

FACTORES SOCIOCULTURALES EN LA SITUACION CLINICA

Un aspecto de la crisis actual de la medicina es que el tipo de atención que hoy en día ofrece a los usuarios potenciales de sus servicios, se aleja cada vez más de lo que éstos esperan. Un hecho verificable es que muchos pacientes no se atienen al régimen prescrito por los médicos porque o no comprenden lo que el médico les dice o desconfían de sus razonamientos y sus actitudes. Esto se debe a que en tanto que los médicos ponen todo su interés en el reconocimiento y tratamiento de las manifestaciones corporales y objetivas de la enfermedad, no prestan la atención debida a la experiencia interna de los pacientes, en contraste con lo que ocurre entre los curadores paramédicos en las sociedades en desarrollo y entre las clases populares. Ahí, el foco principal de interés es la experiencia de la enfermedad, su lado subjetivo, y se pone el mayor empeño en responder a las expectativas personales, familiares y culturales de los pacientes.

Desde su punto de vista, muchos médicos perciben la realidad clínica en términos de preocupaciones biológicas, las que consideran como básicas y como las únicas reales y clínicamente significativas. Las explicaciones y reacciones personales de los pacientes les parecen triviales. Sin embargo, estas últimas, embebidas como están en un nexo familiar, social y cultural, juegan un papel importante en muchos problemas médicos e influyen en las respuestas al tratamiento.

Un hecho central en la ciencia clínica es el conocimiento de las interpretaciones que hacen los pacientes de sus problemas de salud, lo que nos permite comprender la forma como comunican sus quejas cuando acuden en busca de ayuda y cómo evalúan la atención que reciben.

Las discrepancias entre médicos y pacientes tienen consecuencias en la práctica. Un buen ejemplo es lo que ocurre en escenarios culturales donde las enfermedades mentales son estigmatizantes. Los pacientes prestan mayor atención a sus síntomas físicos y selectivamente ignoran sus síntomas mentales y adoptan un “papel de enfermos orgánicos”. Esta es la causa por la cual muchos casos de desórdenes afectivos no son reconocidos.

Hay dos hechos sobre los cuales se puede reflexionar con fruto: uno es que muchos, tal vez la mayor parte de los episodios de enfermedad, no entran en el dominio profesional y se manejan fuera del perímetro del sistema médico formal, y otro, es que tal vez el 50% de las visitas que los enfermos hacen a los médicos se deban a quejas

que no son susceptibles de relacionarse con cambios biológicos. Esto es tanto más significativo cuanto que la clientela de los curadores paramédicos no difiere gran cosa en su composición de la que acude a los servicios generales de consulta: son individuos que sufren enfermedades porque se centran en ellos mismos, que padecen enfermedades crónicas que no ponen en peligro la vida y “somatizaciones”.

Lo anterior se explica al menos en parte, porque los curadores populares tienen una percepción más clara de las expectativas de los pacientes y responden a ellas en forma que a estos últimos les deja satisfechos.

Lo que no hay que perder de vista es que aun cuando las explicaciones de los pacientes estén basadas en una evaluación errónea de los datos, sus intentos de explicar fenómenos clínicos tienen sentido en términos de su cultura, su educación, su ocupación y sus experiencias pasadas. A pesar de los inconvenientes que tiene el que los enfermos se refugien en esta clase de apoyo, en ciertos casos es un hecho que las intervenciones que se basan en esas explicaciones erróneas obtienen cierta eficacia.

Para concluir, diremos que el médico debe interesarse más por conocer lo que sus pacientes creen respecto de sus padecimientos; por el significado personal y social que a estos atribuyen y por las expectativas que alientan acerca de las acciones médicas. Este conocimiento se obtiene si el médico orienta su interrogatorio clínico en la dirección correcta. El buen clínico da siempre a sus pacientes la oportunidad de manifestar su marco explicativo, intente o no persuadir al paciente de lo incorrecto de su creencia; en todo caso le comunica su pensamiento médico en términos simples y directos, cubriendo las áreas que son la preocupación natural de los pacientes: el diagnóstico, las causas, los mecanismos en juego, el tratamiento y lo que de él pueda esperarse. *(RFM)*