

Medicina dialogística

Por el Prof. J.S. HERZKA,
médico jefe de la Clínica Diurna
de Psiquiatría Infantil y Juvenil;
Departamento de Psicopatología Infantil y Juvenil,
Universidad de Zurich, Suiza

Paciente: la medicina

La medicina no se encuentra bien, como demuestran, a título de ejemplo, los tres trastornos siguientes:

Problemas de comunicación

Problemas de esta índole existen entre los especialistas y los subespecialistas, cuyos métodos y conceptos – sin contar las abreviaturas (!) – son tan esotéricos que sólo son asequibles a los «iniciados», pero también entre la medicina general, por un lado, y la practicada en los hospitales universitarios y la investigación, por el otro. A nivel internacional, las relaciones de vecindad entre la medicina de los países industrializados y la de los que se hallan en vías de desarrollo – medicina de prosperidad y de necesidad – no son precisamente buenas. Y justo donde la atención médica debería ser mejor, la mutua confianza de médico y paciente se ha deteriorado en tal grado que cada vez son más las querellas ante el juez y las disposiciones legales.

Explosión de los costos

Los precios del tratamiento médico especializado se han disparado. Razones económicas y sociales impiden a la mayor parte del género humano beneficiarse personalmente del *know-how* médico. Incluso en los países más ricos se ha convertido en un lujo cada día de estancia hospitalaria. La relación paciente/tiempo es una opresiva constante laboral en consultorios y policlínicas; pacientes privados corren como acosados de un examen médico a otro.

Pseudoterapias

En lugar de adaptar el estilo de vida a las propias posibilidades, se recurre a estimulantes y tranquilizantes. En vez de erradicar las causas, se reparan sin cesar los daños originados por la civilización. Para una amplia y profunda profilaxis falta lo necesario: equipos de investigadores, proyectos a largo plazo actualizados, solidaridad económica e interdisciplinaria, entrega personal e interés político.

Incluso un campo tan fundamental para la salud como el de la nutrición está presidido por la negligencia: al mismo

tiempo que unos mueren de sobrealimentación – a pesar de destruir ellos mismos parte de su propia producción para mantener altos los precios internacionales de los alimentos –, gran parte del género humano fallece de desnutrición. Un vuelo aéreo de un día es toda la distancia que media entre ambos extremos; en algunos lugares, basta incluso ir de un barrio a otro de la misma ciudad para pasar de una zona de consumo epidémico a otra de hambre endémica. En todas las partes donde se practica la medicina en el «estricto sentido» de arte técnico-curativo, miles de pacientes se sienten tan poco comprendidos y apoyados que acuden a algún curandero antes, después o durante el tratamiento por «métodos médicos académicos». Para colmo, hemos perdido la capacidad de distinguir entre curanderos serios, con carisma y experiencia, y charlatanes con diploma y buen ojo comercial.

No, el estado de salud de la medicina no es bueno. Ciertamente, todavía es impresionante su aspecto, pero su edad de oro parece haber pasado; de sus científicas ramas ya no cuelgan los frutos del progreso de antaño.

Pérdida del sentido del todo

El pensamiento científico y la investigación están sujetos a una limitación fundamental: cuanto más exacta sea una observación y descripción científica, más específico un punto de vista técnico, más preciso un modelo teórico, tanto menor será el área explorada, tanto más unilateral la interpretación y tanto más limitada la validez de los resultados. Ahora bien, la reflexión sobre el ser humano, su vida y sus relaciones interpersonales exigen una contraposición, una «bipolaridad», de cuya «necesidad» nadie duda, p.ej.: soma y psique, herencia biológica y entorno, salud y enfermedad, teoría y práctica, tradición y renovación.

Entre hacer de los procesos vitales u órganos objeto de la ciencia y ver, como médicos, en el enfermo una persona viviente, existe una radical diferencia. El mal no reside en las limitaciones de la ciencia y la especialización, sino en la manera como las asumimos, tomando la parte por el todo. De «los dos polos» nos quedamos unas veces con uno,

otras con el otro, por conveniencias de la investigación momentánea, olvidando pronto y por completo la otra mitad. Se llega incluso a la identificación con el aspecto que uno mismo ha elegido, lo que da origen a enemistades, p.ej.: entre los partidarios de una patología constitucional «primaria» y los defensores de una teoría medioambiental igualmente «primaria», o entre los que abogan por la primacía del «soma» o, al contrario, de la «psique». Las escuelas y los dogmas resultantes, las discriminaciones y los favoritismos, apenas se diferencian de las disputas dogmáticas interconfesionales. Este cuadro persiste hasta hoy día, a pesar de la universal profesión de fe en la razón. Valgan los dos ejemplos siguientes como ilustración de lo dicho. Raro es el trabajo de psicoterapia que describa al ser humano «de carne y hueso», su aspecto, cómo se mueve y alimenta. ¡Como si existiese «psique» sin cuerpo! Igualmente en vano se buscará en los trabajos sobre cirugía o medicina interna los sentimientos, el talante, la imaginación creadora de los pacientes, aunque, sin duda, influyen en el desarrollo de las enfermedades y su curación. Innumerables son los trabajos sobre los «factores ambientales» sin un solo dato acerca de la «constitución», y viceversa (sin olvidar, por supuesto, que en la ciencia también hay modas).

Rasgo común a las más diversas esferas del quehacer científico es perder de vista una y otra vez el «polo» no directamente investigado de un problema bipolar, consecuencia metodológica de un pensamiento de vía estrecha, preso de las concepciones excluyentes. Aplicado este tipo de pensamiento al ser humano, le escamotea su vitalidad, cuyas raíces se hunden precisamente en la tensión de la bipolaridad; deja de ser percibido, sentido y tratado como un todo «en sus contradicciones».

Dialógica

En cuanto principio filosófico, la dialógica – al igual que la dialéctica predominante actualmente en todos los países industrializados – se basa en la dualidad de la vida y del pensamiento. Postula la dialógica, sin embargo, que dos pensamientos – que nadie puede pensar simultáneamente

– o dos aspiraciones – que nadie puede realizar simultáneamente – o dos conceptos – que se excluyen mutuamente, cada uno con un campo propio de significación – pueden constituir juntos un todo *al mismo tiempo* (no sucesivamente) y poseyendo *cada uno idéntico valor* (sin pretensiones de superioridad). En esto consistiría un modo de pensar bipolar. La tensión – o contradicción – entre uno y otro polo, conocida también, aunque en otra forma, en la dialéctica, ha cesado de ser la fuerza oculta tras una lucha maniquea, ni es tampoco pasajera o un mal temporal. La contradicción y la tensión son bienvenidas como signo de vitalidad y totalidad, sin la menor pretensión de superioridad de la una sobre la otra. Esta estructura bipolar del pensamiento ha de ser familiar al médico, conocedor por analogía de la importancia de la tensión en la pared celular o del tono en un organismo biológico como reflejo de la vida, mantenida en virtud del concurso de fuerzas y procesos simultáneos e iguales, pero polares.

La dialógica renuncia, por consiguiente, a la intolerante contestación característica de la dialéctica; es radicalmente distinta asimismo de la «monológica», el intento archirrepetido desde la Edad Media, también en medicina, de reducir a *un solo* punto de vista o principio – y, por tanto, dominar – todo lo vivo y todo conocimiento. De igual manera, hay que distinguirla de la coexistencia en la indiferencia (consistente en tolerarse mutuamente pero sin actuar ambas partes como un todo superior) y del compromiso a regañadientes (en el que se niegan, en vez de afirmarse, ambos oponentes).

Frente al principio de la complementariedad del yin y yang en la filosofía oriental, subraya la dialógica la contradicción y la tensión de la «bipolaridad». Considera tan ilusorios los esfuerzos en pos de la armonización como una síntesis posterior. Importa más bien aprender a sentir, pensar y trabajar con tensión dialogística, con contradicciones, que debemos asumir afirmándolas, a nivel tanto de individuo como de sociedad.

En la historia de la filosofía occidental, es demostrable la existencia del modo de pensar dialogístico desde la Edad Antigua, pero su actual importancia no la alcanzaría hasta los siglos XIX y XX. MARTIN BUBER³ fue uno de sus más

decididos impulsores, siendo sistematizada por HERMANN LEVIN GOLDSCHMIDT^{7,8}, filósofo contemporáneo residente en Zurich, cuya obra, injusta pero no fortuitamente, apenas ha hallado difusión. Aunque, por lo general, implícita e insuficientemente formuladas, son demostrables tendencias dialogísticas en diversos desarrollos científicos de los últimos tiempos, p.ej.: en la física nuclear, la teología, la pedagogía, la psicología y la medicina. Nuestro propósito en el presente artículo no es, sin embargo, citar autoridades, sino exponer concisamente algunos ejemplos de «bipolaridad» que reflejen la aplicación práctica del pensamiento dialógico y sus consecuencias y sean significativos para el ejercicio médico y la investigación. La siguiente división del tema en tres aspectos, aunque muy arbitraria, tiene la ventaja de la claridad. De hecho, han de considerarse siempre conjuntamente tanto los aspectos individuales y sociales como los generales y específicos.

Aspectos generales

Trataremos en primer lugar los cinco «bipolos» mencionados al principio, constitutivos del fundamento primario del pensamiento humano, de la investigación sobre el ser humano y de las relaciones interpersonales.

Psique y soma

No existe lo que se pueda llamarse enfermedad «somática» o «psíquica», sino sólo *enfermedad*. A primera vista resulta extraño, pero es demostrable. Todos los trastornos y enfermedades de naturaleza psíquica se acompañan de alteraciones corporales. Como ejemplos cabe citar la tensión muscular en los neuróticos, sus disfunciones vegetativas, los cambios del habla y la voz, de la postura, así como de la manera de estrechar la mano y mirar. Todos estos fenómenos son *somáticos*, aún cuando hablemos de enfermedad «psíquica». Particularmente impresionante es también la sintomatología somática de la depresión grave: postura laxa, movimientos lentos e inhibidos, voz monótona, estreñimiento frecuente. Alteraciones corporales se aprecian asimismo en la manía, la esquizofrenia y, especialmente nítidos, en la catatonía.

Toda vida «psíquica» es – también – corporal. Hablar de «manifestaciones» es equívoco, por cuanto implica que algo se produce primero, primariamente en el «interior», y sólo «secundariamente» aparece al exterior. Desde la perspectiva de la psicología evolutiva, ocurre de manera distinta: los fenómenos somáticos asociados a las excitaciones psíquicas se tornan más diferenciados a medida que crece el niño; en el lactante y el niño pequeño son especialmente pronunciados y claros. Mas no sólo ganan en sutileza: según el ámbito cultural y la educación, se presentan más o menos enmascarados. Sólo gradualmente desplaza la comunicación verbal a la no verbal, la cual se pierde a veces casi por completo. Dado el caso, hay que expresar todo con palabras para poderse comprender unos a otros. Quien

aprende a ser receptivo al aspecto de su prójimo – sobre todo de sus pacientes –, a mirarlos y, además, a no esconderse demasiado detrás de una máscara, sino a mostrarse como es – pues la comunicación no verbal se basa en la reciprocidad –, consigue no sólo un acceso muy diferenciado a las personas, sino también una profunda clarividencia diagnóstica. Los médicos de épocas pasadas eran, por supuesto, conscientes de esto, por lo que ponían gran énfasis en el entrenamiento del «ojo clínico». El «cuadro» que ofrece una persona o paciente contiene «informaciones» expresables verbalmente sólo con grandes circunloquios. Buena ilustración de ello son algunos dibujos de niños publicados por el pediatra Dr. WILLY DREIFUSS^{4,5}. En la patología de cada día, cabe recordar el tenso porte de los neuróticos, la retracción del vientre en los «inhibidos» – es decir: excesivamente «reservados» – o el tenso y agresivo juego de los músculos maseteros en quienes, a solas, aprietan los dientes constantemente. Precisos indicadores del estado anímico son, por supuesto, la voz y el tono (ansioso o agresivo, artificial, distante o servil, etc.).

Mas también terapéuticamente ha de redescubrirse la «vía somática». Creciente importancia están adquiriendo, por ejemplo, los métodos de entrenamiento cinesiterápico integral y no sólo en psiquiatría u ortopedia. No por casualidad, se inspiran estos métodos en culturas como el taoísmo o las danzas africanas, menos unilateralmente racionalistas e industrializadas.

No existe ninguna enfermedad «puramente» somática. Una infección, por ejemplo, altera ya el estado psíquico del paciente, su humor, su capacidad de trabajo y su rendimiento. Los accidentes tienen tanto de psíquico como de somático. Si esto es aplicable al cuadro clínico, lo es mucho más a la patogénesis. Esta es siempre multicausal; siempre pueden comprobarse factores patógenos tanto psíquicos como somáticos. Piénsese en cuántos accidentes se deben a la falta de atención o a un especial amor al peligro, en qué alto grado depende el contagio en caso de epidemia del estado psíquico personal, o en la tan debatida y controvertida relación entre el estado anímico y el cáncer. Las denominadas enfermedades psicosomáticas son como un iceberg, en el que los factores psíquicos no constituyen sino la famosa punta de éste. *Toda* enfermedad es básicamente psíquica y somática. Tomar en serio esta bipolaridad significaría modificar nuestra investigación científica y reordenar las prioridades en los programas terapéuticos. El tratamiento de todo paciente debe englobar a toda la persona, esto es: ha de ser tanto «psíquico» como «somático», independientemente de la especialidad médica que requiera: cirugía, medicina interna, geriatría, pediatría, dermatología o psiquiatría.

Herencia biológica y entorno

La cuestión de si una enfermedad es de origen genético o reactivo vuelve siempre a plantearse. Se trata de una cuestión obsoleta que no tiene respuesta. Pueden observarse, sí,

alteraciones cromosómicas o reacciones a sucesos, por ejemplo, pero sólo en cuanto factores desencadenantes más inmediatos y aparentes. Ahora bien, de ordinario no sabemos ni remotamente qué reacciones determinan cambios cromosómicos en una persona y en otra no, o por qué unos reaccionan a un shock emocional de manera diferente que otros. En toda enfermedad intervienen factores pertenecientes a la herencia biológica y al entorno; su separación es imposible.

Como con todos los bipolos, un elemento sólo tiene sentido porque existe el otro, a la vez y con el mismo valor. No conduce a ninguna parte hablar de herencia biológica sin pensar en el entorno, y viceversa, es absurdo hablar del entorno sin pensar a la vez en la herencia biológica.

Prestando simultánea e idéntica atención a la herencia biológica y el entorno pueden resolverse las largas y bizantinas disputas de la historia de la medicina en torno a la patología constitucional y la reaccional. De los modelos patogenéticos y conceptos terapéuticos centrados en la relación de reciprocidad entre herencia biológica y entorno cabe esperar sensibles progresos hacia una mejor comprensión del fenómeno enfermedad y su tratamiento.

Salud y enfermedad

Nadie está enfermo o sano. Todos estamos al propio tiempo sanos y enfermos: en estado sano, somos portadores de enfermedad, e incluso cuando nos hallamos gravemente enfermos, existen en nosotros partes sanas, gracias a las cuales es posible sanar de nuevo. Esto es aplicable tanto a las enfermedades «psíquicas» como a las «somáticas». Señalemos al respecto, no sólo la «patología de cada día», es decir: el hecho de que numerosas personas con serios trastornos realizan sus tareas diarias sin tratamiento, sino sobre todo que no existen estados excepcionales que no se presenten ya en la vida «normal».

Un concepto dialogístico de la salud y la enfermedad como constitutivas de *un* todo ha de impulsar las fuerzas de autocuración y abrir nuevas vías profilácticas tanto en la medicina «psíquica» como en la «somática».

Teoría y praxis

La importancia de la bipolaridad para el médico y la medicina no requiere mayores explicaciones. De las ciencias modernas, la medicina es quizá la que mejor ha superado el dualismo entre la teoría y la práctica. En los últimos decenios, sin embargo, es perceptible también una dicotomía entre ambos elementos. La teoría permanece ajena a los resultados empíricos, a la vez que los avances de modelos y conocimientos teóricos no se plasman en la práctica.

Renovación y tradición

Esta bipolaridad sobrepasa en importancia, más aún que la anterior, los confines de la medicina, pero es precisamente esta ciencia la que acusa especialmente la unilate-

ralidad resultante de la pérdida de uno de ambos componentes. Sufrimos las consecuencias de la petrificación de las nociones tradicionales de patogénesis y terapéutica, sostenidas incluso después de estar archidemostrada su ineficacia. Tan unilaterales son, sin embargo, otras tendencias opuestas de la medicina, causantes no sólo de una rápida rotación de conceptos y métodos terapéuticos, sino también de la pérdida del saber que proporciona la experiencia. Progreso no significa en modo alguno sustituir un modelo ya existente por otro nuevo; progreso es el crecimiento que, como los círculos anuales de un árbol, encierra dentro de sí lo anterior y lo integra en un nuevo contexto. Si se tuviese esto en cuenta, no existiría, por ejemplo, entre la secular medicina popular y la moderna medicina llamada académica ninguna competencia paralizante, sino, antes bien, un fructífero diálogo.

Aspectos intrapsíquicos

La «bipolaridad» desempeña un importante papel en la personalidad individual. Veamos tres ejemplos:

Conciencia imaginaria y real

JEAN-PAUL SARTRE¹⁶ ha sido el primero en contrastar la conciencia imaginaria con la real. Propias de la conciencia imaginaria son las imágenes de los sueños, las ideas subyacentes a la creación artística y científica y las «ocurrencias». A la conciencia real le corresponden las percepciones, los sentimientos y los procesos mentales, nexo entre nosotros y la realidad externa, en la que hemos de encontrar nuestro camino y la que tenemos que configurar y cambiar. Influidos por el racionalismo imperante en Occidente desde el Siglo de las Luces, los sistemas educativos de las naciones industrializadas ignoran el componente imaginario. Ello se traduce, no sólo en un empobrecimiento de la fantasía, las ideas y la creatividad – causa, a su vez, de que decline al correr del tiempo la productividad social –, sino también en descontento del individuo, que, privado de su propia vida imaginaria, siente que no es más que una rueda en un engranaje, una pieza de una computadora. La pérdida de la conciencia imaginaria es, probablemente, una de las causas del creciente consumo de alcohol y drogas, tomadas con la esperanza de que «liberen la conciencia».

Inteligencia y emoción

En los siglos XIX y XX, la educación occidental ha estado totalmente orientada hacia el «entrenamiento» de las facultades intelectuales, a pesar de las prontas y expresas advertencias de geniales pedagogos. Los resultados están a la vista: el «monstruo inteligente» ha preparado perfectamente su propio ocaso; está a punto de helarse en su propia frialdad de sentimientos; las cifras de parejas desunidas, de ancianos solitarios y jóvenes suicidas son de una claridad meridiana.

En el campo de la medicina, cabe recordar en primer lugar la motivación profundamente emocional del ayudante sanitario en la elección de su profesión, o la gratificación emocional que le reporta su actividad al médico y al investigador. Tanto en la elección del momento del diagnóstico y su exactitud como en la evolución del tratamiento influyen las emociones, como el miedo o la confianza por parte del paciente (y del médico). En los trabajos de investigación en equipo, se viene prestando demasiada poca atención a las repercusiones de las inclinaciones personales o la rivalidad destructiva, acaso inadvertida, en el progreso de proyectos calificados de puramente racionales. La imagen que el médico tiene de la persona y la «filosofía» del investigador dependen tanto de las emociones como la elección de la pareja o las relaciones familiares. Aunque sea terrible la idea misma, es perfectamente posible imaginarse un médico sin emociones, una especie de mecánico de la salud, que degrade al paciente a la categoría de robot igualmente sin emociones, necesitado de revisión en un taller.

Espontaneidad y orden

Ligados entre sí, ambos conceptos están plenamente justificados. Aislados, tanto el uno como el otro conducirían a condiciones inhumanas. En el ejercicio de la medicina, es imprescindible el orden, no sólo externo, sino también interno. Pensemos, por ejemplo, en la importancia del orden para un diagnóstico minucioso, para la asepsia, la observación sistemática o el tratamiento. Ahora bien, el médico necesita a la vez su espontaneidad e intuición (que son afines). El tan familiar orden le deja una y otra vez en la cuneta; cuando así ocurre, se ve obligado a juzgar y actuar espontánea e intuitivamente. Si por sí solo el orden conduce a un esquematismo inerte, la sola espontaneidad origina un caos precientífico.

Aspectos sociales

La importancia de la bipolaridad es tan trascendental en la vida social como en la intrapsíquica. El diálogo, la conversación – sobre un plano de igualdad entre dos personas – ambas escuchando y hablando –, constituye la mejor ilustración del principio dialogístico.

Médico y paciente

Tocante a conocimientos y experiencia, la relación no se desarrolla, ciertamente, entre iguales; ahora bien, el paciente aporta *su* vivencia del sufrimiento, *su* saber subjetivo y *su* enfermedad; el médico, sus conocimientos generales sobre enfermedades y su experiencia con otros enfermos. Médico y paciente no son únicamente iguales en su calidad de seres humanos, cada uno, a su manera, con iguales derechos. En fin de cuentas, no sólo el paciente necesita al médico, también éste necesita al paciente, sin el cual no puede actuar como médico. Tanto la organización de los

hospitales y las intervenciones médicas como, en general, una política sanitaria orientada hacia la *persona*, y no meramente hacia las enfermedades, requieren una colaboración entre iguales, en la que el médico sea el representante de sus *conocimientos* y el paciente de sus necesidades *humanas*. Pues, ni es posible dirigir y ordenar adecuadamente la salud pública mediante un sistema «yatrocrático» ni puede el médico, degradado a funcionario de la salud, cumplir satisfactoriamente sus tareas. Las luchas por el poder en el campo de la política sanitaria observables en muchos países y la falta de medidas profilácticas e instituciones – sobre todo, en el área de la higiene mental – son dos indicadores, entre otros, de la insuficiencia dialogística en las relaciones médico-paciente.

Individuo y «sistema»

En cuanto individuo, el médico – como el paciente – constituye tanto una «unidad» independiente como un constituyente social de un todo superior. Al igual que toda persona, puede desarrollar sus talentos, pero participa a la vez en la realización de una causa común. Tanto un individualismo excesivamente unilateral como el colectivismo ideológico tornan imposible una medicina humana. El paciente desea ser considerado y tratado como un individuo, por un lado y, como parte de su «sistema» familiar, profesional y cultural al que pertenece, por el otro. Todo diagnóstico que no tome en consideración ambos aspectos será incompleto y el tratamiento resultante, ineficaz.

La psicoterapia, que ha aprendido en los últimos años a tener presente el punto de vista sistémico, constituye al respecto *un* caso especial, de igual manera que la medicina laboral, concedora de estas conexiones. Aclaremos que «sistema» en este contexto no es sino la palabra de moda en lugar de organismo, término tradicionalmente empleado. El ser humano destaca como individuo y como parte del organismo social. Individuo – indivisible – y «sistema» u organismo tienen también razón de ser, como se sabe, dentro de la persona. En el marco de la biología humana, no sólo cada órgano corporal, sino cada célula y hasta cada componente celular, es en su singularidad igual de importante que el todo resultante, jerárquicamente superior. Tan inadecuado es aquí un modo de pensar exclusivamente estructural como un funcionalismo que ignore las estructuras. Los progresos de la biología molecular arrojarán cada vez más luz sobre la relación estructura-función y corregirán en grado creciente concepciones médicas hasta ahora aceptadas.

Lenguaje y comunicación no verbal

Nuestros sentimientos, vivencias y experiencias son siempre mucho más ricos que las posibilidades de expresión lingüística. De ahí que fracasen los intentos de hallar una definición universal para las manifestaciones vitales como la agresión. Cuando el médico mismo enferma, percibe rápidamente cuán imperfecto es todo el saber formal

que, con el auxilio del lenguaje, ha adquirido de manuales y conferencias. Las teorías sobre las enfermedades recogidas en los manuales son abstracciones utilizables, pero no han de confundirse con las manifestaciones mismas de la vida, no han de tomarse, tal y como están descritas, por la realidad. La medicina practicada actualmente no se halla lejos, sin embargo, de una tal «ontologización» de abstracciones. Hay médicos que, al hablar de las enfermedades de sus pacientes, sólo se refieren a los números de las escalas de la nomenclatura. Todo lo que no pueden reducir a una fórmula – en etiología, sintomatología o terapéutica –, lo que quizá no es explicable con palabras, lo suprimen, inintencionadamente reprimen o de manera consciente ignoran, con el fin – dicen – de simplificar. Científicamente, este proceder constituye una reducción y un empobrecimiento enormes, y humanamente, una degradación de la medicina a técnica aplicada, carente de humanidad.

Comunicación es mucho más que la palabra hablada, la cual sólo con el elemento no verbal forma un todo. La sobrevaloración unilateral de la información hablada no es sino un aspecto especial del racionalismo dogmático que ahoga a la medicina, y ello a pesar de que todo médico avezado sabe por propia experiencia en qué alto grado intervienen factores no conocibles en el desarrollo de las enfermedades y su curación. Ni se le escapa a ningún investigador serio que tras cada nuevo descubrimiento se esconde un nuevo secreto. No obstante, creen muchos que llegará el día de la «revelación» de todo lo conocible, creencia denominada con razón superstición científica. La medicina dialogística no sólo ha de aceptar lo trascendental, es decir, lo que nunca será posible saber, sino también y sobre todo ser consciente de la autonomía y la realidad de la fe, de la vivencia religiosa, no ligada a ningún dogma eclesiástico y con el que no debería confundirse.

Consecuencias

La medicina dialogística, cuya preponderancia en el futuro no admite duda, debería operar cambios que aquí, para concluir, sólo podemos apuntar. En la *formación médica* se concederá tanta importancia a la maduración emocional de la personalidad como a la acumulación de conocimientos. La transmisión de éstos ha de ser únicamente ejemplar, en todo el área de la enseñanza. Dicho con otras palabras, quien aprenda en una esfera del saber a observar exactamente, a compenetrarse, a describir, tendrá que aprender además a transmitir este saber – a «transferirlo» –, pero podrá ahorrarse mucho trabajo de memorización – determinante aún en los procesos selectivos –, pues la erudición, la información, es almacenable en computadoras y puede accederse a ella en cualquier momento. Importante será, en cambio, formar la imaginación, la capacidad de concebir ideas originales y desarrollarlas. Trabajando con colegas experimentados, el «aprendiz» de

médico puede adquirir una destreza no esquematizable con palabras; debatiendo con profanos en medicina sobre su experiencia profesional descubrirá la subjetividad y variabilidad de los procesos vitales, se adentrará en la patología y la terapéutica individuales, y no sólo generales. El contenido y los objetivos de la enseñanza han de renovarse incesantemente, incorporando la experiencia heredada y prestando igual importancia a la calidad – a menudo descuidada – de los conocimientos que a su cantidad, que habrá de limitarse. Distinguir lo esencial de lo secundario es cada vez más importante. Para hacer posible la espontaneidad y la individualidad habrá que reducir el carácter escolar de la enseñanza y considerar natural la libre circulación de médicos e ideas en todo el mundo. Al fin y al cabo, no deja de ser un grotesco anacronismo que personas adultas – médicos, además – tengan menos independencia que alumnos de escuela en la elaboración de los programas de una enseñanza que han de consumir y repetir como un papagayo en los exámenes.

Las *instituciones* – consultas particulares, hospitales y entidades jurídicas – tienen que experimentar una transformación radical, y no meramente «cosmética». Lo primero será hacer justicia a la realidad psíquica tanto como a la somática. *Todo* médico tendrá que pensar y actuar necesariamente en términos «psicosomáticos». De esta manera, los hospitales se convertirán en lugares de restablecimiento psíquico – libres de luchas por el poder –, donde se combinen el racionalismo y la técnica con lo emocional y la comunicación. El diálogo entre colegas ha de sustituir a la práctica de «remitir al especialista»; la conversación en profundidad entre médico y paciente, a la mentalidad del «trabajo en cadena». Con tópicos como «socializar» o «reprivatizar» la medicina no se consigue nada, lo que se requiere es una reorientación de los fundamentos jurídicos, así como una bien meditada división del trabajo, que delimite las competencias y obligaciones individuales y estatales. Es preciso asimismo tender un puente entre el médico general y el catedrático, entre el funcionario de sanidad – al servicio de un seguro privado o el Estado – y el médico, entre la medicina de prosperidad y la de necesidad. La medicina del futuro es inconcebible sin una genuina cooperación que trascienda las barreras de la especialización y los condicionamientos económicos. Esta cooperación tendrá que reflejarse, sin embargo, en las instituciones, por ejemplo, los consultorios colectivos habrán de incorporar disciplinas próximas. En el ámbito de la *investigación y las ciencias*, habrá que contener en primer lugar el aumento epidémico de las publicaciones a favor de criterios de calidad más severos, no mediante censura, sino por propio convencimiento autolimitador, pues, producidas en cantidades industriales, dejan de interesar. En la edad de la electrónica, los congresos gigantescos, en los que todos hablan y casi nadie escucha, pertenecen, por supuesto, al pasado, ocupando su lugar las conversaciones personales entre investigadores. La colaboración interdisciplinaria, también entre

las ciencias naturales y las humanidades, deberá imponerse de manera necesaria y natural. Los representantes de diferentes tendencias e intereses habrán de trabajar juntos, sin menoscabo de sus respectivos puntos de vista. El pensamiento científico deberá convertirse progresivamente en un pensar en relaciones, centrado, por ejemplo, en la relación entre la herencia biológica y el entorno, la estructura y la función, la salud y la enfermedad. La investigación médica tendrá que interesarse aún más por las condiciones de un estado deseable – que denominamos «salud» –, esto es, por la profilaxis, y de la interacción entre la praxis y la investi-

gación saldrán reunificadas las actuales «subculturas» médicas.

Baste con este esbozo de las consecuencias de la medicina dialogística. La dialógica como modo de pensar bipolar, afirmando la tensión y la contradicción, no es un sistema de elucubraciones utópicas, sino una necesidad de orden práctico, en modo alguno *sólo* para la medicina, pero sí especialmente para esta ciencia. El lector está invitado a examinar estas ideas a la luz de su actividad y su experiencia, a reflexionar sobre ellas y a extraer las necesarias consecuencias.

Bibliografía

1. VAN DEN BERG, J.H.: *Metabletica*. Über die Wandlung des Menschen; Grundlagen einer historischen Psychologie. Gotinga: Vandenhoeck & Ruprecht, 1960.
2. BLEULER, E.: *Das autistisch-undisziplinierte Denken in der Medizin und seine Überwindung*, 5ª edición, Berlín, Gotinga, Heidelberg: Springer, 1966.
3. BUBER, M.: *Werke*, Vol. 1: *Schriften zur Philosophie*. Munich: Kösel; Heidelberg: Lambert Schneider, 1962.
4. DREIFUSS, W.: *Kindergesichter; Begegnungen, Zeichnungen, Deutungen*, 2ª edición. Ed. H.S. Herzka. Basilea, Stuttgart: Schwabe, 1978.
5. DREIFUSS, W.: *Antlitz des Alters*. Ed. H.S. Herzka. Basilea, Stuttgart: Schwabe, 1982.
6. FEYERABEND, P.K.: *Erkenntnis für freie Menschen*, 2ª edición revisada. Francfort: Suhrkamp, 1981.
7. GOLDSCHMIDT, H.L.: *Dialogik*. Philosophie auf dem Boden der Neuzeit. Francfort: Europäische Verlagsanstalt, 1964.
8. GOLDSCHMIDT, H.L.: *Freiheit für den Widerspruch*. Schaffhausen: Novalis, 1976.
9. HEISENBERG, W.: *Physik und Philosophie*. Stuttgart: Hirzel, 1972.
10. HERZKA, H.S.: Über die Bedeutung des dialogischen Prinzips für den Arzt und für die Kinderpsychiatrie. *Fortschr Med* 88, 697-700 (1970).
11. HERZKA, H.S.: Über einige Grundlagen der Kinderpsychopathologie; en: *Kinderpsychopathologie*, pp. 17-37. Basilea, Stuttgart: Schwabe, 1981.
12. HERZKA, H.S.: *Zur Sache des Kindes*, Aufsätze. Schaffhausen: Novalis, 1982.
13. HERZKA, H.S., HORNUNG, R., SUPPIGER, R., WIDMER, K., WISSLER, D.: *Konflikte im Alltag*. Materialien und Fragen zur Psychohygiene. Basilea, Stuttgart: Schwabe, 1983.
14. PESTALOZZI, H.: Schwanengesang (1826); en: *Heinrich Pestalozzi, Gesammelte Werke*, Vol. 10, pp. 273-584. Ed. E. Bossart, E. Dejung, L. Kempfer, H. Stettbacher. Zurich: Rascher, 1947.
15. REUKAUF, W.: *Kinderpsychotherapien. Schulbildung – Schulstreit – Integration*. Basilea, Stuttgart: Schwabe, 1984.
16. SARTRE, J.-P.: *L'Imaginaire – Psychologie phénoménologique*. Paris: Gallimard, 1940.
17. SCHREY, H.H.: *Dialogisches Denken*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft, 1970.

Hexágono «Roche»

Revista para los médicos, editada por
Productos Roche Q.F.S.A., Lima
Los artículos no contienen propaganda de preparados.

Redacción: Regine Pöttsch
Responsable de la revisión: Max Zandt
Concepción gráfica: Doris Aebi

Aparece en alemán, castellano, francés, inglés y portugués

Textos e ilustraciones:
© 1985, Editiones «Roche», Basilea, Suiza