

Hacia una epistemología integral de la medicina familiar: inflamación y evolución

Sebastián Andrés Fuentes Hülse¹

¹Médico Familiar Universidad de Valparaíso. Docente Departamento Humanidades Médicas y Medicina Familiar. Coordinador de Comité de Cuidados Espirituales en Salud de la Sociedad Chilena de Medicina Familiar

Resumen

Se reflexiona sobre la necesidad de un fundamento explícito y coherente de epistemología y práctica para la medicina familiar. En este sentido, se identifica aproximaciones que esta disciplina ha adoptado y podría adoptar, junto con ejemplos de aplicación concreta dentro de su quehacer. Se utilizan los ejes históricos de la premodernidad, modernidad y posmodernidad para presentar cuatro enfoques epistemológicos: objetividad, subjetividad, inter-subjetividad e inter-objetividad. Se intenta identificar absolutismos y aportes en cada uno de ellos para esbozar una epistemología integral de la medicina familiar que considera el amor, la reflexividad y la trascendencia.

Palabras clave: epistemología, medicina familiar, posmodernidad, integral

“En un debate intelectual, ambas partes tienden a estar en lo cierto en lo que afirman y equivocadas en lo que niegan”

John Stuart Mill

el paradigma de medicina y salud. Una medicina familiar sin una perspectiva epistemológica clara y explícita está destinada a la incompreensión, al desdibujo y la periferia de los procesos de cambio en nuestra sociedad actual.

Este ensayo busca reflejar al menos cuatro perspectivas epistemológicas fundamentales desplegadas a lo largo de la historia de la premodernidad, la modernidad y la posmodernidad. De cada una de ellas desprenderemos visiones que tienen mucho que aportar a la medicina familiar, pero también muestran muchas parcialidades, fisuras y posibles absolutismos que nos pueden desorientar y empujar al reduccionismo y pérdida de la riqueza de lo humano¹. La presentación de estas perspectivas no pretende conducir a una estructuración rígida de enfoques separados, sino más bien señalar sus diferencias y posibilidad de integración, asumiendo solapamientos, cruces, recursividades y complementariedades. Esto hace de la epistemología un área siempre novedosa y su debate frecuentemente asociado al encuentro de pasiones que acompañan al sentido que damos a nuestros mundos. El mapa no es el territorio, sólo un reflejo parcial, pero si queremos navegar por las desafiantes aguas del ser humano, sin naufragar, requeriremos del mejor y más completo mapa posible.

INTRODUCCIÓN

¿Cuál es la epistemología de la medicina familiar? O dicho de otro modo, ¿desde dónde mira la medicina familiar? Hoy ya no basta con decir algo sobre el mundo sin más, ya no es posible diagnosticar cosas, eventos, enfermedades, personas, etc., sin decir algo más. La complejidad de nuestro mundo actual, intercultural, globalizado, tecnológico, interconectado, sujeto a tensiones y conflictos permanentes nos obliga a dar un paso más. No basta con la observación, sino que estamos interpelados a precisar desde dónde observamos, decimos o hacemos descripciones, juicios y diagnósticos. Esta interpelación nos la hacen las ciencias psicológicas y sociales, que afirman que es imposible no considerar el contexto, la cultura, las emociones, los valores e intereses en juego. Ese lugar desde donde se mira es, en breve, la perspectiva de la realidad o del conocimiento de la realidad, cuyo estudio se conoce como epistemología. Por supuesto esto no acaba allí, pues cuando hablamos de epistemología continuamos asumiendo perspectivas, lo cual puede hacer de este campo algo abstracto y resbaladizo pero, no obstante esa dificultad, resulta crucial adentrarse en él para fundamentar cualquier disciplina que pretenda cambiar

MODERNIDAD Y MODERNITIS

La modernidad, en términos epistemológicos, es **objetividad**, certidumbre, un correcto diagnóstico analizando los componentes estructurales de una determinada cosa y fragmentándolos para su posterior estudio e instrumentalización. La manipulación de la materia desde sus pequeñas partes constituyentes promete una perspectiva única, realmente verdadera, desde la cual se explica todo de manera mecánica. Es un monólogo descriptivo del mundo en tercera persona, “ello”², que está allá afuera esperando a ser develado. La realidad desde aquí se descubre, y la técnica es su principal aliada. Y esto, por supuesto, es cierto, pero parcial; el mundo entero es materia esparcida, visto desde los lentes de la objetividad y el materialismo científico. Pero nada se dice del observador, la subjetividad es contaminación digna de ser perseguida y anulada a través de todo tipo de métodos de control del sesgo. De aquí se desprende el empirismo positivista; empirismo porque se remite a la información obtenida de la experiencia sensorial y positivista porque exige pruebas explícitas. La perspectiva que describimos nace con personajes como Descartes y Bacon, considerados padres de la ciencia física. Es conocido que la medicina como ciencia

dura se ha montado sobre el desarrollo de la física adoptando su perspectiva epistemológica fundamental. Desde esta mirada, el conocimiento objetivo del cuerpo y la fisiología permitieron el desarrollo de la técnica, cada vez más compleja y específica, lo cual trajo enormes avances en la medicina. La medicina familiar, indudablemente, utiliza el positivismo al practicar la medicina basada en evidencia, guías clínicas, intervenciones conductuales -prescripción de conductas, hábitos y estilos de vida- y toda la gama de posibilidades que le ofrece la tecnología médica para el análisis e intervención física. Y diremos que estas potencialidades, utilizadas para fines moral y culturalmente relevantes, resultan únicas y extraordinarias.

La mirada objetiva abarca la perspectiva conductista, aquella que pretende describir en tercera persona las manifestaciones cuantificables del comportamiento humano. Aplicado al ámbito de la salud y la enfermedad mental, la medicina familiar tiende a ocupar la nomenclatura psiquiátrica de clasificación de enfermedades CIE y DSM, las cuales se basan en una tipificación de conductas, psicomotricidad, cogniciones y afectos, para luego emprender usualmente tratamientos de orden farmacológico, cognitivo y conductual. Esta práctica puede tender a sobrepatologizar y deshumanizar, un enfoque monológico que utilizado de manera aislada compartimentaliza y categoriza el cuerpo, la mente y las emociones, perdiendo así riqueza. Es frecuente ver aplicado este enfoque neurobiológico en la atención de salud mental en equipos psicosociales en centros de atención primaria, donde se impone la perspectiva y autoridad del psiquiatra que le visita de tanto en tanto en las llamadas consultorías. Esta es una conocida crítica que se le ha hecho a la neuropsiquiatría, y el médico de familia no haría bien en replicar este reduccionismo en su trabajo.

El fenómeno de reducción de lo humano a lo objetivo y la inmensa atención que se ha prestado a la técnica, ha llevado a la medicina moderna a una hiper-especialización y a lo que bien podríamos llamar *tecnicitis*, que ha significado una excesiva importancia de los métodos por sobre los fines en medicina, y ha generado que muchos médicos y gestores en salud olviden la importancia de las emociones, el vínculo, los valores, la cultura, el sentido, la relevancia, en fin, la subjetividad. Esta hipertrofia de la técnica, a nivel práctico, es la presentación de una enfermedad subyacente que podemos llamar *modernitis*, un absolutismo epistemológico positivista, una inflamación de la objetividad.

Hay una segunda forma de mirada objetiva que observa a la materia en su totalidad en interacción: el monólogo sistémico asentado en el lenguaje de "ellos"². Resulta esperable que, al estudiar teoría sistémica y aplicarla al análisis social, familiar, e individual, pensemos que estamos superando el positivismo y creamos que estamos aplicando una perspectiva integradora, holística, contextualizada y centrada en el conjunto. Y es así, pero veremos que es sólo un paso más. Si por un lado el positivismo fragmenta la materia separando los componentes y variables en partes, el sistemismo las une en una visión de estas partes en función del todo. Por ejemplo, la perspectiva estructural³ en el análisis familiar se basa en la identificación de pautas organizativas, subsistemas, normas, poder, etc., en relación al sistema familiar como una todo funcional. El enfoque sistémico podría ser considerado un conductismo social interactivo, que identifica patrones de conductas inter-dependientes y co-determinadas, en donde los fenómenos adquieren significado mediante la funcionalidad, prescindiendo,

sin embargo, de la historia e interpretación cultural. La evolución de la mirada sistémica hacia la aproximación cibernética agrega dinamismo a la observación, y los sistemas pasan a ser circuitos de retroalimentación activos e indeterminados, flujos de energía inter-retro-activos y organismos auto-eco-organizados.⁴ Son sistemas vivos que se auto-producen en un ambiente con variables infinitas, lo cual aumenta la complejidad y amenaza con marear al observador. A estas alturas, la medicina familiar con perspectiva cibernética comienza a acostumbrarse a la incertidumbre en la observación de los sistemas familiares, sociales e individuales, tolerando y valorando los quiebres, crisis y enfermedades como oportunidades de desarrollo, re-estructuración y adaptación constante al funcionamiento del entorno. La cibernética descrita hasta aquí no se preocupaba del observador, cosa que se incluyó en la denominada "cibernética del ciberneta", o bien, cibernética de segundo orden. Esta nueva ola consideró en la ecuación al observador, quien es descrito como un sistema observante, portador de sus propias estructuras y dinámicas de observación y conocimiento -subjetividad-, mediante las cuales influye en el sistema observado con el solo hecho de observar, y se configura el sistema observador-observado. Esto no debe confundirse con una completa incorporación de la subjetividad, pues la descripción de este sujeto continua siendo en tercera persona, aquel que observa es otro sistema observado, mientras el lenguaje se mantiene apegado a la conducta, la información, la comunicación, las pautas de organización estructural, la energía y la materia. Aquí se advierte lo deslizante de la observación y la perspectiva, pues cada vez que intentamos describir un sistema, reconocemos un sistema propio observando indefinidamente. Este observador último, escurridizo, sería el sujeto real -el yo en primera persona, la conciencia- que escapa continuamente a la objetivación, como veremos. Esta infinitud de la observación llevó al desarrollo del pensamiento complejo,⁵ que con la participación de numerosas teorías de relacionadas con la información, caos, autopoiesis, entre muchas otras, se podría considerar como un siguiente paso en la epistemología propia del dinámico mundo de las ciencias de la complejidad. Desde esta perspectiva se pretende asumir una racionalidad reflexiva ante la incertidumbre, una epistemología abierta a su propia auto-corrección, una actitud de ideas psico y socio-degradables⁶. Todo lo anterior puede ser entendido dentro de una misma gran epistemología de la **inter-objetividad**⁷, descripción racional y monológica de objetos -materia y energía- en interacción dinámica. La perspectiva sistémica, y sus variantes cibernética y compleja, han sido el "caballo de batalla" de la medicina familiar, aportándole con una gran herramienta de análisis que pretende abarcarlo todo en movimiento, y su aporte es indudable. Pero debemos recalcar sus limitaciones o, más bien, identificarla como una perspectiva, después de lo cual nuestro sujeto observante -el yo en primera persona que lee en estos momentos- se traslada a un espacio de observación nuevo y emergente.

Existe otra variante inter-objetiva muy importante de señalar, aquella que habla de las relaciones de poder. Con la contribución de la teoría crítica y los sistemas autopoieticos de Luhmann⁸, entre otras, se configura la perspectiva socio-crítica. Ella configura la conocida epidemiología crítica⁹, una postura epistemológica sostenida especialmente por la medicina social latinoamericana con autores como Granda, Breilh y Menéndez; desde esta mirada la cual la realidad no se descubre -modernidad-, ni se construye -posmodernidad-, sino que se negocia -se decide-. Da primera

importancia a las estructuras de poder -estructuralismo social- que de manera determinista definen la realidad, la vida, la salud y la enfermedad. Es la capacidad de acción y comunicación -el poder- que establece las agendas de la política pública, la cultura, las preferencias individuales y los modos de vivir y enfermar. Realiza extensos análisis y denuncias de las estructuras opresivas de poder, generalmente achacado al neoliberalismo, y es partidaria de una lucha social de clases, intereses, de reivindicaciones de minorías de todo tipo y, en definitiva, de la toma de poder y la emancipación de los pueblos. La política es medicina a gran escala, diría Virchow¹⁰. El sujeto psicológico tiende a desaparecer de escena, pues lo que importa son las grandes fuerzas político-sociales en fricción, de las cuales el individuo sería una víctima. La enfermedad, e incluso el cuerpo, son (bio)políticos. Un buen ejemplo de esta premisa epistemológica es el enfoque de derechos, desde cuyo marco la salud está puesta en un conjunto de bienes y servicios de orden público que garanticen el bienestar individual y colectivo. Es un "derecho o acceso a", por lo cual la salud parece encontrarse "allá afuera, en la sociedad, en el estado", reafirmando el carácter exterior y materialista de este enfoque. Se basa en una perspectiva sistémica -moderna- de diagnóstico de derechos incumplidos y estructuras inequitativas, déficits socio-materiales que deben ser subsanados en el territorio como en el aparato público. Este modelo de trabajo puede ser criticado porque deja afuera a las personas, a los actores, no considera las opiniones, conversaciones y modos de vida de las personas en su cultura, es impersonal y sujeto a los vaivenes de las lógicas político-partidistas. Cabe señalar que los aportes reflexivos de la medicina social latinoamericana traspasan los límites de la perspectiva socio-crítica, pues es posible identificar allí miradas multi-epistemológicas de la realidad, salud y vida, por ejemplo, en autores como Granda¹¹ y Breilh. Buen ejemplo de ello es el rescate del Buen Vivir¹², noción de salud ancestral de carácter territorial, cultural, ecológico y espiritual. El gran aporte de la perspectiva socio-crítica a la medicina familiar puede ser la importancia de la determinación social de la salud, la necesidad de desenvolverse en contextos políticos cargados de intereses, realizar alianzas y negociación con grandes estructuras sociales portadoras de una incomparable capacidad de comunicación y acción sobre la sociedad y cada individuo. Además, empuja al médico de familia a asumir, inevitablemente, una postura política, la cual tendría las mayores opciones de éxito en cuanto más amplio observe y más profundo resuene.

Se dice que el médico de familia debe ser un especialista en la complejidad, lo cual es cierto, pero diría que parcial. El paradigma de la complejidad proviene de una filosofía de orientación materialista que bien describe el mundo entero en un movimiento histórico-dialéctico, pero sólo en su dimensión exterior, material, en tercera persona, y no es capaz de decir mucho -porque no lo ve, o lo supedita al cerebro- de lo que ocurre en el interior del sujeto en primera persona, en el yo, en la profundidad de la conciencia. La palabra complejidad nos sugiere pensar en materia -y dificultad, esfuerzo, tensión-, mientras que la palabra profundidad nos invita a pensar en conciencia -simpleza, vivencia, distensión-, dos enfoques filosóficos en pugna desde cientos de años, dos polos dialécticos de una unidad, dos miradas que el médico familiar necesita identificar, diferenciar e integrar. Las epistemologías materialistas tampoco son capaces de dar cuenta de aquella parte de la realidad que se da en la interacción de estas conciencias o subjetividades, en el diálogo inter-subjetivo creador de realidades diversas, aquello que nos muestran las ciencias culturales y que ha venido a llamarse la hermenéutica,

una perspectiva epistemológica propia de la posmodernidad. Desde el humanismo de las ciencias psicológicas y culturales la modernidad -positivista y sistémica- ha sido diagnosticada de *modernitis* y ha sido blanco de numerosas críticas, señalando la ingenuidad con la que muchos pensadores -y por supuesto médicos- afirman ver el mundo -y las enfermedades- sin considerar la posición histórica, política, valórica, vincular y epistemológica de quien observa. Pero, como intentaremos argumentar, la posmodernidad no es la única ni la última perspectiva posible y, desde luego, tiene todas las posibilidades de inflamarse.

POSMODERNIDAD Y POSMODERNITIS

Antes de hablar de epistemologías posmodernas, debemos hablar de Humberto Maturana¹³, quien propone un giro epistemológico revolucionario que, desde la epistemología integral de este trabajo, pudiera considerársele un intermedio entre la objetividad y la subjetividad -profunda-. Maturana comenzó con una metodología y perspectiva propia de la objetividad moderna, mediante la cual intenta comprender cómo es la experiencia interna de un sistema nervioso. Resumidamente, llega a la conclusión de que cada organismo es un sistema que se autoproduce -autopoietico- mediante las estructuras con las que cuenta y nada de lo que esté fuera del alcance de esas estructuras es real para él. Esto significa que cada quien produce su realidad desde su biología y, en especial, su emocionar y su hacer. Maturana destaca el rol central del amor como una emoción que es fundamento de lo social, sin la cual no existiría la humanidad ni el convivir. Este emocionar sería el fundamento de toda acción y pensamiento, estableciendo cada modalidad emocional un dominio circunscrito de posibilidades de conducta¹⁴, por ejemplo, no podríamos empatizar ni realizar análisis reflexivo en un estado de rabia. Sólo el amor permitiría la empatía¹⁵, la reflexión, la creatividad y el cuidado. Esta mirada asume que el lenguaje es creador de realidad, en un sentido literal. Así, la perspectiva autopoietica da forma a lo que conocemos como constructivismo. Estaría presente en la medicina familiar bajo la forma de medicina centrada en la persona, en los abordajes cognitivos más actualizados y en aquellas intervenciones de carácter participativo en que se busca un aprender haciendo.

El aspecto central del paradigma de la posmodernidad es la construcción de la realidad a través de la interacción social permanente en el lenguaje. Afirma que el lenguaje crea realidad, la cual es dialógica, se da en las conversaciones, incluso en los intercambios simbólicos que mantengo conmigo mismo, fenómeno que no podría ocurrir sin una cultura repleta de significados y valoraciones subjetivas. En resumen, el paradigma posmoderno es una perspectiva epistemológica centrada en la **inter-subjetividad**⁷. Desde aquí, las enfermedades, la salud y la vida misma son conceptos creados y modificados en la narración; las categorías diagnósticas -conductistas- buscan ser reemplazadas por dimensiones del padecer humano, y las intervenciones se orientan más hacia conversaciones que abran otras interpretaciones del pasado, el presente y el futuro. En el ámbito de la psicología, la posmodernidad ha dado origen a la tercera ola denominada humanista. Este paradigma está muy presente en la medicina familiar hoy, lo cual se ve reflejado en los principios de: centrado en las personas, continuidad y longitudinalidad de la relación, participación social con mirada antropológica, pertinencia cultural e inter-culturalidad.

Este paradigma da lugar al enfoque hermenéutico y narrativo, el cual se aplica en muchas intervenciones grupales o familiares que trabajan con el significado compartido y, por supuesto, con el trabajo comunitario centrado en el rescate de la identidad, valores y sueños. Se afirma que la realidad es construida socio-culturalmente; cada cosa que aparece en la conciencia individual tendría un origen en los sustratos culturales heredados y depositados en el individuo desde el mismísimo inicio del desarrollo neonatal. Esto aplicaría desde el desarrollo pre-verbal hasta la construcción de un universo simbólico¹⁶ que otorga sentido a todo lo que concebimos como real. Para conocer algo sería imprescindible conocer su contexto histórico y cultural. Para identificar la realidad sería imperdonable no identificar la perspectiva desde la cual se observa. Para afirmar algo, entonces, se requiere ser plenamente consciente de los constructos socioculturales que hay detrás, aspecto que se vuelve problemático, mostrándonos una delicada fisiología vulnerable de caer en otras formas de reduccionismo epistemológico.

Es muy importante mencionar a Rogers¹⁷, quien propone una actitud de profundo respeto por la dignidad humana, por la biografía de cada individuo y por el rescate del valor intrínseco de la persona, quien es finalmente dueña de su vida, su futuro y sus decisiones. El abordaje aquí se parece más al de un facilitador, un *coach*, que acompaña y ayuda a decidir en resiliencia. Es indudable que este enfoque impregna la medicina familiar desde sus inicios con una perspectiva humanista acompañadora de las realidades, cualesquiera que estas sean, y le da el sello que McWhinney propuso para nuestra disciplina.

En el ámbito de la consejería familiar la actitud cambia hacia una visión desde la cual no es tan importante conocer -diagnosticar- la estructura y dinámica familiar, sino que cobra primera relevancia el generar un vínculo, conocer las propias interpretaciones de sus vidas, hablar de necesidades y no de problemas, seguir atentamente el motivo de consulta y abrir conversaciones nuevas en las que los sujetos lleguemos a consensos y nos volvamos a narrar. Este abandono del pulcro diagnóstico se ve apoyado también por el enfoque cibernético de segundo orden que renuncia a conocer el sistema con exactitud y, acostumbrado al flujo infinito de información entre observador y observado, sólo pretende introducir ligeros cambios para un nuevo equilibrio del sistema. Volviendo al lenguaje posmoderno, dado que cada realidad es válida para su contexto, y que la familia porta su propia verdad y es responsable de su destino, el motivo de consulta resulta esencial, pues mostraría el único aspecto en el que nosotros podríamos, éticamente, intervenir. La metáfora humanista posmoderna es la horizontalidad, una mesa plana en que tú y yo interactuamos como seres iguales. Este lenguaje y óptica de la segunda persona, el "tú", que sumado al "yo" se transforma en el "nosotros", es lo que, según Wilber², diferencia a la posmodernidad de la modernidad -centrada en la tercera persona "ello(s)". Esta plataforma plana de interacción de sujetos intenta compensar la asimetría -y opresión- propia de los abordajes modernos que sitúan al observador, médico o gestor experto en un pedestal de privilegio. Pero, como veremos, es esta delicada simetría e igualdad la que se vuelve susceptible de una inflamación epistemológica.

El problema, como argumenta Wilber², es que los contextos culturales son deslizantes, es decir, se suceden unos tras otros desde el mismísimo inicio de la humanidad, y se proyectan hacia el futuro infinitamente. Cada momento histórico y contextual descubre

significados nuevos y pronuncia juicios -imposibles de evitar- con respecto a los anteriores³. Esto nos lleva por dos caminos, el primero, deconstruccionista, es pensar que todo conocimiento es una especie de mentira cultural, pues tarde o temprano se verá reemplazada por otra y desde aquí no nos queda más que afirmar que la verdad no existe, un nihilismo filosófico que borra con toda pretensión moral y ética. El segundo camino, construccionista, es contemplar estos contextos deslizantes como realidades culturales parciales que evolucionan generando conocimiento cada vez más amplio, es decir, verdades anidadas. Y la metáfora entonces ya no sería una mesa plana, sino una espiral tridimensional de realidades que se encadenan infinitamente. Otro aspecto problemático del abordaje posmoderno parece expresarse cuando el tiempo requerido para obtener la opinión de cada sujeto participante de cualquier diálogo sobrepasa los límites de los recursos, especialmente cuando no se llega a un consenso¹⁸. Para dialogar se requiere tiempo y espacio, y no es sorprendente entonces que éstos, propios del reino de la materia, sean los que entren en fricción con las pretensiones de la conciencia colectiva que busca reconocerse.

Otro proceso inflamatorio puede advertirse cuando esta mesa plana de interacción horizontal no deja ver las diferencias verticales de competencia, es decir, igualamos a todos los interlocutores independiente del rol e idoneidad con que éstos puedan realizar aportes. Y si la anti-jerarquía es suficientemente intensa, el avance y consenso termina siendo menos importante, incluso, que el solo hecho de expresar todas las opiniones y sentirse, una catarsis justa y necesaria, pero inefectiva si no se resguarda un equilibrio entre la preocupación por las personas y las tareas.

Otro ejemplo importante para el médico de familia es el enfoque de salud mental en atención primaria. Cuando la medicina familiar no reconoce su epistemología, o bien adopta una de carácter posmoderna igualitarista y se incorpora al trabajo de equipos psicosociales, las intervenciones suelen ser guiadas por las preferencias teóricas de cada terapeuta o las recomendaciones del psiquiatra de turno, dibujando un panorama asistemático y abierto a la repetición de intervenciones mono-epistémicas.

La posmodernidad, como postura ideológica, es contraria a la excelencia, las figuras destacadas, la competencia y las jerarquías, frente a lo cual intenta establecer una igualdad, es decir, una heterarquía. La agenda posmoderna busca liberar las voces sojuzgadas por las jerarquías opresivas, estimular el pronunciamiento de grupos y minorías silenciadas a través de la historia. Y hay que decir que este trabajo ha sido realmente necesario y notable, digno de ser alabado y apoyado. Pero si estas voces liberadas no son armonizadas bajo algún tipo de patrón, el resultado es un coro cacofónico. Las alabanzas a la diferencia, al pluralismo y al respeto por la diversidad cultural se transforman así en una *diferencitis*, *pluralitis* y *relativitis* incapaces de pronunciar algún juicio de valor. Cada quien con su verdad, cada grupo con su cultura, cada individuo con su preferencia pues el mundo te lo construyes tú -constructivismo- y tu cultura -construccionismo cultural-. Como cada verdad es válida en su contexto, y todos los contextos son iguales, ninguno mejor que otro, abdica de creer en una verdad universal. Pero este pronunciamiento sí sería una verdad universal, de lo contrario no puede aplicarse como cosmovisión. Este ha sido el argumento filosófico realizado por Skinner, Habermas y Taylor, entre otros², al relativismo posmoderno que, dicho de otro modo, niega la existencia de verdades transculturales, excepto la suya que

aplica a todos los pueblos. Pero, como afirman las ciencias de la complejidad -y aquí destaca el valor de contrastar epistemologías-, el universo entero está constituido por sistemas dinámicos que muestran un patrón común: jerarquías funcionales anidadas, lo cual aplica a lo bio, lo psico como a lo social. Una molécula es parte de una célula, que es parte de un organismo, que es parte de una familia, etc., y no al revés. Este orden estructural jerárquico se repite en el ámbito psicosocial, en donde tanto sistemas sociales como culturales muestran este funcionamiento. El desarrollo cognitivo, por ejemplo, muestra este patrón de complejidad¹⁹, en que un nivel de desarrollo sirve como unidad de funcionamiento al siguiente nivel, no es posible realizar operaciones formales sin haber desarrollado previamente el pensamiento operacional concreto y, a su vez, el pensamiento operacional formal sirve como herramienta de trabajo para el pensamiento post-formal²⁰. Lo anterior se aplica también al desarrollo moral²¹, de valores¹⁸, de la personalidad²², etc. La noción de desarrollo nos muestra un patrón que conecta y hace muy difícil sostener la igualdad universal que pretende la posmodernidad.

Habíamos dicho que la diferencia llevada al extremo deviene en *diversitis* y *relativitis*, caldo de cultivo perfecto para el despliegue del narcisismo. Cuando el panorama social se vuelve pluralista, abierto a todas y todos, y toda verdad es igualmente considerada, el yo emerge repleto de deseos e impulsos egoístas ejerciendo, como un imán, una fuerza imparable hacia todo aquello que le resulte atractivo, fenómeno descrito como *boomeritis*²³, una mezcla de alto desarrollo cognitivo pluralista con un escaso desarrollo emocional e impulsividad. Según la psicología evolutiva, el desarrollo psicosocial de los individuos transita desde una orientación egocéntrica -centrada en mis necesidades e intereses-, que luego se amplía a etnocéntrica -orientado no sólo al "yo" sino también al "nosotros" del grupo de origen (familia, tribu, país, etc.)-, y de allí hacia una etapa sociocéntrica, desde la cual los individuos desarrollamos valores universales como la solidaridad, la justicia o el mismo pluralismo, orientados hacia el "todos nosotros" de la sociedad en que participamos. No es lo mismo una cultura que promueve la esclavitud versus otra que promueve la democracia, no da igual una persona que promueva el diálogo frente a otra que insista en el monólogo, las preocupaciones sociocéntricas son más amplias que aquellas egocéntricas, la justicia para la humanidad es mejor que aquella aplicada a mi nación. Hay una diferencia evolutiva que apunta hacia delante; la psicología evolutiva muestra una direccionalidad inequívoca hacia el despliegue de etapas del desarrollo de la conciencia que intentan incluir cada vez más cosas y personas. Esta visión de profundidad y desarrollo es la que la posmodernidad omite en su mesa horizontal, y es por donde se fracturan sus pretensiones de igualdad. Pues no podemos negar que nuestro mundo está repleto de discursos egoístas, etnocéntricos, opresivos e imperialistas, que buscan silenciar, censurar, avasallar e incluso eliminar a sus adversarios políticos o extraños morales. Una actitud que destaque la diversidad e igualdad, que no se vea a sí misma como una alternativa o discurso superior, está destinada al fracaso. En otras palabras, una jerarquía opresiva -patológica- no puede ser subsanada mediante una heterarquía, sino sólo a través de una jerarquía funcional -fisiológica-. En el ámbito de la medicina, el positivismo absolutista que exige sólo evidencia cuantitativa necesita ser superado -jerárquicamente- por un neopositivismo maduro y abierto a otras perspectivas epistemológicas. Y lo importante es no negar por completo el discurso absolutista, sino tan sólo recortar su pretensión totalizante e incorporar sus

verdades y aportes. Así es como podemos identificar también un construccionismo extremo y otro moderado, un sistemismo extremo y otro moderado, etc.

El médico de familia, si pretende ocupar un rol activo y preponderante en el mundo actual, requiere asumir una perspectiva filosófica, política, valórica y epistemológica clara, firme y consciente de las jerarquías. Una postura que admita cierto grado de certeza positivista, cierto grado de incertidumbre compleja, cierto grado de relativismo pluralista, y afirmar su discurso como mejor a sus alternativas. Este manifiesto necesita de una actitud amorosa y respetuosa, en el sentido de validar los aportes de cada perspectiva y metodología, recortando sus absolutismos e incorporando sus verdades parciales, transformando la metáfora de la mesa horizontal por una espiral tridimensional en que la profundidad de la conciencia implicada es clave. Y bien. ¿Qué perspectiva histórico-filosófico-epistemológica aborda la conciencia, la profundidad y el amor?

Premodernidad y Premodernitis

El siguiente análisis supera el contexto histórico de la premodernidad y se mezcla con los períodos posteriores, pero el hilo conductor será la noción de conciencia, profundidad, desarrollo, subjetividad y espiritualidad, principios que se originan o se relacionan estrechamente con la sabiduría perenne milenaria.

Es de común conocimiento que la medicina nace hace miles de años como una arte práctico basado en la magia, la religión y la conciencia, y que por siglos la curación estuvo a cargo de sacerdote-chamanes. Esta faceta "mágica" de la medicina persiste de algún modo hasta nuestros días, y se postula que toda interacción entre seres humanos, en la cual se establece una relación de ayuda basada en el amor, puede ser considerada como sagrada o espiritual²⁴. La medicina en esos tiempos se basaba en la capacidad de estos médicos-chamanes de utilizar la conciencia como potencial de sanación. Se invocaba espíritus y fuerzas naturales y divinas, y el propio enfermo sanaba a través de ciertos estados de conciencia inducidos por todo tipo de técnicas. Tras siglos, estos métodos se han reproducido, refinado, ajustado y se siguen utilizando en todo el mundo a través de las medicinas alternativas, complementarias y/o integrativas, así como aquellas denominadas tradicionales o ancestrales. Estas medicinas de la conciencia persisten hasta nuestros días y en términos epistemológicos se les ha denominado fenomenología médica. La fenomenología es una perspectiva filosófica impulsada por Husserl, y su centro es considerar la realidad como la experiencia directa que se experimenta en el momento presente. "La cosa en sí misma", es la vivencia de los fenómenos tal como se presentan ante los sentidos, la mente y, como complementará la psicología transpersonal²⁵, el alma. Esto es lo que venimos argumentando como el yo en primera persona, la conciencia individual o el sujeto último, aquél que observa eternamente. Cuando penetramos en esta epistemología, nos damos cuenta de la importancia del aquí, el ahora, la atención plena -noción que condujo al desarrollo de *mindfulness*²⁶, y la valiosa capacidad que tiene el ser humano de mirarse, sentirse y realizar una introspección o contemplación de sí mismo. Un aspecto importante de esta perspectiva es que el instrumento de observación es siempre uno mismo, la experiencia nunca está fuera de la conciencia individual, por lo tanto, cualquier verdad afirmada desde aquí debe ser corroborada en la experiencia interior, sería

un empirismo fenomenológico. Así como el biólogo requiere años de estudio y práctica en un laboratorio para poder observar los organelos intracelulares y comprender su funcionamiento -allá afuera-, el místico requiere años de estudio y práctica contemplativa para poder observar aquellas verdades del alma y su respectiva dinámica -aquí dentro-. Ambos científicos -de la biología y la teología- resultan ser empiristas, pues lo que se busca es corroborar las verdades a través de la experiencia y la percepción; la primera lo hace con la conciencia de los sentidos y la segunda con aquella que alberga el alma. Claro está, resulta fácil y natural acceder a los sentidos, mientras que acceder a la percepción del alma requiere más tiempo y práctica. Pero lo cierto es que ambas verdades son reveladas a través de ciertas metodologías que se corresponden con perspectivas epistemológicas distintas, la primera corresponde a la perspectiva de la objetividad, la segunda, la **subjetividad** -en primera persona-. Ambos observadores deben corroborar sus hallazgos con maestros que hayan seguido adecuadamente los pasos anteriores, y encontrarán validación o falsación según los criterios de aquella comunidad científica o conocedora de su disciplina.²⁷ De esta manera podemos advertir cómo se entrelazan las metodologías de la individualidad con aquellas de la colectividad a través de una relación dialéctica. Si el médico de familia de hoy pretende aplicar una perspectiva amplia en su aproximación al conocimiento humano, debiera reconocer y validar aquellas verdades reveladas por el paradigma fenomenológico en primera persona de la medicina premoderna y, por supuesto, estar dispuesto a recortar el absolutismo que aquí también se produce y que comentaremos más abajo.

Sin corresponder esencialmente al conocimiento premoderno, existe una manera de aproximarse a las realidades de la conciencia subjetiva a través de un observador externo -enfoque moderno-, que adopta la modalidad de ciencia cualitativa, denominado estructuralismo.⁷ Este método, impulsado por Baldwin y seguido por Kohlberg, Maslow, Graves, etc., se encuentra en las bases de la psicología evolutiva. Ella se encarga de categorizar las respuestas de los sujetos en estructuras de conciencia evolutivas, las cuales muestran, sorprendentemente, un patrón bastante predecible. La medicina familiar ha tomado de aquí sólo algunas cosas, entre las cuales destacan la teoría psicosocial del desarrollo de la personalidad²², que conduce a la teoría del ciclo vital individual, y la teoría del ciclo vital familiar³. Pero la psicología evolutiva tiene muchas otras aristas muy interesantes para la medicina familiar, las cuales nos muestran caminos por los cuales el ser humano se desarrolla. Por citar algunos ejemplos: desarrollo moral de Kohlberg²¹, desarrollo de la fe de Fowler³⁰, órdenes de conciencia de Kegan³¹, desarrollo de valores de Graves, Beck y Cowan¹⁸, entre muchas otras. En especial esta última teoría, más conocida como Dinámica Espiral, nos muestra cómo el asunto del debate de valores no ocurre en una plataforma plana, sino que evidencia un despliegue en forma de espiral que aporta con una mirada de profundidad de cada perspectiva, desde lo egocéntrico, hacia lo etnocéntrico, hacia lo sociocéntrico, hacia lo kosmocéntrico -valores aplicados a todos los seres sensibles-. Entonces, cada vez que la medicina familiar pretenda abordar un tema deberá considerar no sólo la perspectiva epistemológica, sino además la profundidad evolutiva o altitud de la conciencia implicada. Dirección -perspectiva- y altitud -desarrollo-, dos coordenadas esenciales para hablar de conocimiento hoy, según Wilber⁷.

La teoría de órdenes de conciencia de Kegan³¹, psicólogo de la Universidad de Harvard, nos dice algo fundamental para responder a la pregunta que encabeza este ensayo. Señala: "El sujeto de un momento se transforma en el objeto del sujeto del momento siguiente". Aquí la noción de objeto se amplía, pues se refiere a todo aquello de lo que somos conscientes, sean realidades objetivas o subjetivas. Aquello que soy capaz de ver está determinado y supeditado por el sujeto u observador que soy, la identidad, y en un futuro aquellas estructuras de conciencia desde las que miro se convertirán en aspectos de mi mundo de objetos o de mi "yo" que soy capaz de ver y, por lo tanto, gestionar. Nunca somos capaces de ver al observador, así como jamás seremos capaces de mirar nuestra propia retina, a menos que contemos con un espejo, que es el mundo, el objeto. Ocuparemos más adelante esta teoría para esbozar una epistemología integral de la medicina familiar.

Siguiendo la lógica de la profundidad, debemos completar el panorama con aquellas perspectivas que han desarrollado el conocimiento pre-personal y trans-personal. Jung^{32,33}, entre otros psicólogos de la sombra y el inconsciente -lo pre-personal-, nos enseñan que: la mente humana emerge desde la biología portadora de impulsos, instintos, deseos y automatismos; el reino de las imágenes, sueños e intuiciones, además de los conflictos interpersonales, son vías para el contacto con esa sombra; aquellos aspectos no digeridos o bien no integrados a la experiencia consciente se acumulan generando síntomas; todas las personas deben atravesar un período de estructuración de la personalidad que significa montarse por sobre las realidades biológicas gestionándolas -reprimiéndolas- de un modo variable de acuerdo a la cultura; esta sombra es proyectada al mundo como aquellos aspectos que nos llaman poderosamente la atención despertando toda clase de emociones y conflictos, lo anterior no significa que en el mundo no existan problemas sino que hay un ingrediente adicional de carga emocional y conflicto que depende del psiquismo y su biografía. La integración de la sombra, y la relación saludable y creativa con ella, sería el objetivo de desarrollo del yo, que luego puede proyectarse hacia realidades espirituales trans-personales. Esto queda bien reflejado en la psicosis de Assagioli: "El edificio de nuestro psiquismo no está compuesto sólo de un subsuelo en mal estado que necesita ser restaurado, sino que también hay diversos niveles más altos y, sobre todo, hay un ático luminoso y amplio en el que se reciben los rayos vivificantes del Sol y en el cual, a la noche, se pueden contemplar las estrellas"³⁴. Lejos de ser una perspectiva pesimista, la comprensión del inconsciente nos permite acercarnos de frente al lado oscuro de la humanidad y darle un sentido más profundo y evolutivo. Una adecuada comprensión del largo proceso de desarrollo humano debe incluir aspectos relacionados con la sombra pues, de lo contrario, "...lejos de mejorar el mundo sólo lograremos pelearnos con aquello que queremos cambiar"³⁵. Una medicina familiar que conozca las diferentes vertientes de la psicología, el conductismo, el psicoanálisis, el humanismo y la ola trans-personal, estaría en mejores condiciones de posicionarse tanto en equipos de salud mental como en las estrategias y decisiones de política pública que se relacionen con el desarrollo humano y la salud.

Desde una perspectiva trans-personal, se puede complementar lo que sucede en la relación mente-alma. La exposición a injurias biológicas es inevitable, así como la enfermedad del cuerpo. Ante esto la mente genera un significado y, junto con emprender tratamientos físicos, busca el sentido. Siempre enfermaremos del

cuerpo y envejeceremos, pero los significados que alcancemos de esas experiencias están abiertos al entramado biográfico y cultural, lugar en donde la enfermedad cobra sentido. Siempre es posible darle un significado a la enfermedad, y sabemos muy bien que a mayor sentido, mayor bienestar, felicidad y esperanza. Este sentido es el que nos recuerda Novoa³⁶, médico de familia y bioeticista español, investigador del pensamiento epistemológico en médicos, al diferenciar el rigor de lo técnico con la relevancia de lo clínico, esto último muy relacionado con lo que es importante para el paciente. Esta importancia es el significado y el sentido, desde donde, y con la ayuda de la técnica y la evidencia, se han de tomar decisiones. Y esto no termina allí, porque esta relación de subordinación del sufrimiento somático al significado psicosocial, se reproduce cuando el padecer psicopatológico cobra un sentido espiritual transformador ante los ojos del alma. Cuando la conciencia de un individuo contempla los pensamientos desde el sutil y amoroso espacio del alma, el conflicto mental se vuelve tan pequeño como lo sería un panadizo para la mente. Desde aquí podemos plantear una medicina que podría llamarse “la enfermedad como camino”, perdiendo importancia las listas de prevalencia de enfermedades o causas de muerte, pues sería el sentido único e irrepetible que cada persona le da a su padecer lo que puede no sólo orientar mejor la actitud médica, sino que además permitiría la transformación de la vida de un individuo. Pero esta “confianza en la conciencia sanadora” no es inmune a la inflamación epistemológica.

El paradigma de la conciencia fenomenológica originado en la premodernidad también puede presentar absolutismos. Las teorías y metodologías del hombre premoderno carecían de la tecnología de hoy, no conocían sobre el método científico, la biología, el cerebro, los neurotransmisores, etc., como tampoco eran conscientes de la construcción de los sustratos culturales en los que se movían -muchos terapeutas alternativos de hoy tampoco-, pues no existía la ciencia cualitativa ni se contaba con un mundo globalizado. Lo que ellos poseían era su conciencia individual, y un tiempo muy largo para observar cada una de las manifestaciones del desarrollo de la conciencia del yo en primera persona. Esta comprensión del desarrollo es quizá el legado más importante de la sabiduría premoderna, la cual pone énfasis en los niveles evolutivos de la conciencia desde una aproximación fenomenológica. El modo inflamado de la perspectiva premoderna consiste en persistir en la magia, el mito y la meta-física desencarnada. Ya no es posible afirmar, sin más, que Jesús convirtió el agua en vino, como ya no es posible afirmar, sin más, que Dios habita en lo alto fuera del mundo físico, como tampoco podemos seguir afirmando que la enfermedad es producto de fuerzas demoníacas o pecados de otras vidas, sin más. Como tampoco podemos afirmar que el contenido de la conciencia individual -lo que siento y pienso- es de carácter divino y eterno, pues cada religión encuentra contenidos diferentes para sus observaciones místicas, lo cual, desde una aproximación posmoderna, resulta en evidente relación con los sustratos culturales en que han habitado. La conciencia, si ha de ser proclamada como algo divino y eterno, debería ser trasladada a un nuevo sujeto real emergente, transcultural, transracional y más parecida a un “vacío grávido”²⁸ que a un conjunto de imágenes o arquetipos de deidades antropomorfas. La inflamación premoderna es, entonces, la magia y el mito literal, en conjunto con la ausencia de pruebas de falsación del conocimiento, es decir, una fe mantenida lejos de la ciencia o cualquier forma de pensamiento crítico. Esta *premodernitis* puede manifestarse también como un exclusivismo²⁹, en donde la perspectiva de la religión y la espiritualidad en la clínica médica se

produce sólo a través de una visión religiosa monocular; la sanación espiritual se da sólo por el camino de una creencia o técnica en particular lo que, frecuentemente, es inconsciente para el terapeuta. Un médico de familia que no sea consciente de estas precauciones puede caer fácilmente en un absolutismo de medicinas de la conciencia, desestimando la importancia de la evidencia, la cultura y los sistemas.

DISCUSIÓN Y SÍNTESIS

¿Desde *dónde* puede mirar, integralmente, la medicina familiar?

Aplicando la teoría de órdenes de conciencia de Kegan descrita más arriba, podríamos señalar que cuando una persona observa el mundo desde una epistemología, puede hacerlo inconsciente o conscientemente. En el primer caso, esa epistemología ocupa la estructura del sujeto -o bien el sujeto adopta la estructura del pensamiento de esa perspectiva epistemológica- y observa el mundo desde allí. Si un individuo no dice nada sobre su perspectiva significa probablemente que no es consciente de ella. Un ejemplo cotidiano podría ser el profesional pro medicina basada en evidencia que no habla de positivismo sino sólo de evidencia, y es el positivismo el que ocupa el espacio del sujeto, es el positivismo quien observa a través del sujeto -esto es coherente con la teoría de sistemas autopoéticos de Luhmann, la cual afirma que los sistemas sociales se componen de ideas, mientras que las personas somos su entorno-. Este profesional no puede ver el positivismo, pues está viendo desde allí. En cambio, si es el segundo caso -epistemología consciente-, una persona puede afirmar una verdad o realidad -un objeto- aclarando inmediatamente desde donde está mirando. De esa manera el debate se vuelve más claro y profundo, más epistémico. Sería el caso que el profesional dijera “la evidencia dice esto, pero debemos contrastarlo con otras perspectivas, qué opina el paciente, qué es más ético...”, dejando la puerta abierta a contextualizar la evidencia objetiva con las impresiones e inclinaciones subjetivas e intersubjetivas -en el sentido inicial de objetividad y subjetividad-. Pero aun si se adopta una perspectiva epistemológica conscientemente, ésta podría asumir un carácter absolutista o relativo, en el primer caso se reduce todas las demás verdades a su paradigma, un ejemplo sería “claro que existe la conciencia, pero corresponde a la actividad de transmisión neuronal” o bien “la evidencia no existe, la objetividad no existe, todo lo relativo al ser humano es producto de intereses y valores en juego”, desde un absolutismo socio-crítico. La segunda alternativa -perspectiva epistemológica relativa o abierta- parece más prudente, que es considerar el conocimiento como relativo y limitado a la perspectiva en uso, es decir, cierto pero parcial. “Desde una mirada sistémica la sobreprotección de la madre se relaciona con la ansiedad del niño, quien además presenta factores de riesgo biológicos de conducta”, sería un ejemplo bi-epistemológico en que cada perspectiva aporta con lo suyo. Este “y” epistemológico es clave para el médico de familia.

El desafío de la medicina familiar, desde mi perspectiva, es transformar sus estructuras actuales de observación, el sujeto de Kegan, en objetos que pasen a ser herramientas de observación, lentes que el médico de familia puede utilizar para mirar distintas cosas y de distinta manera. Esta visión de múltiples sistemas de observación es denominada meta-sistemática y, según el conocimiento del pensamiento post-formal²⁰, se continuaría con un pensamiento paradigmático y trans-paradigmático. Como

vemos, los teóricos de la cognición y la conciencia nos revelan una evolución de las perspectivas hacia un entramado cada vez más complejo y profundo. Considero que el médico de familia actual requiere ser consciente de dos lentes de uso habitual: el sistemismo inter-objetivo moderno y el construccionismo inter-subjetivo posmoderno. En especial este último, que amenaza con paralizarlo y desdibujarlo desde su forma inflamada de *relativitis*.

A través de este ensayo se ha tratado de reflejar el aporte que han realizado tres momentos históricos de la humanidad al conocimiento epistemológico: la premodernidad aportó con la profundidad evolutiva de la subjetividad, la modernidad lo hizo con el método objetivo y la complejidad dinámica inter-objetiva, y la posmodernidad con la perspectiva inter-subjetiva. La revisión anterior puede quedar bien sistematizada en lo que Wilber denomina pluralismo metodológico integral³⁷, matriz epistemológica de óctuple entrada que, según el autor, generaría espacio suficiente para que cada metodología pueda revelar zonas diferentes del Kosmos, evitando el asedio de las demás. Al situar a este mapa como objeto epistemológico se permite que sea el sujeto del momento siguiente, parafraseando a Kegan, quien determine cómo usarlas. Pero el sujeto emergente no está solo, le acompaña una cultura emergente, un sistema emergente y una evidencia emergente, es decir, la realidad es, al menos, tetra-emergente⁷. Pero no debemos confundir la teoría con la realidad, el Logos con el Kosmos, es decir, ninguna teorización sobre la realidad puede ni debe ser proclamada como la verdadera, la única o la última, pues, como venimos señalando, la clave está en la apertura epistemológica reflexiva.

Muchas controversias epistemológicas pueden ser entendidas como el choque de distintas perspectivas que explican el mundo. Y no es de extrañar, pues cada una de estos enfoques podría ser usado para explicar la totalidad de la realidad. Todo puede ser visto y explicado como materia y energía, así como todo puede ser observado y analizado como sistemas inter-dependientes, al igual que todo puede ser entendido como textos culturales, así como todo puede ser percibido en la conciencia fenomenológica del aquí y ahora. ¡Cada enfoque está en lo cierto al describir el mundo entero! Entonces, el desafío de apertura epistemológica sería el ser conscientes de la relación totalidad/parcialidad que hay en cada forma de conocimiento. Esta tensión entre lo total y lo parcial, o la unidad y la multiplicidad, deviene en actitud reflexiva permanente. Pero esta racionalidad reflexiva no cuelga en el aire, sino que se encuentra encarnada en un cuerpo físico y biológico, y requeriría de una modalidad emocional amorosa como fundamento para albergar la duda, requisito indispensable para la reflexión, sin sucumbir en el intento. Pero el impulso del amor no es sólo biológico y racional, sino que se proyecta con fuerza hacia el terreno espiritual y asume la modalidad de un proyecto de trascendencia la cual, a mi juicio, es lo único que nos puede brindar un punto de encuentro genuino, más allá de la diversidad religiosa, filosófica y epistemológica, más allá de la mesa plana de la posmodernidad. Tres ingredientes se proponen, entonces, para una epistemología integral y renovada de la medicina familiar: **amor, reflexividad y trascendencia**. Estos tres elementos se corresponden con el cuerpo, la mente y el alma, tres niveles del ser heredados del conocimiento premoderno y que, subsanadas sus inflamaciones, pueden actualizar la evolución del conocimiento humano y la mirada de la medicina familiar, hoy.

El médico de familia es un conector de realidades, vincula procesos muy disímiles unos con otros, media el trabajo del neurocirujano con el del componedor de huesos, integra las visiones del gestor con las del paciente, es el mediador de la familia con el sistema de salud, de la comunidad con la individualidad, de la persona con la técnica. El médico de familia está en el medio de muchos procesos, en el ojo del huracán, y sin una conciencia fuerte y clara de quién es, quién puede ser, y cómo conoce, corre el riesgo de sucumbir. Sin un conjunto coherente de perspectivas filosóficas, epistemológicas, valóricas y prácticas, le será difícil sostener el ritmo del huracán. “El médico de familia será revolucionario, o no será nada”³⁸. Este huracán es, en cierta forma, la tensión entre perspectivas que se anulan unas a otras, como lo hace el hombre moderno con el premoderno, a quien descalifica por no ser científico. Tal como el hombre posmoderno descalifica al moderno por no ser consciente de las perspectivas y constructos. Así como el hombre de orientación premoderna de hoy puede tildar a aquellos modernos y posmodernos de superficiales o inferiores. Pero el ser humano integral pos posmoderno tiene la oportunidad de recoger a estos tres seres en pugna, comprenderles, cuidarles las heridas y asegurarles un espacio en el que sus valores y mundos trascendentes sean respetados, bajo la forma de una relación amorosa, esperando que en algún momento comprendan por ellos mismos la evolución infinita del conocimiento y la vida. El médico de familia del futuro debe enfrentarse a esta tarea componedora de la memoria del conocimiento y conciliadora de visiones en fricción, debe recibir las críticas de estos distintos frentes y responder inteligente y amorosamente, intentando comprenderles e integrarles, tal como lo hiciéramos desde siempre con nuestros hijos. La actitud compasiva y amorosa ha sido la única estrategia eficaz en llevar adelante la convivencia social y la mismísima evolución de la vida, una actitud dispuesta a mostrar la fragilidad y sensibilidad, consciente de la propia limitación y, sobre todo, asumiendo una apertura epistemológica que permita la llegada de nuevos enfoques, más completos, más profundos e integrales, como hijos nuevos que nos trascenderán. Este nuevo médico de familia requerirá de una actitud mental que pavimente el tránsito del amor pre-racional hacia el Amor trans-racional, sobre una carretera de racionalidad madura y reflexiva. Para esto necesitará de una inteligencia ágil frente a la complejidad, y una sensibilidad simple y profunda, frente al dolor. Es un gran desafío pero, después de todo, fuimos nosotros mismos quienes nos arrojamos a este apasionante camino, lleno de incertidumbre, colmado de dolor y pasión, como la vida misma. Finalmente fuimos nosotros, nuestro Sujeto último, quien decidió emprender una medicina abierta a la Vida, y como dijera Jung³⁹: “Conozca todas las teorías, domine todas las técnicas, pero cuando toque un alma humana, sea sólo un alma más.”

REFERENCIAS

1. Garretón J. Espacio, Devenir y Rescate del Tiempo. Santiago de Chile: ChileAmerica CESOC, 2002.
2. Wilber K. Sexo, Ecología y Espiritualidad. 2° ed. Madrid: Gaia, 2005.
3. Mc Daniel SH, Campbell TL. Orientación Familiar en Atención primaria. Barcelona. Springer-Verlag Ibérica. 1998.
4. Morin E. Introducción al Pensamiento Complejo. Barcelona: Gedisa. 2007
5. Morin E. Educar en la Era Planetaria. Barcelona: Gedisa. 2003.
6. Morin E., Los siete saberes necesarios para la educación del futuro. UNESCO. [Internet] Disponible en <http://www.rsu.uninter.edu.mx/doc/EdagarMorin.pdf> (Última entrada: 25 noviembre 2016)
7. Wilber K. Espiritualidad Integral. 1° ed. Barcelona: Kairós. 2006.
8. Rodríguez D, Torres J. Autopoiesis, la unidad de una diferencia: Luhmann y Maturana. Sociologías, Porto Alegre. 2003;5(9):106-140.
9. Breilh J. La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. Salud Colectiva. 2010; 6(1):99.
10. Waitskin H. Un siglo y medio de olvidos y redescubrimientos: las perdurables contribuciones de Virchow a la medicina social. Medicina Social. 2005;1:1
11. Torres M. Necesidad de una nueva epistemología para una nueva práctica de salud pública. En: Betancourt Z, Hermida C, Noboa H, Rodrihuez S. (eds.) La salud y la vida. Edmundo Granda Ugalde. Volumen 3. Quito, 2011.
12. Breilh J. La subversión de la retórica del buen vivir y la política de salud. Tendencia. 2012:8.
13. Maturana H. El Sentido de lo Humano. 10° ed. Santiago de Chile: JC Saez editor, 2008.
14. Bloch S. Al Alba de las Emociones. Santiago de Chile: Uqbar editores, 2009.
15. Scheler M. El saber y la cultura. Buenos Aires: La pléyade. 1972.
16. Berger P, Luckmann T. La Construcción Social de la Realidad. Buenos Aires: Amorrortu. 1986.
17. Rogers C. The processes of therapy. Journal of Consulting Psychology. 1940;4(5):161-164.
18. Beck D, Cowan C. Spiral Dynamics: mastering, values, leadership & change. Blackwell Publishers. 1996.
19. Martín García A. Más allá de Piaget: cognición adulta y educación. BIBLID. 1999;11: 17-19. [Internet] Disponible en <http://rca.usal.es/index.php/1130-3743/article/download/2845/2880>
20. Commons M., Richards F. Four postformal stages. En J. Demick (Ed.), Handbook of adult development. New York: Plenum, 2003.
21. Kohlberg L. Moral stages and moralizations. Citado en: Laurence Kohlberg: Teoría y práctica del desarrollo moral en la escuela. Rev Interuniv Form Prof. 1989.
22. Bordington N. El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto. Revista Lasallista de Investigación. 2005.
23. Wilber K. Boomeritis, un camino hacia la liberación. Barcelona. Kairós. 2004.
24. Stern A, Tasman A. Spirituality in primary care mental health. En: Ivbijaro G, (Ed.) Companion to Primay Care Mental Health. 1a ed. New York: Radcliffe Medical Press Ltd; 2012.
25. Wilber K. Psicología Integral. 5° ed. Barcelona. Kairós. 2010.
26. Kabat-Zinn J. Mindfulness en la vida cotidiana, donde quiera que vayas, ahí estas. Barcelona. Paidós. 2009.
27. Wilber K. El Ojo del Espíritu. 3° ed. Barcelona: Kairós, 2005.
28. Boff L. El Cristo cósmico: una espiritualidad del universo. [Internet] Disponible en <https://leonardoboff.wordpress.com/2016/09/28/el-cristo-cosmico-una-espiritualidad-del-universo/> (Última entrada: 25 noviembre 2016)
29. Zinnbauer C, Pargament D. En Rivera A, Montero M. Ejercicio clínico y espiritualidad. Anales de psicología. 2007;23(1):125-126.
30. Fowler J. Stages of Faith: The Psychology of Human Development and the Quest for Meaning. San Francisco: Harper&Row;1981.
31. Kegan R. The Evolving Self, problem and process in human development en Soler D, Clínica Contemporánea. 2016;7(1): 23-36 [Internet] Disponible en <http://dx.doi.org/10.5093/cc2016a2>
32. Zweig C., Abrams J. eds. Encuentro con la Sombra. Barcelona: Kairós, 1991
33. Oporto L. Una Arqueología del Alma: Ciencia, Metafísica y Religión en Carl Gustav Jung. Santiago de Chile: Universidad de Santiago de Chile, 2012.
34. Assaglioli R. Psicosisntesis Counseling. Roberto Assaglioli y la Psicosisntesis. [Internet] http://www.psicosisntesiscounseling.com/psicosisntesi_esp.asp (Última entrada: 25 noviembre 2016)
35. Ray R. La Política de Buddha. Citado en Díaz G. Espiritualidad, Política e Ignorancia. Co.incidir . 2014;4:15 [Internet] Disponible en: <http://es.slideshare.net/maliciapino/revista-coincidir-n-4>. (Última entrada: 25 noviembre 2016)
36. Novoa A. No Gracias. Crítica epistemológica a las guías de práctica clínica. Disponible en [Internet] <http://www.nogracias.eu/2015/11/22/critica-epistemologica-a-las-guias-de-practica-clinica-por-abel-novoa> (Última entrada: 25 noviembre 2016)
37. Saiter M. Universal Integralism: Ken Wilber's Integral Method in Context. The Humanistic Psychologist. 2009; 37(4):307-325.
38. Acuña M. Ponencia en Congreso de la Federación Argentina de Medicina Familiar y General. 2014.
39. Jung CG. Wikiquote. Carl Gustav Jung. [Internet] Disponible en https://es.wikiquote.org/wiki/Carl_Gustav_Jung (Última entrada: 25 noviembre 2016)