y la ingeniería, las primeras disciplinas en cuestionar que la suma de las partes explicase el todo, y que era necesario considerar los niveles de organización de los subcomponentes y sus interacciones, dando origen así a la visión sistémica por oposición a la visión reduccionista, a la visión holística por oposición al dualismo cartesiano.

El modelo reduccionista aplicado en nuestra práctica al cuidado de los enfermos tiene grandes beneficios pero también tiene grandes limitaciones. Al perder de vista el todo,

nos concentramos en profundidad en la enfermedad y no en el enfermo, olvidando que el órgano enfermo, objeto de nuestro estudio forma parte de un sistema que en su nivel más alto de organización es un individuo, un ser humano, quien a su vez forma parte de un sistema social en el cual se encuentra con otros: familia, sociedad y ciertamente el médico. Esto hace que en algunas ocasiones lleguemos a perder el norte, el fin de nuestros quehaceres, que no es tratar de derrotar enfermedades a todo precio, sino contribuir, junto con otras disciplinas, al bienestar del hombre, bienestar físico, psicológico y social, aunque no logremos derrotar a la enfermedad.

El idioma inglés tiene dos palabras para referirse a la enfermedad: *disease* es decir la entidad morfológica que conocemos tan bien los médicos (cáncer, sida, hipertensión arterial, etc.) e *illness*, es decir lo que el paciente siente, percibe y valora como enfermedad y que no necesariamente corresponde con la visión que tiene el médico de ellas. En esta visión influyen áreas que no están consideradas por la *disease* como son los temores, mitos, creencias, expectativas, etc. Nuestra formación nos capacita para tratar con gran eficacia la *disease*, pero no así la *illness*.

Esta limitación es percibida claramente por los pacientes y se traduce en lo que la sociedad moderna llama la deshumanización de la medicina.

Probablemente esto explica la gran paradoja que constatamos a diario: habiendo la medicina alcanzado niveles de desarrollo y eficacia que le permitan resolver problemas cada día más complejos y difíciles, la imagen del médico ante la sociedad se ha ido deteriorando progresivamente, y ésta está cada vez más proclive a cuestionarlo y enjuiciarlo.

Se ha hecho un lugar común quejarnos en un tono ligeramente plañidero del deterioro que ha ido sufriendo la relación médico-paciente y atribuir a fuerzas externas y extrañas a nosotros este fenómeno, lo cual ciertamente es real, pero olvidamos la cuota de responsabilidad que a nosotros nos toca en ello.

La medicina es una disciplina del encuentro de dos personas con tareas y roles mutuamente complementarias. Uno espera del otro sea aliviado de sus malestares, cualesquiera que sea la forma en que él los define, y el otro debe tratar de entender el cómo y el porqué para empezar a proponer planes de estudio o de tratamiento. Lo que se tiende a olvidar es que nuestro interlocutor es una persona, que toda la información que nosotros tratamos de obtener resulta de un diálogo, de una comunicación interpersonal, la cual está influida por condiciones psicológicas, sociales, culturales, etc.

Hace más de 30 años, George L. Engel, profesor de psiquiatría de la Universidad de Rochester, empezó a desarrollar las bases teóricas del modelo biopsico-social de inspiración sistémica como una herramienta para avanzar en áreas que quedaron fuera del marco fijado por el modelo biomédico. Su preocupación llegó a proponer el cómo, quiénes y cuándo deberían estos conceptos ser incorporados en la formación de los estudiantes de medicina. La difusión de este pensamiento ha sido lenta hasta ahora.

Las conclusiones de la Reunión de Consenso en Toronto, sobre la comunicación Médico-Paciente fueron publicadas en BMJ Nov.1991. Los resultados de las investigaciones sobre el estado actual del tema que allí se entregan son abrumadoras: el 54% de las quejas y 46% de las preocupaciones de los pacientes no son captadas por el médico. Más del 50% de los problemas psicosociales y psicológicos de los pacientes son pasados por alto. En el 50% de las visitas no se logra producir un acuerdo entre el paciente y el médico acerca de cual es el problema principal que preocupa a aquel. La mayoría de las quejas y alegatos por mala práctica surgen de errores de comunicación y así sucesivamente.

Hay allí abundante información también acerca de la repercusión negativa que una comunicación deficiente puede tener sobre el resultado final de nuestras preocupaciones terapéuticas y sobre la fidelidad de los pacientes respecto a sus médicos. Se entrega también información acerca de cuáles son las habilidades personales de comunicación que deberían estar presentes en cada consulta médica, cuáles son posibles de desarrollar desde ya y cuáles necesitan aprendizaje y entrenamiento, lo cual no puede estar circunscrito exclusivamente a los estudiantes de

medicina.

El gran valor que tienen las proposiciones de Engel y el sólido análisis del trabajo mencionado, es que marcan el esfuerzo inicial para intentar recuperar nuestra imagen; son un esfuerzo para reenseñarnos a practicar algo que los griegos y antes que ellos, los orientales ya sabían: cuando nos enfermamos, nos enfermamos del cuerpo y del alma.