

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS



Cátedra de
MEDICINA ANTROPOLÓGICA

Manual de Contenidos Teóricos



PERIODO LECTIVO 2015



Autoridades de la Facultad de Ciencias Médicas

Decano

Prof. Dr. Marcelo A. Yorio

Vice Decana

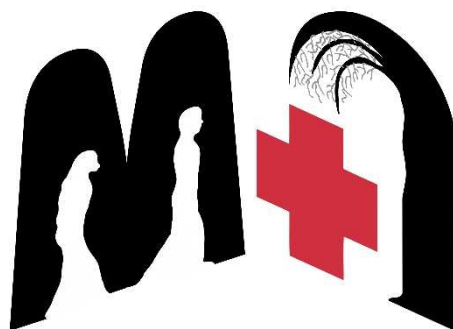
Prof. Dra. Marta Fiol de Cuneo

Secretaria Académica

Prof. Dra. Nelly Barrionuevo Colombres

Secretario Técnico

Med. Mgter. Rogelio Pizzi



Profesor Titular

Dr. Eduardo Halac

Profesora Adjunta

Dra. Lic. Silvina M. Trucchia

Profesores Asistentes

Instructor Docente

Agregados

Med. Maira Avila

Med. Oscar Lazzuri

Med. Sandro Rodriguez

Lic. Nora C. Krabbe

Med. Andrea Gianello

Lic. Jorge H. Manrique

Med. Adriana B. Meletta

Med. Héctor Pedicino

Lic. Eduardo Patiño Porcel

Med. Carmen M. Roqué

Med. Martín Roqué

Lic. Mónica Sabadías

Secretario de la Cátedra

Sr. Juan D. Pérez Lucero

Logo de página anterior: la mano enguantada y con estetoscopio, brinda los conocimientos modernos a la mano sin guantes, pero recibe de ella las piedras de la sabiduría, que por tantos milenios han contribuido al bienestar humano.

Autores Invitados

Lic. Mgter Marta B. Melo

Psicóloga, Investigadora de la Escuela de Salud Pública
Universidad Nacional de Córdoba

José M. Olmas

Médico Obstetra.
Jefe de Guardias del Hospital materno Provincial
Profesor Adjunto. Cátedra de Obstetricia y Perinatología II
Universidad Nacional de Córdoba

Ricardo T. Ricci

Médico Clínico.
Profesor de Humanismo en Medicina, y Antropología
Universidad Nacional de Tucumán

ÍNDICE

	Pág.
Programa	7
Condiciones generales de cursado	9
Introducción	11
Unidad 1: Medicina antropológica y su objeto de estudio	
Antropología general. Definición y concepto.....	13
¿Para qué estudiar medicina antropológica?	19
Ciencias sociales y praxis médica.....	26
Medicina Antropológica.....	28
Antropología y sus divisiones.....	39
Actividades Prácticas.....	42
Unidad 2: La Medicina en la Historia	
Historia del conocimiento médico: la enfermedad y su enfoque en la historia de la medicina.....	43
Medicina Mágica-Teúrgica/ Medicina Primitiva.....	44
Medicina Sacerdotal o De las Culturas Antiguas.....	45
Medicina en la Antigüedad Clásica.....	47
Medicina Medieval.....	50
Medicina del Renacimiento	52
Medicina de la Edad Moderna.....	54
Medicina del siglo XIX.....	56
Medicina Integral.....	59
Medicina en Argentina.....	59
Antecedentes Históricos de la Facultad de Medicina de Córdoba (FMC).....	62
Actividades Prácticas.....	66
Unidad 3: Evolución y desarrollo	
Introducción.....	67
Medicina y Psicología.....	68
La Conducta humana.....	71
Personalidad.....	74
Evolución y desarrollo.....	77
Crecimiento, desarrollo y maduración.....	94
Hipótesis de Barker.....	110
Funciones Psicobiológicas.....	114
Psicología y salud.....	116
Actividades Prácticas.....	118
Unidad 4: Salud y enfermedad	
Salud - enfermedad: definiciones y conceptos generales.....	121
Determinantes de la salud.....	124
Historia natural de la enfermedad.....	126
Percepción subjetiva de la enfermedad (sentirse enfermo y/o estar enfermo).....	127
Paradigmas en salud - Modelos biomédico e integral.	131
Actividades Prácticas.....	138

Unidad 5: Medicina y cultura

Cultura.....	140
Métodos de estudio y estrategias de investigación.....	143
Cultura y Sociedad.....	145
Modelos teóricos en Antropología Cultural.....	148
Cultura y Salud.....	152
Factores culturales y recuperación de la salud.....	156
Educación para la Salud.....	160
Actividades prácticas.....	163

Unidad 6: Diversidad cultural

Diversidad cultural, conceptos generales.....	166
Pueblos Indígenas, historia y definición.....	168
Salud e interculturalidad.....	176
Diversidad de género y desarrollo evolutivo de la sexualidad humana.....	178
Actividades Prácticas.....	189

Unidad 7: Filosofía, moral y principios de Ética en medicina

Introducción al estudio de la Filosofía en Medicina.....	192
Filosofía: definición y orígenes.....	195
Principales corrientes de pensamiento filosófico.....	199
Breve glosario de términos filosóficos.....	207
Ética y moral.....	209
Bioética (definiciones y alcances).....	223
Dolor y sufrimiento humano.....	226
Cuidados paliativos.....	231
Alfabetización médica.....	233
Actividades Prácticas.....	236

Unidad 8: Medicina, artes y humanidades

Medicina: Arte y humanidades.....	240
Medicina Narrativa.....	243
Humanismo en Medicina.....	249
La pintura y las bellas artes en Medicina.....	254
Musicoterapia.....	258
Actividades prácticas.....	261

Unidad 9: Medicina y Sociedad

La Sociología y su relación con la Medicina y la Salud Pública.....	265
El hombre como sujeto social.....	268
Sistema social: factores de estabilidad y cambio.....	269
Anomia.....	271
Pobreza y salud.....	272
Familia.....	277
Configuraciones familiares actuales.....	279
Redes familiares en el contexto comunitario.....	284
Violencia.....	286
Propuestas para analizar en salud: Trabajo interdisciplinario y Resiliencia.....	299
Actividades prácticas.....	305

Programa

Guía de Contenidos

Unidad 1: Medicina antropológica y su objeto de estudio

Antropología general. Definición y concepto. La ciencia y el arte de la medicina. ¿Para qué estudiar medicina antropológica? Medicina antropológica: definiciones. Ciencias sociales y praxis médica.

Unidad 2: La Medicina en la Historia

Orígenes de la práctica médica. Historia del conocimiento médico: la enfermedad y su correspondiente enfoque a lo largo de la historia de la medicina. Hipócrates y la escuela de Cos. Galeno. Claude Bernard y la Medicina científica.

Unidad 3: Evolución y desarrollo

Evolución y creacionismo. Carlos Darwin y el post darwinismo. Periodos geológicos. Mamíferos, primates, homínidos. Etnias y razas. Filogenia y ontogenia en el ser humano. Concepto de crecimiento y desarrollo: crecimiento prenatal. Crecimiento posnatal. Desarrollo. Maduración. Adultez. Evolución y cognición. La hipótesis de Barker. Sexualidad humana. Psicología y salud: conducta, personalidad, temperamento. Características evolutivas durante el ciclo vital.

Unidad 4: Salud y enfermedad

Salud: definiciones y conceptos generales. Salud y enfermedad como proceso. Historia natural de la enfermedad. Modelos biomédico e integral. Paradigmas en salud.

Unidad 5: Medicina y cultura

Cultura: definiciones y conceptos. Antropología cultural. Métodos de estudio e investigación. Cultura y medicina. El ser humano y su cultura. Cultura y salud. Estilos de vida. Factores culturales en la recuperación de la salud. Educación y salud.

Unidad 6: Diversidad cultural

Concepto. Diversidad de las personas y de las poblaciones. Importancia en Medicina. Los Pueblos Originarios: definición e historia. Creencias y prácticas culturales. Sistemas de salud en culturas originarias. Diversidad de género: disforias. Medicina y los grupos GLBT (gay-lesbianas-bisexuales-transgénero).

Unidad 7: Filosofía, moral, y principios de ética en medicina

Filosofía y ciencia: la ciencia médica. Filogenia y ontogenia. Epistemología. Moral y moralidad de las intervenciones drásticas. Ética: principios generales. Cuidados paliativos.

Unidad 8: Medicina, artes y humanidades

Medicina: Arte y ciencia. Las expresiones artísticas. Literatura y medicina. Medicina narrativa. Comunicación. Musicoterapia.

Unidad 9: Medicina y Sociedad

La Sociología y su relación con la Medicina y la Salud Pública. El hombre como sujeto social. Sociedad, Instituciones y Comunidad. Integración. Factores de cambio social. Anomia. Pobreza y salud. Familia. Modelos de constitución familiar. Estructura familiar. Redes familiares en el contexto comunitario. Violencia: de género; escolar; bullying.

CÁTEDRA DE MEDICINA ANTROPOLÓGICA

CONDICIONES GENERALES DE CURSADO

CICLO LECTIVO 2015

FECHA DE PARCIALES Y RECUPERATORIOS-2015

Primer Parcial: Semana del 26 al 29 de Mayo

Segundo Parcial: Semana del 25 al 28 de Agosto

Tercer parcial: Semana del 13 al 16 de Octubre

Recuperación de parciales: Semana del 20 al 23 de Octubre

ALUMNOS PROMOCIONALES

a. Exámenes Parciales: 3 (tres)

Aprobación con nota = 8 (ocho) o más en cada uno de los 3 (tres) Parciales.

Las notas entre parciales **no** se promedian.

b. Asistencia 80% de Trabajos Prácticos.

c. Los teóricos se dictarán semanalmente. Si bien no son obligatorios, en ellos se imparten conocimientos generales sobre la materia y como estudiarla.

Recuperatorio para Alumnos Promocionados: El Alumno podrá recuperar **hasta 2 (dos) exámenes parciales**, únicamente por motivo de enfermedad debidamente justificada, presentando certificado expedido en Bienestar Estudiantil (Artigas 145).

Evaluación final de alumnos promocionados: Obtener 8 (ocho) puntos o más, en cada uno de los tres parciales.

Para acceder a la promoción los alumnos deberán tener aprobadas las asignaturas correlativas. *La condición de alumno promocional tendrá la duración de 1 (un) año, pudiendo firmar actas hasta el último turno de examen de marzo del año siguiente, fijado por la Facultad de Ciencias Médicas, de lo contrario perderá la condición de alumno promocional y deberá rendir como alumno regular.*

ALUMNOS REGULARES

a. Exámenes Parciales:

Se aprueban obteniendo 4 (cuatro) puntos, o más, en cada uno de los 3 (tres) exámenes parciales ya que dichas notas, no se promedian entre sí.

b. Asistencia al 80% de los Trabajos Prácticos.

Recuperatorio para Alumnos Regulares: El Alumno podrá recuperar hasta 2 (dos) exámenes parciales por motivo de enfermedad debidamente justificado, presentando certificado expedido en Secretaría de Asuntos Estudiantiles (Ciudad universitaria) o en el caso de tener un parcial aplazado.

Evaluación Final para Alumnos Regulares: Examen final oral en los turnos de exámenes fijados por la Facultad de Ciencias Médicas.

Trabajo final: Tanto los alumnos regulares como de promoción, deberán presentar, al final del cursado, un trabajo cuyo tema será establecido de acuerdo con los profesores asistentes según lineamientos de la Cátedra.

ALUMNOS LIBRES

Los alumnos libres serán evaluados con el **Programa de la asignatura vigente al presente Año Lectivo** debiendo aprobar un examen escrito y oral.

INFORMACIONES UTILES

La Secretaría de la Cátedra atiende de lunes a viernes de 8,30-11,30 horas.

Página web: <http://medicinaantropologica.webs.fcm.unc.edu.ar/>

Correo electrónico de la cátedra: catmedantropologica@fcm.unc.edu.ar

Teléfono: 0351- 4334266

Introducción

Bienvenidos a la Cátedra de Medicina Antropológica

La Medicina Antropológica aporta al estudiante de Medicina una visión integradora de la persona como tal. Esta asignatura se ocupa, entonces, del estudio de las personas (*futuros pacientes*), brindando herramientas conceptuales y metodológicas para comprenderlo desde una perspectiva filosófica, psicológica, social y cultural, tendiente al logro de una mirada integral del mismo y de los problemas vinculados con su salud y bienestar.

La enseñanza de la Medicina Antropológica se recrea desde el escenario actual y de la realidad que hoy existe en nuestra labor diaria. Este abordaje parece ser el más apropiado, a nuestro criterio, para la formación integrada de los médicos del nuevo milenio. Su característica se traduce, en un sentido holístico, en la adquisición no sólo del conocimiento, sino de la captación del entorno social del hombre como persona completa (*medicina de la persona*), y de las *sensibilidades* (más que "competencias, habilidades y destrezas") necesarias para el adecuado ejercicio de la medicina.

En una época de profundos cambios socioculturales y económicos, *la educación no debe estar al margen*; por el contrario, debe ser una de las claves principales que permita comprender la *realidad compleja* en que vivimos, facilitando la adquisición de *sensibilidades y competencias* necesarias para resolverlas.

La *medicina antropológica*, al nutrirse de la Antropología física, sociocultural, lingüística y biológica aporta una mejor comprensión de los factores que influyen sobre la salud y el bienestar humano (en un sentido amplio), brindando conocimientos de la realidad humana desde una dimensión general y normal, lo cual posibilita al estudiante el análisis de las estrategias y prácticas utilizadas por la población, para afrontar los problemas relacionados con la salud-enfermedad.

El enunciado de la famosa antropóloga estadounidense *Margaret Mead*: "*nuestro objetivo es la humanidad, como debe haber sido, como ésta es, y como debe ser*" ilustra cabalmente la manera en que antropología y medicina deben vincularse de consuno.

Objetivos

Los principales objetivos de la cátedra son:

1. Introducir al estudiante en el conocimiento de la Medicina como Ciencia Social, a partir de una concepción integral y totalizadora del hombre, que supere y complemente los aportes del Modelo Biomédico -basado en causalidades determinantes de las afecciones orgánicas y mentales- proveyendo un carácter más humano y holístico al ejercicio de la medicina (Kottow y Bustos)
2. Facilitar el análisis y la comprensión de la complejidad de los factores involucrados en el proceso de salud-enfermedad (Pérgola y Ayala).
3. Aprender a tender puentes entre la biología y la biografía (Maglio).

Este Manual ha sido reproducido para uso exclusivo de los estudiantes que cursan la materia por lo que está prohibida toda forma de reproducción o copia.

Córdoba, Marzo de 2015.-

UNIDAD I

MEDICINA ANTROPOLOGICA Y SU OBJETO DE ESTUDIO

ANTROPOLOGIA GENERAL

Eduardo Halac

La *Antropología* es la ciencia más ambiciosa de todas las ciencias. Desea estudiar, en el hombre:

Sus múltiples dimensiones;

Sus conductas;

Sus características.

O sea, pretende abarcar, estudiar, investigar y conocer desde los *aspectos físicos y biológicos de la persona*, hasta las obras culturales que ella ha producido a lo largo de la historia.

Por tal amplitud de objetivos, varias ramas de la Antropología han sido creadas a partir del tronco original. Cada una se ocupa de temas específicos.

La Antropología Médica, tiene como objeto principal de estudio los factores que *originan*, o por lo menos *favorecen* la aparición y desarrollo de las diferentes dolencias. Entre ellos citamos los:

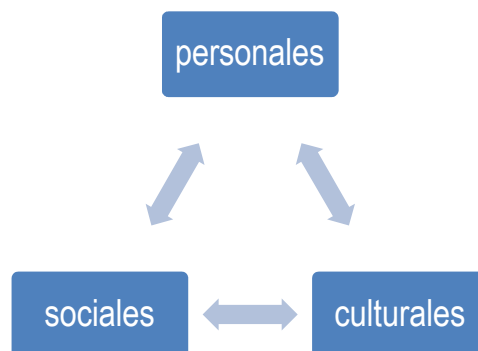


Figura 1.1. Factores que pueden predisponer a la enfermedad.

Estas investigaciones, originalmente denominadas *etnomédicas*, superan el alcance de este Manual, cuyo objetivo es el estudio del modelo biomédico actual, adoptado por casi todos los países occidentales modernos, incluido el nuestro. Este modelo se basa en el

método científico natural y se caracteriza por su *orientación exclusivamente biológica del hecho de enfermar*, haciéndola independiente de las experiencias y vicisitudes sufridas por las personas en cualquier momento de su *ciclo vital* (desde antes de su concepción o *periconcepcional*, durante el embarazo, o *gestacional*, y desde el nacimiento en adelante, o *vida pos natal*).

La Medicina Antropológica se constituye definitivamente en la década del 70 del Siglo XX, aunque aún no se ha consolidado como disciplina concreta y estable. Por ello es su inclusión en las currículas de numerosas escuelas de medicina de diferentes partes del mundo. La Medicina, en general, es una ciencia, y -como tal- un conjunto racional y sistemático de conocimientos y técnicas que permiten al profesional médico operar con rigor y eficiencia en el análisis y solución de problemas relacionados con la salud de los individuos y la comunidad.

El filósofo Emanuel Kant se preguntó alguna vez *¿Qué es el hombre?* En su afamada obra *Crítica de la razón pura* nota la imposibilidad de obtener una respuesta clara. Fracásó en el mismo intento su discípulo Martin Buber dos siglos después.

El llamado *homo sapiens* es hoy mejor interpretado a la luz del pensamiento del francés Foucault (“El nacimiento de la clínica”) en *homo agens*, es decir, el que *hace*. Lo importante es entender a la persona, en su acción, el uso del lenguaje en su interacción con los demás, y actuando sobre las cosas; en suma, haciendo historia.

En el idioma cotidiano de la juventud actual, ejemplificaríamos este nudo de palabras, diciéndoles que así como cada uno de ustedes “trae su *mochila*” de experiencias pasadas, hacen historia en sus relaciones interpersonales, como cuando se comunican y abordan el lenguaje gestual y gramatical viciado por los mensajes del celular: “*llego al toque*”, “*xq vas en el bus?*”, “*joya*” “*estudio de noche xq laburo*”, “*yo de día, man, de noche me quema la cabeza*”, “*ke onda?*” “*sos un langa, man*”, etc.

René Descartes, físico y matemático francés inventó hace ya varios siglos sus famosas coordenadas cartesianas (gráficos de abscisas y ordenadas, o ejes de las “x y de las y”) de mucha aplicación en biología y medicina. Pero también formuló aquella famosa frase: “*pienso luego existo*” (en Latín: *cogitum ergo sum*). Como él consideraba a la medicina de su tiempo pura hechicería, negándole un sitio en la Academia de Ciencias de

París, se aventuró a crear la división del hombre en cosa pensante (*res cogitans*) y cosa corporal (*res extensa*). Esta dualidad persistió por demasiado y desafortunado tiempo. Ver al hombre como unidad indivisible, es el propósito de un nuevo enfoque metodológico: el de la *medicina antropológica*.

La “mochila” que traemos con nosotros, resulta de nuestras *experiencias* de vida, más lo que nuestro *entorno* hace de nosotros. A ello, el español Ortega y Gasset: lo simplificó con su famosa frase: “*yo soy YO, y mis circunstancias*”. Nuestra necesidad de símbolos, resume nuestra interacción con los demás, con nuestro entorno y con el ambiente. Esto es el origen de la cultura. La antropología física estudia la evolución humana, su manera de crecer, nutrirse y adaptarse. La antropología *social* explora la sociedades y al hombre inmerso en ellas; la *cultural*, lo que el hombre crea con ideas y símbolos (*homo symbolicus*). Ambas se entrelazan en la medicina antropológica, porque busca estudiar al hombre en su dinámica con su entorno y cómo el mismo puede conspirar para enfermarlo.

Ejemplo práctico: todos sabemos los riesgos que devienen de fumar tabaco; sin embargo muchos fuman. ¿Por qué? Porque les gusta, los “des- estresa”, en su familia todos fuman, o porque sí. Quien no fuma es a veces un excluido, pero no lo hace porque es consciente de sus riesgos. A veces nos iniciamos en el hábito de la marihuana o del alcohol, a pesar de conocer sus desventajas, para que los que lo hacen, nos consideren como propios. A esto llamaríamos, “*yo y mis circunstancias*”.

Del mismo modo, algunos prefieren el rock, y otros la cumbia y la salsa, otros favorecen el cuarteto, algunos el folklore, y otros menos, la música romántica o la clásica. Mucho depende del entorno al que estuvimos expuestos.

Otro ejemplo: sabido es que muchos se contagian de gripe y enferman más todavía que el que los contagió; en cambio, otros, compartiendo el mismo ambiente, enferman de un simple resfrío, y los menos, simplemente no se contagian.

Como cada uno de nosotros es diferente del otro, las enfermedades se manifiestan de manera diferente según el tipo de paciente. Krehl acuñó hace tiempo un axioma médico insustituible:

“no hay enfermedades, sino enfermos”

También atribuido por algunos historiadores de la medicina a Marañón, o a Pezançon, y que ustedes aprenderán a interpretarlo en el ciclo clínico.

Sin embargo, el gran médico español Gregorio Marañón, lo dijo más simple:

“no enferma quien quiere sino quien puede”.

Por ello, este experto concibió la idea que el médico debe interesarse por el **todo** del paciente, y no solamente enfocarse en una de sus **partes** (su dolencia), dejándonos la insustituible idea que “*el médico que solamente sabe medicina, ni siquiera sabe medicina*”.

Si se pretende ubicar a la Medicina dentro de las posibles subdivisiones de las ciencias fácticas (relacionadas con hechos), se podría afirmar que -en la medida en que se ocupa de estudiar la naturaleza del hombre, en sus aspectos biológicos- es una ciencia natural. Al aceptar este precepto, deben saber que la ciencia biomédica requiere de *experimentos verificables*. Si, en cambio, se considera que la salud y la enfermedad de las personas refieren a situaciones que están directamente influenciadas por las condiciones socioculturales y por la calidad de las relaciones interpersonales, se subrayará que es una *ciencia social*.

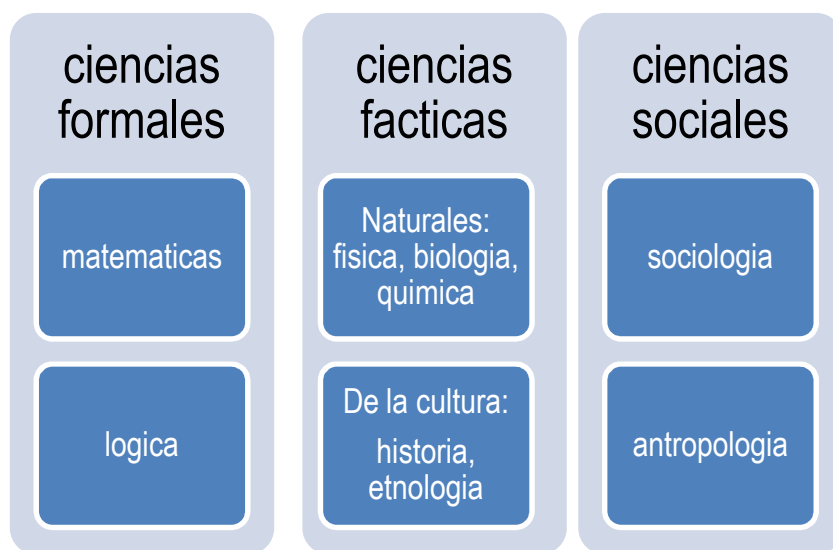


Figura 1.2. Esquema de clasificación de las ciencias. (Adaptado de Bazerque y Bunge).

La observación de la figura precedente, demuestra que es difícil clasificar a la medicina, en tanto dedicada a hechos verificables y modelos experimentales (*fáctica*); pero se nutre hoy, de las ciencias sociales y culturales para integrar un saber general (*holístico*) sobre el hecho (*facto*) de la enfermedad, y la persona total que la padece (*ciencia cultural y social*). Desde luego, las fuentes del conocimiento incluyen la experiencia personal intransferible, además de la que surge del análisis de datos obtenidos a partir del método científico. De todo este laberinto, surge el viejo axioma que considera a la medicina en su totalidad, como “*arte y ciencia*” (profesionales del *arte de curar*) a la vez, ya que la información científica por más completa que sea, no excluye al arte del *buen examen clínico*, ni al de la *comunicación con el paciente*, además del *respeto por sus circunstancias (entorno)*.

Las acciones propias de la práctica médica tienen como sujeto a las personas sanas o enfermas consideradas individualmente.

Por lo tanto, el **objeto de estudio** de la Medicina es el proceso de salud-enfermedad en el individuo, a partir de una concepción integral de la realidad humana. Esto es, desde una perspectiva biológica, psicológica y social, que considera al hombre como en su contexto, estando determinado el mismo por su *entorno, producto de una historia familiar, social, de relaciones, con una estructura mental y una personalidad determinada, con características propias de vivir los acontecimientos de su vida, y de responder ante los mismos*.

La **finalidad u objetivo** de la Ciencia Médica es el cuidado de la salud, su recuperación o restauración cuando surge la enfermedad, y la rehabilitación para reintegrar a las personas que han padecido dolencias del cuerpo o la mente, a su medio social con el máximo de su capacidad remanente.

En la medicina contemporánea, el llamado enfoque *determinista u organicista*, considera al órgano enfermo, buscando causalidades necesarias y suficientes para imponer acciones preventivas o remediales de la afección orgánica.

Verán ustedes más adelante (en el ciclo clínico), que la llamada “neumonía de Friedländer”, causada por la bacteria *Klebsiella pneumoniae*, afecta comúnmente al

mendigo que pernocta en la vía pública en noches de inviernos crudos, y a jóvenes que reparten sus noches entre las “previas” y los “after” hasta altas horas, sin el debido descanso o resguardo físico.

Cuando conocimos el agente causal, pudimos obtener antibióticos eficaces, pero no podemos dejar de ver el entorno sociocultural que determina que esas situaciones favorezcan la aparición de la neumonía, hasta nuestros días. Tan mal nos ha ido, que, deben saber desde ya, que esa bacteria, antes considerada exclusiva de ese entorno, se ha expandido hoy dentro de los hospitales y de la comunidad toda. Lo que no vimos anteriormente, es que la bacteria, estaba en la comunidad *ya antes* (en tiempos de Friedländer), solo que no considerábamos al mendigo o al trasnochado como parte de la “comunidad”. Esta estigmatización ha producido muchos errores en la praxis médica actual. Y lo seguimos cometiendo.

Otro ejemplo es la epidemia de nuestro tiempo, la infección por el *virus de la inmunodeficiencia humana* (VIH). Inicialmente sindicada como partícipe necesaria de la comunidad homosexual, se llevaron a cabo las acciones (a veces muy discriminatorias) para controlar su expansión, sin entrever, que si las vías de transmisión eran el contagio sexual o por transfusiones, los heterosexuales detentaban un riesgo similar. Para cuando quisimos subsanar el error, ya era tarde. Hoy, en el entorno “gay” las acciones han tenido más éxito y es menor la cantidad de nuevos casos (*incidencia*) que en el “mundo” heterosexual, donde el control del contagio se ha hecho mucho más difícil de lograr. A su vez, los casos heterosexuales dieron origen a la aparición de la transmisión de la enfermedad en el embarazo.

Las humanidades médicas, surgen entonces hacia fin del siglo XX como elemento indispensable para entender que no todo es curable con fármacos de distinta índole, y que el abuso de éstos genera situaciones de mayor peligro. Las propuestas por dotar de un sentimiento holístico y cabal del ser humano en estado de salud o enfermedad, hicieron nacer el concepto de *humanidad médica* (de los autores anglosajones), y es aquí donde la *medicina antropológica* ejerce su papel principal.

Porqué y para qué de la medicina antropológica

Si yo estudio medicina, ¿por qué tengo que cursar Antropología Médica?

Prof. Dr. Ricardo Teodoro Ricci

Introducción:

Te cuento que la materia Antropología Médica se encuentra incluida en un grupo de disciplinas y saberes a los que denominamos Humanidades Médicas. En este grupo se hallan incluidas disciplinas como Historia de la Medicina, Filosofía de la Medicina, Literatura, Ética Médica y Bioética, Profesionalismo y, obviamente Antropología Médica. Los contenidos de estos cuerpos orgánicos de conocimientos intentan proveer a los estudiantes de medicina y también a los médicos, de recursos humanísticos que les permitan desarrollar competencias específicas de la práctica profesional. Aunque a primera vista no lo parezca, esos contenidos son de gran utilidad ya que:

- 1) La medicina no se inauguró con nosotros, tiene una enorme y rica trayectoria que se remonta, en su versión empírica y luego científica, a la época de la Antigua Grecia.
- 2) La actividad de una práctica como la de la medicina se sustenta en fundamentos teóricos muy consistentes provenientes de las Ciencias Naturales y de la Ciencias Sociales.
- 3) No hay práctica humana desprovista de consideraciones acerca del bien y del mal. Hay formas de desempeño de la profesión que están en consonancia con los fines que declama y formas que no se condicen, e incluso se oponen al bien común, al cuidado de las personas, y a los límites de la experimentación en humanos y animales.
- 4) El estudiante de medicina debe conocer acerca de las características que tiene el desempeño de su profesión. Temas como colegiación, límites legales del ejercicio profesional, tipos de sistemas sanitarios, deben ser tratados por este tipo de disciplinas ya que en todo el recorrido de la carrera no serán abordados de manera sistemática.
- 5) La Antropología Médica nos advierte acerca de lo que significa ser humanos (la medicina es una práctica ejercida *por* humanos *para* humanos). Nos abre los ojos acerca de las múltiples formas en que los seres humanos cuidaron de su salud y combatieron sus enfermedades en las diferentes culturas. Nos revela la esencialidad de la presencia del 'otro' (paciente) y de los recursos comunicativos que debemos desarrollar para que el encuentro con el otro sea funcional a sus necesidades y también a las nuestras. Los temas como habilidades comunicacionales, relación médico – paciente, cuidado de los moribundos (cuidados paliativos), actitudes de los hombres ante la muerte, escenarios culturales y sociales, entre otros, forman parte de los contenidos que se desarrollan en Antropología Médica.

La idea es, que lo que desarrollamos en estas materias o disciplinas no permanezca en carácter de información ilustrativa, o se quede en el ámbito de las anécdotas más o menos ocurrentes o divertidas. La aspiración es que lo aprendido nos cuestione como personas, y nos inspire procederes coherentes con los propósitos de la profesión médica. Es decir: lo aprendido se debe transformar en acción. El sueño de paliar el sufrimiento de otro ser humano se debe materializar en las competencias necesarias para hacerlo. De nada sirve conocer anatómicamente el *área prefrontal* de nuestro cerebro, si no conocemos que en él se halla la sede de nuestras decisiones, de nuestros propósitos y metas, de los modos de inhibir nuestras impulsividades, y lo que es más trascendente, los fundamentos neurobiológicos de nuestra libertad.

Las Humanidades Médicas, entre ellas la Antropología Médica, son una invitación a conocer el por qué y el para qué de las cosas. Nos alertan contra la posibilidad de transformarnos en autómatas de la medicina, y nos alientan a la reflexión y el juicio crítico en el ejercicio de la más hermosa de las ocupaciones humanas.

Dar respuesta a la pregunta del título, acaso daría lugar a un pequeño y concienzudo librito, por lo pronto, en este trabajo intentaré '*tirarte*' algunos '*tips*' como quien te aporta '*data*'

Está re-cool!

Resulta muy interesante conocer que la Medicina es hoy una rama del saber y una ocupación humana de gran complejidad y enorme variedad. Los saberes de las Humanidades Médicas, iluminan el total espectro de la práctica médica, su mirada se extiende desde el modo clásico de concebir la práctica médica, hasta los modos más originales y fronterizos de ser médico. Cuando decidimos estudiar medicina uno se imagina los escenarios clásicos del consultorio, el quirófano, o las salas de estudios complementarios de diagnóstico. La Medicina es, en cambio, mucho, pero mucho más que eso. Es acción comunitaria y protección sanitaria de la población, es investigación básica y clínica, es práctica en terrenos no convencionales, es educación médica, es investigación y práctica de áreas de vanguardia como la genética, la neurociencia y la nanotecnología, es reflexión permanente de los modos de proceder médicos, y numerosos etcéteras.

La Medicina simultáneamente se apoya en tres ejes que le sirven de sustento:

Las *ciencias naturales*,

Las *ciencias sociales* y,

El *arte*.

Nuestras carreras destacan con preferencia casi exclusiva el primero de esos fundamentos, las ciencias naturales. Sin embargo, las ciencias sociales como la Historia, la Filosofía, la Economía, la Antropología y la Ética forman parte del segundo puntal que debe ser siempre considerado. Por ejemplo, es menester conocer que los grandes avances respecto de la calidad y la duración de la vida se produjeron por un permanente diálogo entre los médicos y representantes de la sociología, la urbanística, la ingeniería, entre otras. El descubrimiento de los microorganismos, que dio nacimiento a la época más exitosa de la medicina en la lucha contra las enfermedades infecciosas, fue un acierto de Pasteur en su combate a favor de la conservación del vino. El éxito de Carlos Finlay en la derrota de la Fiebre Amarilla, se debió a la intuición genial del médico, asociada al conocimiento del ciclo vital del mosquito, además de acciones conjuntas con ingenieros, sanitaristas, químicos y políticos. Las ciencias sociales son esenciales para el desempeño del médico.

“Al transformar el arte en ciencia, el cuerpo médico ha perdido los rasgos de un gremio de artesanos que aplican reglas establecidas para orientar a los maestros de un arte práctico en beneficio de personas realmente enfermas. Se ha convertido en un partido ortodoxo de administradores burocráticos que aplican principios y métodos científicos a categorías enteras de casos médicos. En otras palabras, la clínica se ha vuelto un laboratorio. Al postular resultados previsible sin tener en consideración el desempeño humano del enfermo y de su integración a su propio cuerpo social, el médico moderno ha asumido la postura tradicional del charlatán”¹

En nuestra época se tiende a menospreciar la originalidad y la creatividad en pos de la seguridad que brinda el seguimiento de un protocolo o de un algoritmo diagnóstico o terapéutico. Conocer qué debe hacerse y en qué oportunidad es imprescindible. La medicina basada en la evidencia nos provee de guías precisas y de eficacia comprobada. Sin embargo, la *creatividad* y la *originalidad* del arte médico, son elementos que hacen la diferencia en la práctica de la Medicina. Nuestro paciente es único, y nuestra interacción con él lo es también. En ese contexto debe haber un espacio para la *particularidad* y el *procedimiento personalizado*.

El mundo de la medicina es maravillosamente vasto como para dejar que sea patrimonio solo de una ciencia o grupo de ciencias, ya que en él caben todas las manifestaciones del *conocimiento* y *espíritu* humanos. Ante esta perspectiva no es erróneo afirmar que está *re-cool* poseer una mirada *amplia e integral* de la Medicina.

Es re-copado.

*La necesidad de formar, y verificar a los médicos en el área de comunicación interpersonal y competencias de comunicación fue reconocida solo recientemente, en 1999 cuando el American Board of Medical Specialties la impuso como una “competencia clave”.*² Competencia clave, significa que posee una importancia similar a la técnica correcta para tomar la tensión arterial, palpar el hígado, o hacer una correcta auscultación cardíaca. Sin embargo, podemos convenir que si un estudiante de medicina no sabe palpar un hígado, no debería recibirse de médico; por el contrario nada evita que se le otorgue el título a alguien que carece por completo de empatía, capacidad de escucha y de habilidades comunicacionales como para mantener un diálogo tendiente a detectar qué es lo que al paciente realmente le preocupa.

Dos detalles relacionados con esto. Primero, es conveniente reconocer que nuestro juicio está formado por premisas provenientes de las ciencias naturales. Es decir tendemos a explicar las cosas y los fenómenos atendiendo a la cadena de causalidades. Las ciencias sociales nos invitan, además, a tener en cuenta la interpretación que se hace de los hechos. Es más, la labor del médico se basa fundamentalmente en la *interpretación de signos y síntomas*. Por ese motivo en las juntas médicas se suscitan diferentes opiniones respecto de un mismo problema. Las Humanidades Médicas nos ayudan a desarrollar la capacidad de interpretar y sostener esas interpretaciones con argumentos sólidos, y a la vez a desarrollar la capacidad de tolerancia y escucha como para atender a los argumentos de los otros, incluso los del paciente.

En segundo lugar, conviene destacar que la medicina se trata, cada vez más de un trabajo en equipo. Es ahora más común mantener diálogos interdisciplinarios y lo que es más llamativo, interacciones con la misma tecnología. Las habilidades comunicacionales nos han de ser de gran utilidad en las interacciones con los pacientes, y como ‘la caridad empieza por casa’, con los propios integrantes de los equipos de trabajo. Bueno es reconocer que los equipos médicos hoy, están constituidos además por enfermeras, terapeutas ocupacionales, kinesiólogos, técnicos de diversa índole, agentes sociales, ingenieros, etc. ¿Sigue siendo el médico el que está llamado a liderar esos equipos de trabajo? Creemos que sí, en la medida que el mismo desarrolle la capacidad de comunicarse correctamente y de poseer una mirada amplia que incluya a las otras perspectivas. Las Humanidades han de ayudarnos a reconocer el trabajo de los demás y valorarlo en su justa medida.

Te lo digo de onda.

Talento Clínico de la Compasión:

Como médico he de pensar siempre en lo que el paciente espera encontrar en mí: High Tech y High Touch.

- 1. High Tech: Asegurarme que cada uno de mis pacientes recibe el mejor tratamiento disponible para su enfermedad. Compromiso de competencia profesional propia y del centro al que se pertenece.*
- 2. High Touch: Tratar a cada enfermo como una persona en cuya intimidad soy admitido. Mi modo de mirar, de preguntar, y de tocar manifiestan la atención, el respeto y el agradecimiento por la confianza ofrecida. Prestar atención no sólo a la 'letra' sino a la 'música' de esa nueva relación.³*

Las Humanidades nos restituyen al modo humano de desempeñar una profesión. Los avances de la tecnología han sido fabulosos y están al servicio del ser humano, los recursos terapéuticos se han multiplicado exponencialmente durante los últimos cien años. Ese enorme potencial debe ser puesto al servicio del ser humano de una manera en que lo reconozca primero como persona.

Reflexionemos un poco: No existe una barrera infranqueable que separe a los individuos sanos de los individuos enfermos. No existen dos veredas, la nuestra y la de enfrente. Médicos y enfermos nos encontramos en la una y única vereda de la humanidad. Una verdad obvia con demasiada frecuencia olvidada.

Ser médico, entre otras cosas, es:

Apertura al Otro: Es dar cabida al otro en nuestras vidas. Eso significa reconocerlo y respetarlo como alguien igual a mí mismo. El otro se manifiesta en nuestra existencia como una novedad, como una originalidad, como lo diferente. Su mirada es una llamada al reconocimiento y al amor. La manifestada necesidad del otro es nuestra propia necesidad puesta en un espejo. El otro necesita en primer lugar ser reconocido por lo que es, no desea ser puesto en una de las categorías a las que estamos acostumbrados. Juan padece diabetes, no es "solo un" diabético. Las enfermedades tienen tantos rostros como aquellos que las sufren. La apertura al otro es un acto de valentía que nos permite enfrentarnos con la novedad, la originalidad y la incertidumbre.

Servicio a la comunidad: El médico es un agente de transformación, un agente de educación, una voz de sensatez que espera ser escuchada. El médico lo es por su propio

esfuerzo y porque la comunidad le dio la oportunidad de serlo. Por lo tanto el médico se debe a su comunidad.

Tradicionalmente somos educados para combatir las enfermedades, no para promover y cuidar de la salud. Servir a la comunidad es tener una filosofía preventiva. Es conocer las comunidades a las que servimos en sus particularidades lingüísticas, culturales y sociales.

Honrar el título: El primer modo de honrar el título es reconocer su inmenso valor y descubrir qué hacer con él. Quién se recibe de médico tiene un mandato de cooperación y asistencia a los demás seres humanos y cuenta con los recursos necesarios para cumplirlo. Nadie cuidará tu título por ti. Surgirán numerosas ocasiones en las que será más fácil o ventajoso enlodarlo, bastardearlo. Las Humanidades Médicas pueden ayudar a ponderar el valor inmenso que una comunidad otorga a quien se ocupa de cuidar de ella. Los médicos no son dioses (por más que algunos así se lo crean o lo parezcan), no se hacen acreedores a ningún culto por parte de la comunidad. El médico está al servicio de los otros, con sus limitaciones, con sus debilidades, con sus vergüenzas, y también con su energía y su vocación. Un médico es un ser humano que se debe a los otros seres humanos. La muerte no es su enemiga, pero él ha decidido apostar por la vida, siempre.

Recordé un párrafo del libro “Un hombre afortunado” de John Berger, en el que describe la vida de un médico rural.⁴Lo transcribo:

“Sassall es, sin embargo, un hombre que está haciendo lo que quiere hacer. O, para ser más precisos, un hombre que sabe lo que busca. A veces la búsqueda entraña tensión e incomodidades, pero constituye su única fuente de satisfacción. Al igual que los artistas, o de cualquiera que crea que su trabajo es la justificación de su vida, para los estándares miserables de nuestra sociedad, Sassall es un hombre afortunado”⁵

Conclusión:

Como afirmé al principio, no creo haber respondido a tu aguda pregunta. Pregunta por otra parte altamente pertinente. En un mundo de prisas y de toneladas de información, perder el tiempo es un verdadero despropósito. Estoy convencido que el estudio de las Humanidades Médicas, no sólo no es una pérdida de tiempo, sino una ganancia inconmensurable. Ayuda a posicionar al estudiante de medicina en el contexto de la vida misma. La literatura puede mostrarnos una y otra vez esta realidad.

“Tenemos que buscar el significado. El síntoma no es más que el mensajero que trae la noticia de que la angustia está entrando en erupción en su reino más profundo. Las preocupaciones más fundamentales, referidas a la finitud, la muerte, la soledad, la

libertad, la finalidad..., las preocupaciones fundamentales que hemos tenido bajo llave durante toda la vida, ahora rompen sus cadenas y golpean las puertas y las ventanas de la mente. Claman por ser oídas. Y no sólo oídas sino vividas.”⁶

Esas son las cuestiones que convocan a los médicos. A ese terreno estamos llamados. No es inteligente desperdiciar los recursos que nos puedan ayudar a enfrentarnos con tamaño desafío.

Bibliografía

1. **Illich, I.** Némesis Médica. Editorial Joaquín Moritz-Planeta. México, 1987.
2. **Joshijan N.** “Doctor, shut up and listen. Artículo publicado en el periódico “The New York Times.
3. **Urbano-Ispizua, C.** “Práctica médica y sufrimiento espiritual”. Rev Med Univ Navarra, 47 (1).
4. **Berger J.** “Un hombre afortunado”. Alfaguara. Buenos Aires, 2008.
5. **Op cit**, pág. 161.
6. **Yalom I.** “El día que Nietzsche lloró”. Emecé. Barcelona, 1995

CIENCIAS SOCIALES Y PRÁCTICA MÉDICA

Las ciencias de la conducta son ciencias sociales que representan un campo de interés más limitado que la totalidad de las ciencias sociales; por ello, en términos restringidos, nos referiremos particularmente a la antropología física, cultural, la sociología y la psicología, y su interés para la medicina. Ciertas áreas de estos campos se superponen de tal manera que las fronteras de estas disciplinas desaparecen.

Antropología física: fue la primera en abordar temas de la salud humana, estudiando restos fósiles y óseos de poblaciones anteriores o recientes (identificación de restos de persona asesinadas en gobiernos dictatoriales), así como poblaciones actuales (crecimiento, nutrición de comunidades).

Antropología Cultural: La antropología como ciencia, se encarga de estudiar y comprender al hombre en todos los fenómenos que lo afectan. La rama cultural de esta ciencia se encarga del estudio de las culturas humanas dispersas por el mundo y la manera en que ellas influyen entre sí al contactarse o combinarse.

Sociología: Estudia la naturaleza y funciones de la sociedad y sus influencias sobre nuestra vida. La sociología plantea al médico la necesidad de considerar al paciente no sólo como un organismo enfermo, si no como una persona y como miembro de una familia, con un sitio en la comunidad.

Psicología: Estudia el comportamiento y las funciones mentales, analiza la forma en cómo es recibida la información del mundo exterior y como es ésta transformada en conocimientos. El médico debe estar preparado para relacionarse con personas normales, para afrontar y comprender la infinita variedad de reacciones de los seres humanos enfermos, entre los cuales el médico se desenvolverá la mayor parte de su vida.

El hombre como ser biopsicosocial

El estudio de las ciencias sociales es un factor importante para la formación integral en medicina, ya que estos generalmente fundamentan su diagnóstico en las áreas anatómicas, físicas y químicas, dejando de lado los factores psico-socio-culturales. Estos factores revisten gran importancia al influir directamente en el estado integral del individuo, dado que el hombre es un ser bio-psico-social.

La definición de “SALUD” por la Organización Mundial de la Salud (OMS): *"es el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no tan solo la ausencia de enfermedad o afección"*. Si la aceptamos, el hombre debe ser considerado como un ente biopsicosocial. Pero para hacer esto primero se debe definir cada uno de los términos que se encuentran en esta afirmación:

Ente: *se refiere a lo que existe o puede existir.*

Bio: *Significa vida.*

Psico: *Significa alma, mente o actividad mental.*

Social: *Perteneciente o relativo a una compañía o sociedad, o a los socios o compañeros o aliados.*

El hombre es un **ente** porque existe, y su componente **bio** se refiere a que es un organismo vivo perteneciente a la naturaleza. Su componente **psico** refiere a que -además de ser un organismo vivo- tiene mente, lo que le permite estar consciente de su existencia. El hombre es un ente **social**, porque recibe influencias favorables y desfavorables como resultado de la interacción con la sociedad que lo rodea (constituida por semejantes a él) y con el medio ambiente físico en el que vive. Por lo tanto, se establecen interrelaciones complejas de los seres humanos con otros seres humanos y con su entorno, dando como resultado que el hombre es un elemento más de la comunidad social y de un ecosistema. Esto permite enmarcar a la salud como la correcta aptitud para dar respuestas armónicas que sean acordes y ajustadas a los estímulos del ambiente (físico y social) y que garanticen una vida activa, creadora y una progenie viable, lo que conlleve al hombre a manifestarse en el óptimo de su capacidad.

Entre los más antiguos escritos en los que se advierte la influencia y responsabilidad del ambiente en la salud, se encuentra el tratado de Los Aires, Aguas y de los Lugares, redactado por el griego Hipócrates, quién vivió a mediados del siglo V que es reconocido como Padre de la Medicina. En esta obra, Hipócrates hace mención de la relación permanente de tierra, el agua y el aire con los padecimientos del hombre, y muestra una visión ecológica al citar lo siguiente:

"Quién desee investigar la medicina adecuadamente, debe en primer lugar considerar las estaciones del año, y qué efectos cada una de ellas produce (porque de ningún modo son iguales, sino que difieren mucho entre ellas respecto a sus cambios).

Después los vientos, los cálidos y los fríos, especialmente los que son comunes a todas las áreas y después los que son peculiares a cada localidad. Debemos considerar también las calidades de las aguas, puesto que así como difieren una de las otras en gusto y peso, también difieren mucho en sus calidades. Del mismo modo, cuando uno llega a una ciudad en el extranjero, debería considerar su situación, como yace, con respecto a los vientos, y al ascenso del sol; porque su influencia no es la misma cuando yace, hacia el norte o hacia el sur, hacia el naciente o al poniente".

Por lo anterior, el paciente no sólo *no* debe ser considerado como una enfermedad, un caso clínico, o un dato estadístico, sino como un ser, que como ser posee vida y además está consciente de ella, el cual vive en un ambiente determinado y que es un miembro de una familia y una comunidad social, de la que recibe influencias positivas o negativas que pueden desencadenar su enfermedad, aliviarla o empeorarla.

¿QUÉ ES LA MEDICINA ANTROPOLÓGICA?

“La medicina antropológica es una nueva manera de pensar y de actuar en medicina, suma biología con antropología y surge como derivación obligada.”

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

El término “medicina antropológica” nace a principios del siglo XX en Alemania, cuando varios médicos-filósofos de la “Escuela de Heidelberg” (apelativo creado por el médico español Pedro Laín Entralgo) intentaron reformular la teoría y la práctica médica, ayudando a la medicina a ser más antropológica:

Ludolf von Krehl (1861-1937) subrayó en la clínica la ***unicidad y espiritualidad*** de cada paciente. Para Krehl no hay “enfermedad” en sí, sino que hay una patología de la persona. Este “proceso vital individual unitario”, bien ordenado, no puede depender ni de un órgano ni de un sistema (vegetativo, endócrino, nervioso), sino que “*la organización de los procesos... me parece – escribe Krehl– ser algo espiritual, no espacial... es la unidad de la personalidad*”. Recuerden su célebre dicho: no hay enfermedades sino enfermos.

Richard Siebeck (1883-1965) llevó adelante las intuiciones de Krehl, llegando a destacar la **biografía** del paciente (su evolución patobiográfica, su historicidad, su historia vital) como parte integrante de la medicina. Para Siebeck, cada enfermedad tiene raíces en esta historia subjetiva, de manera que ningún paciente “tiene” una enfermedad, sino que “hace” su enfermedad. En este “hacer” es importante conocer el aspecto social del paciente, lo ético y, lo espiritual religioso. Su texto mas famoso se denomina *Medizin in bewegung*, o medicina en transición (¡nada más apropiado!)

Víctor von Weizsäcker (1886-1957) completó y sintetizó el trabajo de sus predecesores transformando tesis teóricas en un programa clínico. Weizsäcker legitimó la **subjetividad humana** en la clínica (reintrodujo el sujeto en medicina) integrando lo que por siglos se había separado artificial e ideológicamente: medicina y antropología, biología y biografía, cuerpo y psiquis, objetivo y subjetivo, individual y relacional, materia y tiempo. Habiendo trabajado como médico (aunque en calidad de prisionero), durante el orden nazi, escribió un clásico texto relacionado con su experiencia donde relata cómo arriba a la medicina de la persona luego de haber visto y padecido en persona los horrores del genocidio nacional socialista.

El Dr. Maglio expresa: ***“El incontenible avance tecnológico, transformando al médico en un técnico, se sumó a la transformación de la medicina de función social en comercio con fines de lucro, con la consecuencia más lamentable de atender órganos desconectados del organismo del que forman parte”.***

Por ello, en la Argentina, a partir de la década del cuarenta, surgieron grupos de profesionales médicos pioneros de la medicina de la persona, concretando dos nociones fundamentales:

1. El hombre es una integridad singular; un ser de estructura compleja somato-psico-sociocultural.
2. El ser humano, la persona, vive en sociedad. El hombre es, por consiguiente un ser eminentemente social, en relación con su entorno considerado éste en su complejidad, y singularidad. Tiene capacidad creadora. Obra y crea. La suma de su actividad es la cultura.

Para la Medicina Antropológica, el punto de partida es, entonces, la persona, el hombre-social. Tiene a su cargo el cuidado de su salud y la atención de su enfermedad. Es una disciplina de base fundamentalmente científica que tiene principios específicos, objetivos independientes y métodos propios de evaluar sus resultados.

Es una disciplina autónoma, con leyes y métodos propios, que se beneficia con el mutuo intercambio con las ciencias sociales; constituye una actividad de pensamiento que requiere el estudio de diversos sistemas con distintos niveles de organización; de ahí que los métodos usados para entender los fenómenos que ocurren en distintos niveles de la complejidad, sean necesariamente diferentes, incluyendo algunos de naturaleza científica y otros probablemente no.

La Medicina Antropológica genera una manera de pensar y obrar que permite al médico y a los demás profesionales de la salud pensar y actuar racionalmente, reconciliar el método científico con el humanismo, (*la ciencia explica, el humanismo comprende*) e integrar las áreas psicosociales al complejo disciplinario de la medicina.

Esta Medicina Antropológica, integral, holística, a la vez que individual, responde a los siguientes principios:

- a) concepto *positivo e integrador* de la salud;
- b) necesidad de la *participación activa del individuo* en el cuidado de la salud, a la vez que *concepto educador* del médico;
- c) la *prevención* pasa a ser tarea primordial;
- d) *concepto multifactorial* de las enfermedades;

En este marco, es de gran importancia tener en cuenta que la Medicina Antropológica implica una concepción del paciente como persona atendiendo especialmente su singularidad, el contexto sociocultural y situacional en el cual está inserto, a la vez que requiere una actitud comprensiva del hombre.

En la práctica clínica supone la atención de la persona sana o enferma en su perspectiva nosológica y ecológica. Vale decir, en su totalidad. El hombre enfermo no es espectador pasivo ni testimonio del proceso *mórbido*. Es *protagonista* del mismo.

Así visto, el ejercicio de la medicina requiere:

- Los estudios sistemáticos de las relaciones entre los factores sociales, psicológicos y biológicos que determinan la distancia entre salud y enfermedad;
- La aplicación de los principios científicos al estudio de los fenómenos personales que afectan la salud;
- El enfoque integral y humanitario de la práctica médica.

Este enfoque unitario de la Medicina, la medicina antropológica, no debe ser considerada como una nueva especialidad, sino como la imperiosa necesidad de resolver un problema que ha suscitado amplios debates en el estudio y ejercicio de la medicina, que debe ser encarado decididamente en la instrucción y formación de los estudiantes de medicina y residentes, de modo que desde un principio se pueda absorber la ineludible obligación de ejercer una medicina de la persona en la tarea científica y asistencial futura.

Este pensamiento de unidad debe ser agregado al minucioso estudio clínico del enfermo, e incluir el interés del médico tratante por él, tendiente a desarrollar una relación interpersonal para establecer una estrecha y comprensiva relación médico-paciente que le permita aprovechar positivamente la intuición del enfermo -que siempre debe ser tenida en cuenta- así como también la racionalidad que será necesario utilizar en el enfoque de su persona total.

Ello no implica negar la dimensión propiamente biológica del mal ni proceder a un estudio de caso psicológico. La medicina antropológica, pretende restituir a los actores sociales y a los especialistas del campo, este conjunto de relaciones y representaciones, que la medicina habitualmente expulsa hacia la periferia.

Cuando el médico se ocupa de la salud de un paciente debe, por consiguiente, estudiar tres elementos: enfermedad, padecimiento, predicamentos, lo que en inglés se denomina *sickness*, *disease* e *illness*. Estos son los tres elementos integrantes de la labor médica o, más correctamente, del equipo de salud.

Así, en cada proceso mórbido hay que diferenciar entre: enfermedad, padecimiento y predicamentos.

- **Enfermedad: (sickness) es la** evidencia objetiva, independiente del testimonio del paciente, aunque este sea habitualmente una condición para obtener la evidencia. “Tiene el codo hinchado, rojo y duele cuando toco aquí”
- **Padecimiento: (disease)** malestar de una persona como experiencia vivida que se expresa principalmente por limitación de sus actividades. Es un proceso, experiencia y vivencia; mientras que las enfermedades son cosas, objetos, magnitudes. “Me cuesta bañarme, peinarme, manejar el auto”
- **Predicamentos: (illness)** Refieren a la parte social del proceso mórbido, dado que indican el conjunto de contactos, interacciones y desempeños del enfermo. Es, por consiguiente, inestable, variando de estructuras aún por cambios mínimos. Genera importantes cuestiones de índole ética y depende en su desarrollo de medidas terapéuticas que exceden el marco médico; pues derivan en gran parte de los diversos sectores sociales en los que el paciente se desarrolla, como ser la familia, el trabajo, la escuela, etc. “Y tuve que jugar al tenis porque sino mis compañeros me iban a mirar mal”.

Esta es la fundamentación de la medicina integral -de base biológica y antropológica a la vez- o sea de la llamada medicina de la persona:

- 1) Busca una historia patobiográfica, donde un daño antiguo que ocurrió en un organismo en equilibrio (*alobiosis*), produjo paulatinamente trastornos psicofuncionales (*alobiosis reversibles*), luego morfológicos (*patobiosis reversibles*) y finalmente necróticos (*necrobiosis irreversibles*). Busca, en otras palabras, el sentido dinámico de la enfermedad

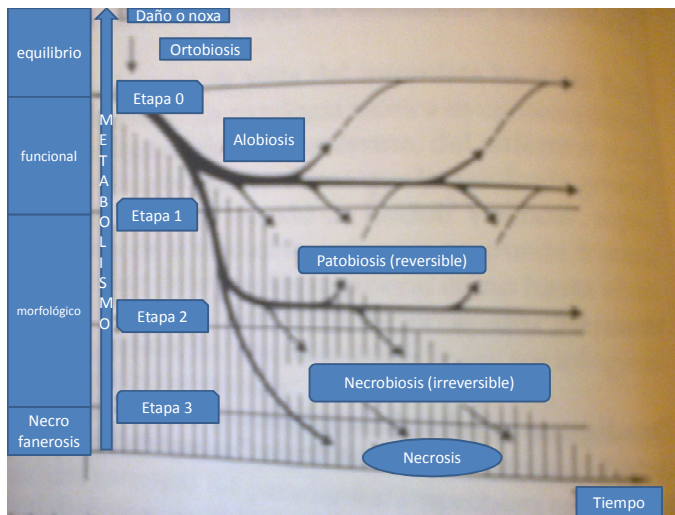


Figura 1.3. Alobiosis, patobiosis y necrobiosis. Esquema de W. J. Doerr (1959)

2) Busca un vínculo con una personalidad, una actitud de lucha, huída, etc.

La medicina antropológica representa un modelo integrador bio-psico-social-espiritual; una síntesis metodológica, para situarse en un nivel superior de confrontación, para contemplar las esencias y las formas del “estar enfermo”, del enfermar y del sanar.

¿Qué es el padecimiento de la enfermedad?

El “Modelo Biomédico” considera la enfermedad como un defecto de la “maquinaria biológica”, ya que se basa en la teoría biológica de la enfermedad. Este modelo mecánico es inconsistente para entender el proceso de salud-enfermedad, puesto que se basa en un reduccionismo biológico en el cual los conceptos de salud y enfermedad pierden su significado original.

La gente acude a la consulta médica cuando se siente enferma. Para el médico, demostrar la existencia de un defecto mecánico carece de importancia a menos que afecte el bienestar de la persona o que sirva para predecir que dicho bienestar se verá afectado en algún momento del futuro.

La principal preocupación de la medicina clínica es la enfermedad “subjetiva” y la salud “subjetiva”. La etimología (origen y significado) de las palabras usadas para “enfermedad” y “enfermo” en distintas lenguas europeas resulta muy reveladora, porque habitualmente sugiere sentimientos subjetivos o, al menos, juicios de valor. Veamos algunos ejemplos: *disease* en inglés era originalmente *dis-ease* (in-comodidad), e *illness* procede del antiguo lenguaje nórdico, en el que *illr* significaba “malo”.

Pathos significa sufrimiento en griego y la palabra francesa *maladie* procede de *male habitus*, que significa “en mal estado”. Ahora bien, debemos añadir que un paciente (del latín *patiens*) es alguien que *padece*. Tan solo la palabra alemana *krank* es compatible con el punto de vista biológico; originalmente significaba curvado o torcido, lo cual sugiere que el propósito de la medicina es enderezar al paciente. Esto constituye un buen ejemplo del pensamiento biológico primitivo.

Si el objetivo de la medicina es *preservar la salud y eliminar la enfermedad*, resulta peligroso cambiar el significado de dichas palabras, porque eso le da a la medicina un objetivo que no es el original.

Relata el Profesor Maglio: “La Sociedad Argentina de Medicina Antropológica” se fundó en Buenos Aires a comienzos del año 1998, como sección de la Asociación Médica Argentina, pero incorporando en su seno a profesionales de todos los sectores del cuidado de la salud, ya que, de ahí su nombre, considera que en dicha labor participan, junto al médico, bioquímicos, psicólogos, técnicos, auxiliares, asistentes sociales y, sobre todo, enfermeros y también profesionales de las ciencias sociales.

Se suman así biología con antropología y surge como derivación obligada la medicina antropológica, denominación creada por Schwartz a comienzos de este siglo, aceptada por Von Weizäcker poco después, considerándola como una **nueva manera de pensar y de actuar en medicina**. El incontenible avance tecnológico, transformando al médico en un técnico, se sumó a la perversa transformación de la medicina de función social en comercio con fines de lucro, con la consecuencia más lamentable de atender órganos desconectados del organismo del que forman parte. No en balde se clama contra la deshumanización de la medicina. En la Argentina, sobre todo a partir de la década del cuarenta, surgieron grupos de profesionales médicos pioneros de la medicina de la persona, por consiguiente antropológica, concretando dos nociones fundamentales:

1. El hombre es un complejo auto eco organizado de estructura compleja somato-psico-sociocultural; el hombre es una integridad singular.
2. El hombre es, por consiguiente hombre-social, en relación con su entorno considerado éste en su complejidad, y singularidad.

En la Argentina debemos mencionar figuras excelsas de nuestra profesión que comenzaron lo que llamaríamos la prédica antropológica: en Buenos Aires, Grasso, Rino y sobre todo Escardó. En Rosario, Lelio Zeno y Pizarro Crespo. En la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba, Orgaz, y Navarro. Nuestra Sociedad tiene como antecedente grupos de colegas que buscaron la colaboración de psicólogos y sobre todo de antropólogos, para satisfacer sus inquietudes científicas y humanistas. Cerramos la etapa inicial, creando esta Sociedad que, si necesita un lema, creo que el más adecuado es la afirmación kantiana: "el hombre es fin y no medio".

MEDICINA ANTROPOLÓGICA Y ÉTICA (ver en detalle en Unidad 7)

Sostenemos que la medicina antropológica es la **base moral** de la *medicina* y la *ética* y significa esencialmente respeto a la persona.

Dos conceptos básicos orientan la actitud ética:

1. Sostiene Erich Fromm que "la ética es la capacidad de ver al hombre en el acto de relacionarse en lugar de verlo como objeto. Debemos echar las bases de una nueva ciencia del hombre, en la que este sea comprendido, no solo con el método de la ciencia natural, que es apropiado también en muchos campos de la antropología y la psicología, sino también en el acto de amor, en el acto de *empatía*, en el acto de verlo de hombre a hombre".
2. Esta concepción humanista es la base de la medicina actual, como lo enfatiza la Declaración de la Junta de Academias Nacionales de Medicina (ALANAN): "el nuevo orden está signado por el desarrollo científico-tecnológico y la democratización de los regímenes políticos, la racionalización científica y la libertad civil". El horizonte filosófico no es, entonces, el de la naturaleza propia de la etapa hipocrática, ni el de Dios, propio de la etapa medioeval, sino el del **hombre**.

Frente al orden natural y al sobrenatural, surge el orden en la construcción o social. Toda la filosofía moderna converge hacia la reflexión sobre la ciencia y la política en su relación con el hombre. Se legitima, así, la separación entre ética y religión, por un lado, y entre ética y metafísica, por el otro, y corolario de ello, de la deontología (teoría del deber) sobre la ontología (teoría del ser), en otras palabras; la deontología o ética medica clásica, separada del orden religioso y del legal. Como profesión, como lugar de ciencia, docencia

y asistencia, la medicina se transforma en disciplina de salud pública, y el orden médico se constituye en el sistema normativo más influyente de la sociedad moderna.

CONCEPTOS BÁSICOS

El punto de partida es, entonces, la persona, el hombre-social. La medicina es la que tiene a su cargo el cuidado de su salud y la atención de su enfermedad. Para cumplir con ella debe responder a las siguientes condiciones:

1. Es una disciplina de base fundamentalmente científica que tiene principios específicos, objetivos independientes y métodos propios de evaluar sus resultados.
2. Debe verse como disciplina autónoma con leyes y métodos propios que se benefician con mutuo intercambio con las ciencias sociales.
3. Constituye una actividad de pensamiento que requiere el estudio de diversos sistemas con distintos niveles de organización.
4. Esta manera de pensar y obrar permite al médico y demás profesionales de la salud:
 - a) pensar y actuar racionalmente;
 - b) reconciliar el método científico con el humanismo, (la ciencia explica, el humanismo comprende);
 - c) integrar las áreas psicosociales al complejo disciplinario de la medicina.

Así vista, el ejercicio de la medicina requiere:

- a) los estudios sistemáticos de las relaciones entre los factores sociales, psicológicos y biológicos que determinan la distancia entre la salud y la enfermedad;
- b) la aplicación de los principios científicos al estudio de los fenómenos sub personales que afectan la salud;
- c) el enfoque integral y humanitario de la práctica médica.

La conclusión obligada es que el modelo fundado en esos requisitos es el de la medicina antropológica, integral, holística, a la vez que individual, que responde a los siguientes principios:

- a) concepto positivo e integrador de la salud;
- b) necesidad de la participación activa del individuo en el cuidado de la salud, a la vez que concepto educador del médico;
- c) la prevención pasa a ser tarea primordial;
- d) concepto multifactorial de las enfermedades;
- e) empleo igualmente factible de procedimientos naturales, no invasivos, no ortodoxos para tratar enfermedades.

CONTENIDO DE LA MEDICINA ANTROPOLÓGICA

La medicina antropológica queda bien definida. Significa:

1. *Concepción del paciente como persona.*
2. *Concepción de la clínica con mayor selectividad e idoneidad de la singularidad del paciente.*
3. *Ubicación del paciente en su entorno, indisoluble del individuo.*
4. *Atención a la condición situacional y asistencial del paciente.*
5. *Concepción científica, técnica y humanista de la relación médico-paciente.*
6. *Metodología de trabajo clínico y de investigación individual y transdisciplinaria.*

Subrayamos lo que, a nuestro juicio, es de gran importancia:

1. La medicina de la persona implica la totalidad de la misma.
2. Implica una actitud comprensiva del hombre.
3. Pasa del órgano enfermo a la persona enferma, vale decir al enfermo, en su perspectiva nosológica y ecológica.
4. El hombre enfermo no es espectador pasivo ni testimonio del proceso mórbido. Es protagonista del mismo.

CONDICIONES DE LA MÉDICINA ANTROPOLÓGICA

En consecuencia, el médico antropológico ha de reunir determinadas condiciones basadas en normas fundamentales: respeto a la singular relación médico-paciente; trilogía esencial de la ciencia, arte y conciencia; principio libre de la elección del médico, expresión de un derecho inalienable de la persona humana. La Conferencia Europea sobre Enseñanza de la medicina define así las condiciones que debe reunir el médico:

1. **Conocimientos** y comprensión de la patología humana. Por consiguiente, de la amplia gama de intervenciones que puede disponer.

2. **Habilidades** para la aplicación de los conocimientos, para el uso apropiado de los mismos. (Laín Entralgo sintetiza ambas exigencias en los siguientes términos: saber y saber hacer: cuándo, cuanto, cómo, dónde y momento).

3. Actitudes

- a) Capacidad de empatía y creación de una relación específica y afectiva con los pacientes y de desarrollar auto comprensión.
- b) Reconocimiento que el paciente es un individuo único que modifica los modos como obtiene la información y hace hipótesis sobre la naturaleza de su problema y su tratamiento.
- c) Debe comprender que ayudar a sus pacientes a resolver sus propios problemas es una actitud terapéutica fundamental.
- d) Que reconoce que puede contribuir profesionalmente a la comunidad.
- e) Que desea y es capaz de evaluar en forma crítica su propio trabajo.
- f) Que reconoce su propia necesidad de educación continua y de lectura crítica de la información médica. (Nota: Los cordobeses (radicados en Buenos Aires) Marcos Meeroff (ex profesor de medicina en nuestra universidad) y Alberto Chattás (ex profesor de pediatría de la UNC) originan la SAMA, hoy dirigida por el Dr. Francisco Maglio, y las Lic. Leila Mir Candal y Alicia Miranda.)

ANTROPOLOGÍA y sus DIVISIONES

El significado etimológico del término **antropología** es el de "estudio del hombre". La amplitud de esta definición da cuenta del vasto campo de estudio de la Antropología, sin duda la disciplina de ámbito más extenso dentro de las que se proponen contribuir al conocimiento del ser humano.

La **antropología**, que se define como disciplina científica en su interés por estudiar todas las sociedades humanas, pasadas y presentes, abarca un campo temático que incluye aspectos tan diversos como la estructura social, los sistemas de creencias y la organización de las diferentes sociedades. Asimismo, un rasgo que distingue la antropología de las otras ciencias humanas es el de ser la única disciplina que aborda el estudio del hombre tanto en sus manifestaciones generales desde una perspectiva sociocultural como en sus cualidades esenciales.

Divisiones de la Antropología

La Antropología científica se divide en:

⇒ **Antropología Física:**

Los antropólogos físicos siempre han estado interesados en la enfermedad y en la salud humana, ya en poblaciones antiguas, (evaluación de restos óseos y/o arqueológicos), ya en poblaciones actuales (estudios de antropocrecimiento y nutrición) como propone B. Bogin en su trascendental trabajo *Patterns of human growth*, Cambridge, 1988.

Es una rama de la Antropología que incluye:

- ~ **Antropometría:** Trata de las proporciones y medidas del ser humano. Sus contribuciones son de importancia médica para el establecimiento de criterios de normalidad, para descubrir anomalías del desarrollo de causa congénita y endocrinológica y para estimar aspectos tales como la demanda de líquidos, cálculo calórico, etc.
- ~ **Paleoantropología:** Es el estudio de los restos fósiles de antepasados humanos. A partir del análisis de restos fósiles intenta reconstruir las culturas prehistóricas y las conexiones filogenéticas de la evolución humana.



Figura 1.4. Paleoantropología y evolución de la especie.

Como perspectiva, la Antropología física accede al material antropológico en tanto representa la estructura de una *totalidad distributiva*. Sólo que ahora los términos de esa totalidad ya no son los individuos en cuanto constituidos por órganos, miembros, sino los individuos según clases de etnias y variedades, lo que no excluye, sino que incluye, la necesidad de considerar sus partes formales a diferentes escalas, que van desde los órganos y huesos y otras partes morfológicas hasta las partes que siguen siendo formales, por ejemplo, las macromoléculas de ADN, en la llamada *antropología molecular*.

A la vez que los individuos aparecen categorizados en etnias y variedades y ligados a diferentes climas y lugares también aparecen como partes o segmentos del orden de los primates y esto incluso con anterioridad a la Teoría de la Evolución. Dado que el hombre se entiende como una *especie*, la Antropología física se organizará precisamente como Antropología de razas. Lo constitutivo de esta Antropología física es precisamente la consideración de la *variedad o diversidad humana*, no solamente en sus diferencias estructurales, sino también genéticas y causales, y entre estas causas siempre cuenta de algún modo el hábitat geográfico natural.

La Antropología física así entendida, parece comprometida con la variedad humana y sus mezclas, y aunque en modo alguno puede oponerse en teoría a la nivelación de las razas, sin embargo, cabría añadir que, por estructura, se mueve dentro del horizonte de estas variedades y de ahí su histórico contacto con el racismo. La concepción y la muerte de los individuos no constituyen los límites de la Antropología biológica, puesto que su interés (a diferencia de la Antropología médica) se orienta, sobre todo, a los individuos de diferentes razas en la medida en que tienen capacidad reproductora. Los límites de la Antropología biológica se determinan, por la llamada Protoantropología, (estudio de los *homínidos*). Posteriormente, por la *Antropología cultural*, en tanto que muchas variedades

biológicas aparecen en continuidad con las diferencias culturales. Y es aquí donde las fronteras de la Antropología biológica tienden a entrar en conflicto con la Antropología cultural, dada la tendencia reduccionista de la Antropología biológica.

Como rama de la Antropología biológica habrá, pues, que considerar también la Antropología etológica, es decir, la Etología humana o Etoantropología (ethos = comportamiento).

⇒ **Antropología Cultural:**

La Antropología Cultural es el estudio de las prácticas de salud y sanación y como las mismas dan forma al patrón cultural de una sociedad o de grupos determinados.

Son ramas de la Antropología Cultural:

- ~ **Etnografía:** Ciencia cuyo objeto es el estudio de las razas o pueblos. Es una disciplina de naturaleza descriptiva.
- ~ **Etnología:** Disciplina teórica que intenta explicar las causas, factores y dinamisismos que determinan o condicionan la aparición, transformación y configuración de las culturas. Estudia los componentes más significativos de las diversas culturas. En este sentido, resulta un enfoque particular de la historia general de los pueblos.
- ~ **Folklore:** Voz inglesa que hace referencia al estudio de elementos del arte autóctono (*lore*), así como de las creencias y tradiciones de los pueblos (*folk*).
- ~ **Arqueología:** Incluye las ciencias y disciplinas que estudian las artes y monumentos de la antigüedad.

Actividad Práctica

UNIDAD 1

1. Defina, en sus propias palabras, que es Antropología, luego cómo puede vincularse ella con la Medicina.
2. Dé su propia definición y concepto de Medicina Antropológica.
3. Analice las condiciones y requisitos de la Medicina Antropológica, analice y elabore su idea personal sobre ellos.

UNIDAD 2

LA MEDICINA EN LA HISTORIA

Martín H. Roqué, Carmen M. Roqué

Historia de la Medicina

La Medicina es una profesión muy antigua. Desde la prehistoria hasta la actualidad, ha atravesado por épocas de esplendor y decadencia en una lucha constante contra la superstición, el dogmatismo o la incompreensión. Las ideas médicas han alternado también entre épocas en las que predominaba Esculapio: la enfermedad, el tratamiento, la terapia; y las que el predominio ha correspondido a Hygeia: la salud, la prevención y la educación para la salud.

La importancia de la incorporación del estudio de la Historia de la Medicina en la Cátedra de Medicina Antropológica radica en su carácter de complemento humanístico en la formación del médico. Así, con el propósito de Humanizar la profesión médica, comenzando desde la formación de los futuros médicos, es que queremos transmitir la importancia del estudio de la Historia como ciencia humana, como ciencia social, ciencia del hombre, necesaria para complementar y enriquecer la formación médica.

Es la *Historia de la Medicina* parte de la historia de la cultura; es conocer los orígenes de la profesión, desde la prehistoria con los amuletos, hasta la actualidad con la tecnología de vanguardia. Es conocer las raíces de terminología médica actual, las personalidades médicas destacadas, la evolución del pensamiento médico, a lo largo del tiempo, aportando al progreso de la humanidad. Muestra el esfuerzo del hombre por vencer el dolor, la enfermedad y preservar la salud en todas las épocas.

El *Objetivo* de esta unidad es fortalecer, por medio del conocimiento de la Historia de la Medicina, el lugar de las humanidades en esta profesión, mostrando que la misma siempre ha estado inmersa en lo social, lo económico, lo político y lo cultural.

“...Porque el humanismo importa debido a que forma al hombre, y el médico debe ser hombre ante todo”. Jorge Orgáz.

A continuación, se expone una breve revisión de los aspectos más sobresalientes de la Historia de la Medicina.

Dividiremos la evolución histórica de la Medicina en etapas:

- I. Medicina Mágica-Teúrgica/ Medicina Primitiva**
- II. Medicina Sacerdotal o de las Culturas Antiguas**
- III. Medicina de la Antigüedad Clásica (Grecia y Roma)**
- IV. Medicina Medieval**
- V. Medicina del Renacimiento**
- VI. Edad Moderna**
- VII. Siglo XIX**
- VIII. Siglo XX. Medicina Integral o Contemporánea**

I. Medicina Mágica-Teúrgica/ Medicina Primitiva

Prehistoria. Desde los albores de la humanidad hasta la aparición de la escritura alrededor del 3000aC.

Para hablar de los orígenes de la medicina, nos remontamos a los rastros dejados por la enfermedad en los restos humanos más antiguos. Marc Armand Ruffer (1859-1917), médico y arqueólogo británico, definió la *paleopatología* como la ciencia de las enfermedades que pueden ser demostradas en restos humanos de gran antigüedad.

Dentro de las patologías diagnosticadas en restos de seres humanos en el periodo Neolítico se incluyen anomalías congénitas como la *acondroplasia*, enfermedades *endocrinas* (gigantismo, enanismo, acromegalia, gota), *degenerativas* (artritis) e incluso algunos *tumores* (osteosarcomas), principalmente identificados sobre restos óseos.

La medicina mágica-teúrgica corresponde a una organización elemental de la vida en tribus, aldeas o clanes en torno a un jefe, quien cumple el rol de médico y brujo, se inviste de un poder sobrenatural para curar, a través de ritos, cánticos y danzas, utilizando atuendos impresionantes a los fines de espantar a los demonios. El lugar donde se desarrolla la práctica es la choza. La enfermedad es por causas sobrenaturales y el tratamiento es la magia realizada por el médico-brujo o chamán.

A menudo se tiende a emparentar esta medicina con la de los pueblos originarios, en torno a un chamán, quien cumple el rol médico. En la actualidad esta forma de medicina persiste tanto en las comunidades indígenas (Unidad 6), como en otras donde también se desarrollan estas prácticas.

II- Medicina Sacerdotal o de las Culturas Antiguas

Edad Antigua. Desde la aparición de la escritura (3000aC) hasta la caída del Imperio Romano de Occidente (476dC).

Aparición de “grandes civilizaciones”. La vida social se complejiza. Surgen las ciudades como consecuencia del desarrollo del comercio ⁽¹⁾. En esta nueva organización, el templo ocupa un lugar central y reemplaza a la choza. El sacerdote, quien suplanta al médico brujo, representa la máxima autoridad en estas sociedades de religiones politeístas.

Características del profesional. El sacerdote ejerce el rol de médico, quien alivia las dolencias del enfermo en el templo.

Las concepciones mágico-religiosas predominan en la explicación de la enfermedad. Las prácticas mágicas y religiosas prevalecen sobre las empíricas.

A continuación ejemplificamos cómo las diferentes civilizaciones antiguas conciben la enfermedad.

1- Asirios-Babilónicos: La enfermedad es signo de disgusto de los dioses, ocasionada por alguna transgresión física o moral del individuo. El tratamiento se basaba en oraciones, sacrificios y magia, todo destinado a contentar a los dioses.

Uno de los documentos más valiosos que se conserva es el “**Código de Hamurabi**” del antiguo reino de Babilonia (2250 aC). Es el primer cuerpo legal y expresa un fuerte sentido de justicia. Trata todos los aspectos de la vida económica, social, familiar de la antigua Mesopotamia. Once se refieren a la práctica médica, se establecen los honorarios según condición social del paciente y las sanciones al médico por producir una lesión u ocasionaba la muerte. Esta es una fiel evidencia de la existencia, hace cuatro mil años, de la profesión médica.

2-Egipcios. La medicina comparte características mágico-teúrgicas y empírico-rationales. Son testimonio de esta última tendencia los papiros médicos encontrados.

El papiro de Edwin Smith es un tratado sobre heridas, fracturas, luxaciones. Mide 4.5m aproximadamente. El de Ebers, de 20 m de largo, es un verdadero compendio de medicina, contiene cerca de mil recetas, algunos de cuyos componentes aún son conocidos (digital, opio, papaverina). Ambos fueron escritos hacia el año 1600 aC.

Para los egipcios el 4 era un número mágico, como varias de sus construcciones, obeliscos-pirámides, por ello, y antes que los griegos, concibieron la composición del cuerpo humano en base a 4 elementos: agua, aire, tierra y fuego.

Aunque expertos en la técnica del embalsamamiento, no desarrollaron conocimientos anatómicos. La medicina egipcia influyó fuertemente en la medicina griega.

3- Hindúes. Concepción mágico-racional de la enfermedad. Sus escritos médicos se concentran en el **AyurVeda** que significa *conocimiento de la vida*. Se destacaron en la cirugía tratando la catarata, la cesárea y la rinoplastia mediante colgajos de piel.

En la sociedad india la pena para el adulterio era la amputación de nariz; este fue el inicio del desarrollo de la cirugía plástica, reparando narices y orejas desfiguradas. Se destacaron en la técnica del yoga.

4- Chinos. Fuertemente influenciados por la religión y la filosofía, desarrollaron técnicas de fitoterapia, variolización (en su lucha contra la viruela) y la milenaria acupuntura, actualmente utilizada en la anestesia y en distintas dolencias.

5- América Precolombina. El vasto territorio del continente americano desarrolló durante todo el período histórico, previo a su descubrimiento por Europa, todo tipo de sociedades, culturas y civilizaciones, por lo que pueden encontrarse ejemplos de la medicina neolítica más primitiva, de chamanismo, y de una medicina casi técnica alcanzada por los mayas, los incas y los aztecas durante sus épocas de máximo esplendor.

Se destaca el uso de plantas medicinales de vigencia actual como la coca, la quina y el curare.

III- Medicina en la Antigüedad Clásica (Grecia y Roma)

A- Grecia

Medicina Pre-Hipocrática

Asclepiones y los templos de salud (s IV-III aC). Es una medicina mágica, teúrgica y sacerdotal. Adoraban a diversos dioses relacionados con la medicina como Apolo, el centauro Quirón, Asclepio y sus hijas Higeias y Panacea ⁽²⁾. En honor a Asclepio se construyeron templos o asclepiones en lugares seleccionados por su belleza natural (los más famosos en Epidauro, Cnido, Cos). Allí se realizaban curas por sugestión a través de sacerdotes (Asclepiades). Los pacientes curados, en agradecimiento contribuían con un retablo o ex voto (ofrenda). Reminiscencias de esta costumbre es, también, la práctica de ofrecer ex votos en las iglesias a imágenes milagrosas hasta el día de hoy.

Los inicios de la medicina como saber científico comienzan con los intentos de explicar el universo en función de causas naturales, fundado en un razonamiento lógico, ya no en causas sobrenaturales, mágico, religioso. Esta preocupación corresponde a los filósofos griegos (siglo VI AC)

Tales de Mileto, Anaxímenes, Anaximandro, Heráclito, Empédocles sentaron las bases de la doctrina de los 4 elementos agua, aire, fuego y tierra.

Pitágoras, inventor de la teoría de los números, dio a Hipócrates la idea de los días críticos o crisis de las enfermedades. Sus ideas fueron preparando el advenimiento del período clásico de la medicina griega, que tuvo su máxima expresión en el siglo de oro de Pericles (siglo V AC).

El “siglo de oro” de Pericles fue la época de esplendor de la cultura griega en las artes, la arquitectura, la escultura, el teatro (la tragedia, la comedia), la filosofía, la poesía, las ciencias.

Hipócrates de Cos (460-370 aC)

Hijo de Asclepiades (sacerdote del templo), vivió en la isla de Cos. Es considerado el “Padre de la Medicina”. Hipócrates produce un cambio profundo en las prácticas médicas vigentes y sus ideas realzan el humanismo helénico ⁽³⁾, una exaltación del hombre, una preocupación por su naturaleza, su vida y su destino. Su filosofía es antropocéntrica.

La salud y enfermedad son entendidas por Hipócrates como hechos naturales, y no sobrenaturales o mágicos. Todos los hechos de la naturaleza pueden ser observados e interpretados racionalmente.

Elabora la teoría humoral. Cuatro humores equivalentes a los cuatro principios del cosmos (enunciados por Empédocles y Tales de Mileto) *aire, fuego, agua y tierra*, se correspondían con sangre (caliente-húmeda), bilis amarilla (seca-caliente), flema (húmeda-fría) y bilis negra (seca-fría). Su equilibrio en proporciones armónicas produce la eucrasia (salud) y su desproporción, la discrasia (enfermedad).

El médico debía conocer la historia natural de la enfermedad, el pasado (anamnesis), el presente a través del uso de los 5 sentidos en el examen clínico y así establecer los signos y síntomas para llegar a un diagnóstico, y el futuro (pronóstico): prever la evolución y desenlace del proceso. Los médicos ganaban prestigio cuando sus pronósticos se cumplían.

La Terapéutica estaba fundada en la naturaleza y las indicaciones eran sencillas, dieta, ejercicios, baños, reposo, purgantes, etc.

Su obra, el **Corpus Hipocrático**, está constituido por 50 tratados en lengua jónica, escrito por Hipócrates y sus seguidores. Fue conservado en la Biblioteca de Alejandría (siglo III AC). Algunos de los tratados más importantes son:

- “*De las aguas, los aires y los lugares*” donde destaca la incidencia de los factores cósmicos y ambientales sobre la salud,
- “*Aforismos*”, pequeñas aseveraciones con vigencia actual, “Primero, no dañar” (Primum non nocere).

También estipula la conducta de los médicos a través de su *Juramento* que establece la ética profesional.

Medicina Post-Hipocrática

El Helenismo. Alejandro Magno expande la cultura griega hacia Egipto, Persia hasta la India. Alejandría, (siglo III AC) fue el principal centro cultural del mundo antiguo con su Museo y Biblioteca. Adelanto más importante: el estudio de la anatomía del hombre en base a la disección del cuerpo humano. Médicos destacados Herófilo y Erasístrato.

B- Roma

La importancia de Roma en la Historia de la Medicina radica en que fueron modelo de organización de los servicios sanitarios y en las medidas de higiene pública ⁽⁴⁾. Fueron importantes sanitaristas. Se destacaron en:

- *La enseñanza:* con la expansión del Imperio, se crean las primeras escuelas médicas oficiales para disponer de médicos y cirujanos militares.
- *Los servicios sanitarios:* se establecen enfermerías de campaña o “Valetudinarias”.
- *La higiene Pública:* con especial importancia a la provisión de agua.
- *Obras Hidráulicas:* Se construyen redes de alcantarillado, cloaca máxima, acueductos, también baños públicos, termas, fuentes, secado de pantanos para prevenir la malaria.

Hay que destacar un aporte fundamental de la medicina pública romana ⁽⁵⁾: Entre los principales arquitectos romanos existía la convicción de que la malaria se propagaba a través de insectos o aguas pantanosas. Bajo este principio, se realizaron obras públicas como acueductos, alcantarillas y baños públicos encaminadas a asegurar un suministro de agua potable de calidad y un adecuado sistema de evacuación de excretas ⁽⁶⁾. La medicina moderna les dará la razón casi veinte siglos después, cuando se demuestre que el suministro de agua potable y el sistema de eliminación de aguas residuales son dos de los principales indicadores del nivel de salud en la sociedad.

Médicos destacados

Galeno-s II dC (130-200dC.)

Médico griego que nace en Pérgamo, de gran prestigio en su época. Trascienden de él sus escritos considerados verdad absoluta e irrefutable durante toda la Edad Media. Médico de los gladiadores y médico de los Césares.

Sus descripciones anatómicas, basadas en la disección de monos y cerdos, fue incorrecta (la disección en cadáveres humanos estaba prohibida). Sus errores no fueron corregidos hasta que el anatomista Vesalio (1543) y el fisiólogo W. Harvey (1628) valientemente pusieron en duda la infalibilidad de su autoridad y demostraron la verdad de sus propios descubrimientos ⁽⁷⁾.

La terapéutica de Galeno era “contrari contrariis” y la famosa triaca.

Expuso la teoría de los cuatro temperamentos, en función de los cuatro humores: colérico, sanguíneo, flemático y melancólico utilizados en psiquiatría.

Celso (25 aC-50 dC)

Describió los signos de la inflamación que son: *tumor, calor, dolor y rubor* (“Tétrada de Celsius”). El Imperio romano oficializa la religión católica (siglo III DC).

IV- Medicina Medieval

Desde la caída del Imperio Romano de Occidente (476 DC- siglo V) hasta el Renacimiento (1453- siglo XV)

La razón del estancamiento de nuevos avances en medicina a partir de este período y durante la Edad Media responde a la importancia creciente del cristianismo en la vida política y social, reacio al concepto helénico de ciencia natural y más proclive a una visión determinista (teocéntrica) de la enfermedad ⁽⁸⁾.

El vasto Imperio Romano se divide en Imperio Romano de Occidente (con capital en Roma) y en Imperio Romano en Oriente (con capital en Bizancio, luego Constantinopla).

Fe y feudalismo. En Occidente (Mundo Cristiano), surge la concepción cristiana de salud-enfermedad, sólo el alma y su cuidado importa, no del cuerpo. El saber médico se estanca y se enclaustra en los Monasterios. El movimiento monacal, procedente de Oriente, comenzó a extenderse por Europa, en el siglo V.

En el Concilio de Clermont, en 1130, llegó a prohibirse a todo clérigo el estudio de cualquier forma de medicina, y en 1215, Inocencio III publica la encíclica *Ecclesia abhorret a sanguine* (“La Iglesia aborrece la sangre”): En ella, la Iglesia católica se reafirma en su firme oposición a todo derramamiento de sangre, incluido el derivado de la actividad quirúrgica.

Montecassino (520 DC.) y los Benedictinos. Concepto de Caridad Cristiana. Se brindaba “hospitalidad”, plegarias (medicamento más eficaz) a peregrinos, pobres, desvalidos, mujeres abandonadas. Así surgen los primeros hospicios u hospitales cristianos y leproserías o lazaretos, que se multiplican con las Cruzadas (monjes armados en busca del Santo Sepulcro).

En Oriente (Mundo árabe), por el contrario, las obras clásicas son conservadas y traducidas al persa, sirio, hindú, etc. Los árabes conservaron las obras grecorromanas y

aportaron nuevos conocimientos (“ciencia árabe”) en química, matemática, álgebra. A partir del siglo XI se expanden a Occidente y comienza a dar sus frutos. La medicina árabe se destacó por sus hospitales en lujo, organización y pulcritud (a diferencia de los hospitales cristianos), y por la ampliación de su farmacopea.

Médicos destacados: Rhazés, Avicena, Maimónides.

Enseñanza de la Medicina. El saber clásico se concentra en las escuelas monacales (monjes, copistas de libros), luego en las escuelas catedráticas –en manos del clero- con una educación escolástica, ésta será la base fundamental en la formación de las futuras Universidades.

Escuela de Salerno (Italia) –siglos XI al XIII- Se desarrolló al sur de Nápoles una escuela médica de especial interés: La escuela de Salerno. La situación geográfica privilegiada en el sur de Italia, fue refugio de bizantinos y árabes, y permitió el surgimiento de esta Escuela Médica, fundada según una leyenda, por un griego (Ponto), un hebreo (Helino), un musulmán (Adela) y un cristiano (Magister Salernus), conocida originalmente con el nombre de *Collegium Hippocraticum*. La orientación de la Escuela de Salerno es fundamentalmente experimental y descriptiva, y su obra más importante es el *Regimen Sanitatis Salernitanum* (1480), un compendio de normas higiénicas, de nutrición, de hierbas y de otras indicaciones terapéuticas. En la *Escuela*, aparte de las enseñanzas médicas (donde las mujeres eran admitidas como profesoras y como alumnas), había además cursos de filosofía, teología y derecho.

Su declive comienza a principios del siglo XIII, debido a la proliferación de universidades por todo el continente (Bolonia, París, Oxford, Salamanca).

A partir del siglo XII comienzan a aparecer las **Universidades**. Nacen las primeras “universitas” como corporaciones de estudiantes (scholarium), de profesores (magistrarum), o de ambas, siempre bajo la protección del Papa, del Emperador o del Municipio. Las primeras son la de Bologna (1088), París (1110), Oxford (1167), Montpellier (1181). Al principio recibieron el nombre de studium generale que comprendía 4 ramas del saber, Artes, Teología, Derecho y Medicina. En el siglo XIV se reemplaza el término studium generale por el de universitas. El avance más importante es en anatomía, con la vuelta a la disección humana, en sus comienzos más por razones forenses que anatómicas (Boloña).

A fines de la Edad Media, la ciudad medieval –burgo- típica, amurallada, caracterizada por el hacinamiento, malas condiciones sanitarias, las hambrunas, la ignorancia, fue azotada por epidemias (malaria, tifus, influenza), pero fue la Peste Negra o Bubónica (siglo XIV) que diezmó Europa y actualizó la idea de contagio y de aislamiento (*cuarentena*, palabra ideada por Ragussa, oficial sanitario de Venecia, y que deriva de “quarante giorni”, o sea del número de días que los marinos debían permanecer aislados para ver si tenían o la enfermedad).

Dos hechos históricos marcaron el modo de ejercer la medicina, e incluso de enfermar en este período.

- Por un lado, las grandes plagas que asolaron y protagonizaron el final de la Edad Media. Durante el siglo XIV hace su aparición en Europa la *Peste Negra*, causa de la muerte, por sí sola, de unos 20 a 25 millones de personas.
- Por otro, los siglos XV y XVI dieron, en Italia, el origen de una filosofía de la ciencia y de la sociedad basada en la tradición clásica –greco romana- del *humanismo*. El florecimiento de Universidades en Italia al amparo de las nuevas clases mercantiles, fue el motor intelectual del que se derivó el progreso científico que caracterizó a este periodo.

V- Medicina del Renacimiento

(1453 caída de Constantinopla en manos de los turcos Otomanos- siglos XV al XVI).

Es la época de los grandes anatomistas: la evidencia experimental acaba con los errores anatómicos y fisiológicos de Galeno. Copérnico publica su teoría heliocéntrica el mismo año en el que *Andrés Vesalio*, el principal anatomista de este período, publica “*De humani corporis fabrica*”, su obra más relevante y manual imprescindible para los estudiantes de medicina de los siguientes cuatro siglos ⁽⁹⁾.

El Renacimiento fue un movimiento de renovación cultural iniciado en Italia que se extendió a Europa, caracterizado por un retorno a la cultura clásica grecorromana. Se produce un gran cambio en las ideas y en la cosmovisión, la revolución copernicana, la cual sustituye la teoría Ptolomeica del universo por la heliocéntrica.

Se inicia en Italia la revolución pictórica con Giotto, Rafael, Miguel Ángel, Leonardo Da Vinci, Tiziano, Tintorero. La gran perfección alcanzada por estos artistas se

debió al detallado estudio del cuerpo humano en disecciones de cadáveres. Los primeros frutos de esta audaz tarea se pueden observar en láminas anatómicas de Leonardo Da Vinci y en los murales realizados por Miguel Ángel en la Capilla Sixtina.

El descubrimiento de América por las potencias europeas trae aparejado el conocimiento de nuevas enfermedades (*sífilis*) y plantas medicinales (*quina-coca-curare*). Los largos viajes marítimos revivieron el *escorbuto* (falta de vitamina C en la dieta de los marineros).

Personalidades destacadas en el conocimiento médico

André A. Vesalio, el anatomista (1514-1564):. Nace en Bruselas. Autor de uno de los libros más influyentes sobre anatomía humana "*De humani corporis fabrica*" (*Sobre la estructura del cuerpo humano*). Basó sus estudios anatómicos en la observación directa, rechazando algunos errores anatómicos presentes en la obra de Galeno, por lo que es considerado el fundador de la anatomía moderna (10).

Ambrosio Paré, el cirujano (1510-1592): Nace en Laval (Francia). De origen humilde, fue aprendiz de barbero, estudió anatomía en el Hotel de Dieu de París (siglo VII). Fue médico del ejército. Contaba que después de una sangrienta batalla, el número de heridos fue tan grande que se agotó el aceite de sauco que se utilizaba para cauterizar las heridas por armas de fuego y observó mejoría en aquellas heridas en donde no se lo utilizaba, suspendiendo así el uso del aceite caliente en las heridas. Introduce la ligadura de las arterias para cohibir las hemorragias (antes se usaba un hierro caliente).

Paracelso o Felipe Teofrasto Von Hohenhein, el clínico (1493-1541): nace en Suiza. Revoluciona el campo médico. Excéntrico, rompe con los antiguos ritos en la enseñanza y práctica de la medicina, dejando el latín por su lengua vernácula. Quemó en plaza pública los libros de Galeno, Rhazés, Avicena. Introduce el uso del mercurio en el tratamiento de la sífilis.

Jerónimo Fracastoro, el epidemiólogo (1478-1553): nace en Verona. Introduce las ideas sobre transmisión de las enfermedades. En su libro expone la teoría del contagio, por contacto directo de persona a persona (*sarna, lepra, TBC.*), contacto indirecto a través de vehículos (heces, vestidos, platos, etc.) y transmisión a distancia (Peste Bubónica, viruela). Realiza una descripción minuciosa de la sífilis, la cual expone en su célebre poema "*Syphilis sive morbos gallicus*".

VI- Medicina de la Edad Moderna

(siglos XVI al XVIII –Revolución Francesa 1789-)

A partir del *Discurso del Método* (de René Descartes) se produce la primera revolución científica generando nuevas concepciones sobre el pensamiento y la ciencia, sobre el método experimental y la introducción de instrumentos en la investigación.

Los progresos médicos más importantes del s. XVII y s. XVIII y los nombres más destacados a continuación:

- La Circulación de la Sangre

Miguel Servet (1511-1553), español, describe la circulación menor o pulmonar, por sus diferencias religiosas y enemigo personal de Calvino fue quemado junto a sus libros en la hoguera.

William Harvey (1578-1657), nació en Inglaterra, estudió en Cambridge y en Padua. Sus investigaciones fueron en organismos vivos, estudiando lo dinámico y no lo estático, iniciando así la fisiología médica. Concluye que el latido del corazón coincidía con el pulso de las arterias (11), “*El corazón es una simple bomba*” que latía 72 veces aproximadamente por minuto. Fue el primero en medir el gasto cardíaco, (volumen minuto actual). Realiza la descripción de la circulación mayor “cardiopulmonar”.

- La microscopía

Galileo Galilei (1564-1642) fue el primero que utilizó el aumento óptico como instrumental científico.

Antón Van Leeuwenhoek (1632-1723) holandés, comerciante de sedas, fue el primero en realizar importantes observaciones con microscopios fabricados por él mismo.

Marcelo Malpighi (1628-1694), italiano, fundador de la histología. Descubre el nexo microscópico entre el sistema arterial y venoso, los capilares pulmonares, cerrando el círculo sanguíneo dando la prueba irrefutable a los descubrimientos de Harvey y Servet. Descubrió el estrato de la piel que hoy lleva su nombre, las papilas gustativas y los glomérulos renales.

- La Clínica

Thomas Sydenham (1624-1689), inglés, neohipocrático, de familia puritana, hizo que la medicina volviera a regirse por los principios hipocráticos. Sus agudas

observaciones al costado de la cama del paciente (“*diagnosis at the bedside*”) le permitieron dejar las más claras descripciones de la viruela, paludismo, neumonía, escarlatina, realizó magistrales descripciones de la gota que él padecía y la corea menor (corea de Sydenham). Prescribió la quina para el paludismo y el láudano (derivado del opio) contra el dolor. Para la medicina anglosajona, es el “padre” de la moderna clínica médica.

- Anatomía Patológica

Giovanni Morgagni (1682-1771), italiano, fundó la Anatomía Patológica. Correlaciona las alteraciones macroscópicas de los órganos en el cadáver con las manifestaciones clínicas del sujeto en vida (correlación clínico-morfológicas).

- Vacuna antivariólica

Eduardo Jenner (1749-1823), inglés, médico rural. La viruela había amenazado a la población durante la Edad Media. Observa que las ordeñadoras de vacas lecheras de un distrito rural sufrían una infección leve, *cow pox* (viruela vacuna) y no padecían la *small pox* (viruela humana). Inocula la linfa extraída de una de ellas, Sarah Nelmes, a un niño, James Phipps de 8 años (1796), con lo cual queda protegido (inmunidad contra la viruela), desde entonces, a este tipo de inmunización se la conoce como “vacuna”.

- El estetoscopio y la auscultación

René Laennec (1781-1826), médico francés, inventor del estetoscopio, estableció la técnica de la auscultación. En 1816, debido a la vergüenza que el médico sentía al acercar su oído al pecho de las pacientes creó el primer estetoscopio, de madera de cedro o ébano, cilíndrico, uniauricular, de 30 cm de longitud. Describió el enfisema pulmonar, el edema, el infarto de pulmón, la neumonía, neumotórax, TBC pulmonar. Su nombre se asocia a la cirrosis hepática de etiología alcohólica (cirrosis hepática de Laennec).

- Neuropsiquiatría

Philippe Pinel (1745-1826). Revoluciona la psiquiatría quitando las cadenas de los enfermos mentales, convencido que tratados con bondad y humanidad serían más fáciles de manejar. Fue director del Hospital de la Salpêtrière.

IX- Medicina del siglo XIX

El siglo XIX es el siglo de la salud pública, de la asepsia, de la anestesia y de la victoria definitiva de la cirugía. Este siglo verá nacer la teoría de la evolución, (Carlos Darwin), una expresión antropológica del positivismo científico, propio de la época. Se caracterizó por el desarrollo y progreso de la medicina con la incorporación del método experimental.

- La Fisiología moderna y experimental

Claudio Bernard (1813-1878). Médico francés. En 1848, Claude Bernard, el gran fisiólogo de este siglo y “fundador” oficial de la medicina experimental, descubre la primera enzima (lipasa pancreática)¹². Descubre que el azúcar que se encontraba en la sangre se producía en el hígado, descubriéndose la función glucogénica del hígado. Muy importante es que desarrolla el concepto de *medio interno* (*milieu interieur*), de donde luego derivara la especialidad que hoy denominamos “medicina interna”. Afirma el determinismo y establece que todo fenómeno de la naturaleza obedece a una causa y siempre que la misma opere se produce el mismo efecto.

- La Bacteriología Moderna.

A finales de este siglo Louis Pasteur, Robert Koch y Joseph Lister demostrarán inequívocamente la naturaleza etiológica de los procesos infecciosos mediante la teoría microbiana.

Louis Pasteur (1822-1895), en Francia da por terminada la teoría de la generación espontánea. Descubre el papel de los microorganismos en la naturaleza tras observar la fermentación de los vinos.

Demostró el poder bactericida del calor a temperatura de 50° a 60°, proceso denominado “pasteurización”. Creó la vacuna antirrábica utilizándola en un niño de Alsacia que había sido mordido por un perro rabioso. Puede considerarse uno de los investigadores más influyentes en la historia de la medicina del siglo XIX. Su formación como químico le llevó a diseñar un método de observación de sustancias químicas mediante luz polarizada, lo que le abrió las puertas para el estudio de los microorganismos (inicialmente levaduras), demostrando que en los procesos de fermentación no se producían fenómenos de “generación espontánea” sino de proliferación de microorganismos previamente presentes.

Robert Koch (1843-1910), médico de Hamburgo, descubre el agente que producía el ántrax o carbunco, el bacillus antracis. En Berlín realizó su obra más genial que fue el descubrimiento del bacilo de la TBC (*mycobacterium tuberculosis* o bacilo de Koch) en 1882 y en 1905 se le otorgó el premio nobel.

Berhing descubrió el suero contra la difteria, recibiendo el premio nobel.

Calmette descubrió el suero antiofídico, y junto con **Guérín** experimentó la vacuna antituberculosa, BCG.

- Revolución Tecnológica. La Radiología. La radioterapia

W. Roentgen (1845-1923), físico alemán, que en 1895 descubre los rayos X. Es la primera de las técnicas de *diagnóstico por imagen* que permitirán observar el interior del cuerpo humano en vivo. Recibe el premio nobel en 1901.

Pierre y Marie Curie descubren la *radioactividad*, que originaría la *medicina nuclear*, reciben el premio nobel de física en 1903.

- La revolución de la Cirugía

La infección, septicemia, era el flagelo de la sala de operaciones que alejaba al paciente del hospital y limitaba al cirujano sus posibilidades terapéuticas.

Antisepsia. La tragedia de la Fiebre Puerperal. **Ignacio Felipe Semmelweis** (1827-1912) un obstetra húngaro que demostró la eficacia de lavarse las manos con una solución antiséptica e introdujo el uso de agua clorada. Médico que representa el paradigma de la ruptura definitiva de la medicina contemporánea, de índole empírica y sometida al método científico, con la posteriormente en el Hospital General de Viena, donde entró en contacto con Skoda, Virchow, Hebra y Rokitansky, estudiando junto a este último los procesos infecciosos en relación con las intervenciones quirúrgicas. De ahí nacerá la obsesión que le acompañará toda su vida, y que le llevará, durante su trabajo en una de las Maternidades del Hospicio General de Viena, a establecer la fuerte sospecha de que la mortalidad materna por una infección contraída durante el parto se debía a que los estudiantes no se lavaban las manos antes de asistir a las parturientas.

En realidad, y así lo postulo Semmelweis, el origen de la infección se encontraba en que los estudiantes acudían a los partos después de asistir a las sesiones de disección de cadáveres, portando en sus manos un agente infeccioso (“cadaverina”) procedente del material putrefacto de los mismos. Y la solución, propuesta y corroborada con un nuevo estudio por él mismo, se basaba en el lavado de manos previo al parto con una solución

de cloruro cálcico. Sin embargo, y salvo contadas excepciones, el estamento médico oficial rechazó sus evidencias, tildándolo de farsante. Acabó con su vida tras contaminarse con un escalpelo empleado en la disección de un cadáver para demostrar su teoría, pero aún pasarían algunos años antes de la demostración oficial por Lister y Pasteur.

Joseph Lister (1827-1912), médico cirujano inglés, cuáquero como su padre. Leyó los descubrimientos de Pasteur sobre la fermentación y la putrefacción, utilizó el ácido fénico como desinfectante para combatir los gérmenes. Aplicaría posteriormente este conocimiento desarrollando mediante calor la práctica quirúrgica de la asepsia y la antisepsia, consiguiendo así disminuir drásticamente las tasas de mortalidad tras las operaciones, principal obstáculo para el definitivo despegue de la cirugía. El golpe definitivo a las enfermedades infecciosas (tras las vacunas y la asepsia) lo dará Alexander Fleming (1881-1955), científico escocés, a comienzos del siglo XX con el descubrimiento de la penicilina, el primer antibiótico, a partir del hongo *Penicillium notatum*. Compartió el Premio Nobel de Medicina en 1945 junto a Ernst Boris Chain y Howard Walter Florey. Asepsia. Se creó el método de esterilización por vapor, ideada por Dionisio Papín, físico francés quien en 1680 inventó la primera olla a presión (marmita de Papin).

William Halsted (1852-1922), médico estadounidense, que en 1890 introdujo el uso de los guantes de látex y las pinzas hemostáticas de punta fina.

- La Anestesia

William Morton (1819-1868) odontólogo estadounidense fue pionero en la aplicación de anestesia en cirugía y odontología. Llevó a cabo en 1846 la primera demostración pública de la utilización del éter como anestésico administrado por inhalación en un paciente que es intervenido por el cirujano Warren (Hospital de Massachusetts)¹³.

James Simpson, profesor de obstetricia de Edimburgo, utiliza el cloroformo para anestesia obstétrica en 1847.

- La teoría genética

Gregorio Mendel (1822-1884), austríaco, monje agustino, que realiza en su convento experimentos con semillas, iniciando en 1866 la genética con las leyes de la transmisión de los caracteres hereditarios. A partir de 1900 esta teoría se convierte en una de las ramas básicas de la biología. El término “gen” fue incorporado por Johanssen en 1911.

Watson y Crick en 1953 descubren la estructura del ADN, recibiendo el premio nobel en 1962.

X- Medicina del siglo XX. Medicina Integral

Caracterizada por el crecimiento exponencial de nuevos conocimientos aplicados a la tecnología médica, diagnóstica y terapéutica (radioisótopos, electroforesis, espectrofotometría, ecografía, tomografía computada, resonancia nuclear magnética, genoma humano, fertilización asistida, trasplantes, etc.).

Se incrementan las especializaciones médicas acentuando la mirada más hacia la enfermedad que hacia el enfermo. Progreso, técnica y deshumanización son rasgos distintivos de esta medicina, pero como aspecto positivo contribuyó a prolongar la expectativa de vida significativamente.

Paralelamente, el desarrollo de las ciencias sociales y el reconocimiento de que la enfermedad es un fenómeno multicausal y el hombre una realidad biopsicosocial, condujo a un nuevo concepto de la patología, la práctica y la educación médica. La medicina actual apunta a integrar los aspectos preventivos con los curativos y la dimensión biofísica de la patología con el enfoque antropológico el cual destaca la dimensión interpersonal del encuentro médico-paciente.

Medicina en Argentina

I- Premios Nobel Argentinos

Bernardo A. Houssay (10 de abril 1887 – 21 de septiembre 1971), farmacéutico, médico y fisiólogo argentino nacido en Buenos Aires. Por sus descubrimientos sobre el papel desempeñado por las hormonas pituitarias en la regulación de la cantidad de azúcar en sangre (glucosa), fue galardonado con el **Premio Nobel de Medicina** en 1947 siendo el primer argentino y latinoamericano laureado en Ciencias. Gracias a su trabajo, la fisiología fue la disciplina médica que mayor vigor y desarrollo tuvo en la Argentina.

Luis Federico Leloir (París, Francia, 6 de septiembre de 1906 - Buenos Aires, Argentina, 17 de diciembre de 1987), fue un médico y bioquímico argentino que recibió el **Premio Nobel de Química** en 1970, siendo el primer hispano en conseguirlo. Su investigación más relevante, y por la cual obtuvo la distinción que le otorgó fama internacional, se centra en los nucleótidos de azúcar (biosíntesis del UDPG, que verán

ustedes en química biológica), y el rol que cumplen en la fabricación de los hidratos de carbono. Tras su hallazgo se lograron entender de forma acabada los pormenores de la enfermedad congénita galactosemia.

César Milstein (Bahía Blanca, Argentina, 8 de octubre de 1927 – Cambridge, Inglaterra, 24 de marzo de 2002) fue un bioquímico argentino nacionalizado británico, ganador del **Premio Nobel de Medicina** en 1984. Estando en Cambridge a los 36 años, formo parte del Laboratorio de Biología Molecular y trabajó en el estudio de las inmunoglobulinas, adelantando el entendimiento acerca del proceso por el cual la sangre produce anticuerpos (las proteínas encargadas de combatir a la presencia de cuerpos extraños o antígenos). Junto a G. Köhler desarrolló una técnica para crear anticuerpos con idéntica estructura química, que denominó anticuerpos monoclonales. En 1983, Milstein fue nombrado jefe y director de la División de Química, Proteínas y Ácidos Nucleicos de la Universidad de Cambridge. Por su trabajo en el desarrollo de anticuerpos monoclonales obtuvo el **Premio Nobel de Fisiología y Medicina** en 1984. (Nótese que otros dos argentinos obtuvieron premios Nobel, aunque no en medicina sino de la Paz: Carlos Saavedra Lamas, en 1936 y Adolfo Pérez Esquivel en 1982)

II- Personalidades Argentinas destacadas

Juan Vucetich (1858-1925) antropólogo, policía e inventor argentino nacido en Croacia, desarrolló y puso por primera vez en práctica un sistema dactiloscópico para identificar personas por sus huellas digitales. Creador del sistema Dactiloscópico Argentino, nadie hasta Vucetich, había logrado implementar un sistema universalmente reconocido para la individualización de personas.

Luis Agote (1868-1954) desarrolló y puso en práctica el método de conservación de sangre para transfusiones por adición de citrato de sodio.

Un ejemplo, tal vez el más importante por lo que significó para nuestra escuela médica y cuyos beneficios excedieron la frontera de nuestro país para contribuir universalmente al beneficio de la humanidad, es el Método Agote para la transfusión de sangre.

René Favaloro (1923-2000) prestigioso educador, humanista y médico cardiocirujano argentino, reconocido mundialmente por ser quien realizó el primer bypass cardíaco en el

mundo. Favaloro se graduó en 1949 y ejerció 12 años como médico rural en la localidad de Jacinto Aráoz. En 1962 se fue a la Cleveland Clinic, donde ganó fama y prestigio mundiales. Entonces decidió regresar al país, en 1971, para crear, cuatro años más tarde, la Fundación Favaloro, a la que imaginaba idéntica a la Cleveland estadounidense.

Llegaría así su gran y trascendental aporte a la cirugía cardiovascular: la técnica del *bypass*, es decir, la cirugía directa de revascularización miocárdica, una técnica propia, y que consistía en salvar las obstrucciones en los vasos sanguíneos al construir un puente entre dos venas o arterias.

La primera operación la hizo con una técnica personal y distinta a las que se utilizaban en ese momento: reemplazó el trozo de arteria coronaria dañado por una porción de vena safena.

En 1992, The New York Times lo consideró un “héroe mundial que cambió parte de la medicina moderna y revolucionó la medicina cardíaca”. El diario estadounidense no exageraba: Favaloro realizó 13.000 by-pass hasta sus 69 años, cuando decidió dedicarse íntegramente a la enseñanza.

Su paso por la célebre Cleveland Clinic, y sus hallazgos científicos, le dieron un prestigio internacional que su modestia trataba de atenuar. Es larga la lista de distinciones internacionales que recibió. Pero la que más lo emocionó fue cuando en 1980 la Universidad de Tel Aviv lo designó Doctor Honoris Causa. Debido a las inoperancias del sistema sanitario argentino y a las penurias económicas que aquejaron a su Fundación, decidió suicidarse de un certero disparo...al corazón.

Ramón Carrillo (1906-1956), gran sanitarista y primer ministro de Salud Pública que tuvo el país. Aprovechando la oportunidad que le brindaba el ascenso del Partido Peronista, en 1946 decidió dedicarse a atacar las causas de las enfermedades desde el poder público a su alcance. Así se convirtió luego en el primer ministro de Salud Pública que tuvo la Argentina. El derrocamiento de Perón, le negó el merecido reconocimiento. Murió pobre y olvidado en Brasil, su país de exilio.

Pablo Mirizzi (1893-1964) y la “Mirizigrafía”, cirujano cordobés, creador de la Colangiografía Intraoperatoria, procedimiento que fue adoptado universalmente como elemento fundamental del diagnóstico biliar intraoperatorio, y se ha convertido en uno de los mayores aportes de la ciencia argentina a la cirugía.

Jorge Orgáz (1899-1987), médico cordobés, humanista y su libro “*El Humanismo en la formación del médico*”¹⁴ reformista universitario, profesor de patología y de clínica médica, rector de la Universidad de Córdoba, ensayista prolífico, y extraordinario clínico, fue uno de los más lúcidos intelectuales de Córdoba.

Gregorio Araoz Alfaro (1870-1955) Pediatra. Se doctoró con diploma de honor en 1892. Desde 1893 trabajó en la protección a la infancia y auspició la lucha contra la mortalidad de niños. Célebres fueron, igualmente, sus presidencias del Departamento Nacional de Higiene, y la instalación de nuevas secciones de profilaxis de la tuberculosis, asistencia a la infancia y lucha contra el tracoma.

Florencio Escardó: (Mza1904-Bs.As.1992). Un intelectual implicado en la medicina sanitaria, la política, la educación; con todo aquello en que la voz del hombre estuviese involucrada con su impronta humana, como sinónimo de perfección moral. Y sobre todo fue pediatra. No un médico de niños: pediatra, como le gustaba que lo llamasen y lo recordasen en la posteridad, pues, decía, la pediatría es la medicina del hombre y *le* incumbe todo lo que a cuidado y encauce físico se refiere (alimentación, higiene), y todo lo que a cuidado y encauce psicosocial se refiere (regulación afectiva de la vida familiar). Debíó luchar contra una férrea oposición institucional para que los niños internados puedan ser acompañados por sus madres. El doctor Escardó desarrolló las grandes innovaciones de la pediatría en la Argentina, sería recordada como el epicentro de la medicina humanizada. Uno de sus mejores escritos se titula “*Moral para médicos*”.

Antecedentes Históricos de la Facultad de Medicina de Córdoba (FMC)

El obispo Fray Fernando de Trejo y Sanabria en 1613 funda la Universidad de Córdoba, primero como “Colegio Máximo” hasta tanto se le confiere el título Superior que es el actual que tiene, situación que se concreto y Real Cédula de Felipe III en 1622. La Universidad fue regentada por los Jesuitas desde el primer momento. Luego los jesuitas fueron expulsados de la ciudad y de las colonias por Carlos III en 1767 pasando la dirección de la Universidad a los Franciscanos. En 1800 toma categoría de “Universidad Mayor de San Carlos”. Luego en 1808 se hace cargo de la Universidad el clero secular nombrándose rector al Deán Gregorio Funes quien contribuye al progreso de la ciencia

El 10 de octubre de 1877 fue fundada la Facultad de Ciencias Médicas. Según refiere el historiador Dr. F. Garzón Maceda¹⁵ se pueden considerar tres períodos de la Facultad de Ciencias Médicas:

1. *Preparatorio*: El Presidente Domingo Faustino Sarmiento (1868) mejora el sistema de enseñanza y la eficiencia de la investigación solicitándole a Burmeister la contratación de profesores europeos, entre ellos al holandés Weyemberg. En 1869 se crea la “Academia Nacional de Ciencias de Córdoba” y en 1876 nace la “Facultad de Ciencias Exactas Físicas y Naturales”. En 1874 el Rector de la Universidad Nacional de Córdoba Manuel Lucero impulsa la creación de la Facultad de Medicina, asesorado por el médico Weyemberg y el Dr. L. Warcalde médico y diputado nacional por Córdoba presenta proyecto de ley para la creación de la Facultad de Ciencias Médicas, aprobándose el mismo en la Cámara de Senadores y Diputados en 1877 promulgándose la ley en el Congreso de la Nación.
2. *Período de inicio de la Facultad de Medicina en 1878 y Reforma*: El Dr. Weyemberg, promotor de la fundación, organiza la Facultad, único profesor en primer año. Confeccionó el plan de estudios con 24 materias obligatorias y 4 voluntarias (entre estas, Historia de la Medicina). Veintidós alumnos completaron el primer año. En 1884 diez egresados presentaban su Tesis de Doctorado entre ellos Ramón Gil Barros y Pedro Vella.

El primer establecimiento asistencial de la Facultad fue el viejo Hospital San Roque (fundado en 1762, regentado por los Padres Betlehemitas), también llamado Hospital de Belén. En 1878 el Hospital se incorpora a la nueva Facultad de Medicina, mejorando económica y técnicamente su funcionamiento, creándose servicios Universitarios de Clínica Médica y en 1917 se incorporan nuevos pabellones. Del viejo Hospital hoy queda solo la iglesia en completo estado de abandono.

Otros establecimientos asistenciales fueron el Hospital de niños de la Santísima Trinidad fundado en 1894 y sostenido por sociedades de beneficencia.

En 1906 se crea la “Escuela Práctica” con las Cátedras de Higiene, Fisiología y Bacteriología.

Luego de 30 años de burocracia se inaugura en 1813 el Hospital Nacional de Clínicas, destacándose como eminentes cirujanos los Dres. Pedro Vella (cuyo

nombre lleva actualmente el Hospital), Martín Ferreyra, Luis Martín Allende, Antonio Nores, Pablo Mirizzi, Romagosa y como clínicos Alejandro Centeno, F Garzón Maceda, Caferatta, Ramón Brandán y como pediatras en otros Hospitales, Gerónimo del Barco, Luis Lanza Castelli, y Benito Soria.

El Hospital Misericordia (1923) y el Hospital Tránsito Cáceres de Allende (1922) fueron fundados por sociedades de beneficencia que prestaron servicios asistenciales y de docencia para diversas Cátedras de la Facultad de Medicina.

La “**Reforma Universitaria de 1918**”. Fue la máxima protesta estudiantil (por la supresión del internado en el Hospital de Clínicas), se creó un comité Pro-Reforma pero el Presidente Yrigoyen intervino la Universidad Nacional de Córdoba.

Apoyaron la lucha estudiantil el ex Gobernador de Córdoba, Ramón J. Cárcano y personalidades como Deodoro Roca, Enrique Martínez Paz y Jorge Orgáz.

Se difunde el “*Manifiesto Liminar: a los hombres libres de Sud América*” (debido a acumulación de cargos, nepotismo administrativo, arbitrariedades de concursos docentes e insuficiencia en la enseñanza práctica) redactado por Deodoro Roca y el estudiante de nacionalidad peruana Raúl Haya de la Torre. Los estudiantes de todo el país junto a los obreros se pliegan a la huelga. La Universidad requería un cambio de fondo.

3- Tercer Período: En 1925 el Decanato, oficinas administrativas, Consejo Directivo, Biblioteca y escuela de Farmacia se trasladan a edificio propio frente a la Universidad, luego cedido ahora a la Facultad de Abogacía.

Se contrataron profesores extranjeros como el Dr. Pedro Ara, quien funda el Instituto y Museo de Anatomía en 1925, Instituto de Fisiología y Patología a cargo de los Profesores Oscar Orías e Inés López Colombo. Por su prestigio, el Dr. Ara fue designado por el entonces presidente Perón para embalsamar el cuerpo de Eva Duarte.

En 1932 se funda la Revista de la Facultad de Ciencias Médicas y en 1933 se construye la Maternidad Nacional con nuevas Cátedras de Ginecología y otras de Clínica, Cirugía, Semiología y Traumatología.

En 1960 se remodelaron los edificios de la Ciudad Universitaria, inicialmente proyectados para residencias estudiantiles y se dedicaron a la docencia.

Bibliografía

1. Guthrie D., Tratado de Historia de la Medicina, Ed Salvat, 1947; 99, 102.
2. Roqué C. M, Roqué M (h), Ruival C. Roqué Molina MH. "Mitología y Medicina. 1 era ed. Córdoba. UNC 2011. ISBN978-950-33-0884-4.
3. Aznarez E. Hipócrates Antología comentada. Dirección gral. De publicaciones UNC, 1982. Pag 17-28.
4. Leake C.D., Rome's Architectural Hygiene, Ann. Med. Hist. Vol II, 1930; 138
5. Bailey C., Ed. The legacy of Rome, Medicine 1923;294.
6. Garrison F. H., Historia de la Medicina Ilustrada. 1966; 156, 158.
7. Laín Entralgo P., Historia Universal de la Medicina. Tomo 3, Ed. Salvat 1982.
8. Mc Nall Burns, Civilización de Occidente, su historia y su cultura, 14° Ed Tomo I, Cap 9 y 10. 235-264.
9. Castiglioni A., Storia della Medicina Traducción española, Ed Salvat 1941.
10. Mc Nall Burns, Civilización de Occidente, su historia y su cultura, 14° Ed Tomo I, Cap 13 y 14 359-397.
11. Laín Entralgo P., Historia Universal de la Medicina. Tomo 4, Ed. Salvat 1982.
12. Laín Entralgo P., Clásicos de la Medicina, Claudio Bernard y la experimentación Fisiológica. Madrid 1947.
13. Roqué Molina M.H., Roqué M.H. (h). La supresión del dolor un célebre descubrimiento. "Revista Médica de Córdoba" vol 78- I.S.S.N.0370-6125.
14. Roqué C. M., "Medicina y Humanidades", Revista Facultad de Ciencias Médicas, vol 65, 2008, N 2. I.S.S.N. 1835-0506.
15. Garzón Maceda Historia General de la Medicina Argentina Tomo I, (1976). Historia de FCM de Cba.UNC (1927).

Actividades Prácticas

UNIDAD 2

Historia de la Medicina

En función de los principales lineamientos históricos desarrollados en el Manual de Cátedra y en clase, el uso de bibliografía recomendada y de Internet como fuente información –TICS (Tecnología de Investigación y Comunicaciones)-

Realice las siguientes *Actividades Prácticas*:

Para leer, pensar, relacionar, profundizar y contestar.

Dinámica de trabajo grupal y puesta en común.

1- Actualmente existe la tendencia de volver a una Medicina Hipocrática-conservadora-natural-integral. En función de este enfoque, ¿por qué Hipócrates es considerado el “Padre de la Medicina”? Nombre al menos cinco aspectos que justifican tal afirmación.

2- Elabore un mapa conceptual con los hechos más destacados de la medicina en Roma y su relación con la Salud Pública. En la actualidad ¿qué vigencia tiene? Dé ejemplos de medicina preventiva –medidas sanitarias- para evitar enfermedades. Ej Dengue.

3- En la Edad Media no todo fue oscurantismo. ¿Qué Instituciones significativas para la educación médica actual surgen en la Edad Media? ¿Cómo surgen? Ejemplifique.

4- Realice un esquema con los hechos más destacados de la Medicina del Renacimiento. Renacer en Cultura, arte y ciencia, relacione ambos aspectos y nombre las personalidades más destacadas. Cite ejemplos de artistas y sus obras de artes de la época más significativas relacionadas con la anatomía.

5- Elija alguna de las siguientes personalidades médicas, investigue a cerca de su biografía y labor médica.

Hendrik Weyemberg, Pedro Vella, Bernardo Houssay, Pablo Mirizzi, Ramón Carrillo, René Favaloro.

UNIDAD 3

EVOLUCION Y DESARROLLO

Jorge Manrique, Silvina Trucchia, Eduardo Halac

Introducción

En la Unidad 1, se ha hecho referencia a que las acciones propias de la práctica médica tienen como sujeto a las personas sanas o enfermas consideradas a partir de una concepción integral de la realidad humana. Esto es, desde una perspectiva biológica, psicológica y social, que considera al hombre como una persona total determinado por su entorno, producto de una historia familiar, social, de relaciones, con una estructura mental y una personalidad determinada, con características propias de vivir los acontecimientos de su vida, de significarlos y de responder ante los mismos.

Partir de una concepción de hombre como una realidad biopsicosocial, inmerso en el mundo y actuando en sociedad, nos conduce a definirlo como una totalidad; totalidad en la cual, al alterarse la dimensión biológica, se alteran -por ende- las dimensiones psicológica y social y viceversa.

Atendiendo a las necesidades de formación del alumno de medicina, la psicología aporta conocimientos referidos a la conducta, el comportamiento y la personalidad del hombre. Desde la psicología, se especifica cómo se estructura, se organiza y funciona el psiquismo humano, a los fines de que los futuros médicos comprendan que las posibles alteraciones que cada individuo experimenta ante la situación de enfermar afectarán a la persona en su totalidad.

El individuo se enfrenta desde el momento de su nacimiento, durante el transcurso de su desarrollo y en el instante de su muerte, a situaciones transformadoras de su propia existencia. Estas situaciones, de tránsito obligado en el proceso vital del hombre, estimulan la capacidad -como ser viviente- de su posibilidad para transformarse por medio del intercambio de experiencias.

De allí se desprende la necesidad de que el estudiante de medicina pueda dar respuesta de aquello que, desde una dimensión psicológica, se considera saludable y de

aquello que no lo es. El médico, en el ejercicio de su práctica profesional, será consultado frecuentemente ante determinadas problemáticas vinculadas con la psicología, tales como pubertad, adolescencia, menopausia, entre otras; las personas (sanas y enfermas) ante problemáticas o inquietudes que se les presenta en cada etapa de la vida, acuden -en una primera consulta- al médico y no al psicólogo.

MEDICINA Y PSICOLOGÍA

La Psicología es considerada una disciplina autónoma a partir del siglo XIX, momento en el que se desprende de la filosofía. Su objeto de estudio es la psiquis, la personalidad o la conducta del hombre, según sea la concepción filosófica que fundamente su marco teórico. Por tanto, introducir a los alumnos de medicina en el conocimiento de temáticas específicas de esta disciplina tiene como principal objetivo el conocer al hombre, centrando el análisis en el estudio de la personalidad y de sus manifestaciones generales.

La dimensión psicológica -como factor gravitante en la experiencia cotidiana del médico- surge de la índole social de la medicina. Esto no sólo se refleja en los aspectos humanos y éticos del vínculo que se establece en la práctica médica, sino en las características que adquiere la enfermedad en cada ser humano, hecho que resulta fuertemente influenciado por la forma en que cada individuo vivencia y asume el *estar enfermo*.

Los aportes que desde esta área se brindarán a los estudiantes de medicina, posibilitarán la profundización del conocimiento del ser humano en su aspecto psicológico, contribuyendo así, en el entendimiento de sí mismo y de los otros. Aspecto este central, cuando se trata de una carrera que implica desde el proceso de formación hasta su práctica misma, el contacto y relación permanente con los demás.

Breve Reseña del desarrollo científico de la Psicología

La Psicología es una ciencia porque su propósito es la investigación de hechos y la determinación de las leyes que los rigen. Posee un objeto de estudio propio y usa métodos específicos.

En general, la Psicología es la ciencia que estudia todo lo que hacen, dicen, sienten y piensan los seres humanos, de acuerdo con su modo de ser, las circunstancias que viven y en su relación con los demás.

El origen de la palabra se remonta a la Filosofía: psicología *en griego* Psyque (*Alma*), Logos (*estudio o tratado*), por ello, hasta fines del siglo XIX fue definida como: “parte de la Filosofía que se ocupaba del estudio del alma”

Hoy se define a la Psicología como:

“Ciencia que se ocupa del estudio de la conducta en función de la personalidad y dentro de un contexto social y cultural”

Evolución de la Psicología como ciencia

El campo de lo psicológico o psíquico, se va delimitando como un conjunto de fenómenos peculiares, observables y estudiables empírica y experimentalmente, atendiendo sobre todo a los datos de la conciencia. Esta *etapa, la de la psicología experimental*, surge con el propósito de recoger y describir hechos y coincide con la emancipación y desprendimiento de la psicología del señorío de la Filosofía y con la creación del primer laboratorio de psicología experimental por Wilhelm Wundt (1832-1920), en Leipzig, Alemania, en 1879. Su método se llamó “Introspección Experimental” y quedó definido de la siguiente manera:

Objeto de la Psicología

- la conciencia (experiencia interna)

Método de la Psicología

- la introspeccion experimental

Con la Psicología experimental comienza el estudio de la fisiología de los sentidos, específicamente psicológicos, como la sensación, la percepción y las reacciones a los estímulos. La Psicología debía estudiar todo lo que pasaba dentro de las personas, tales como las sensaciones, los pensamientos, las percepciones, los sentimientos, las imágenes, etc., bajo condiciones establecidas por los psicólogos a cargo de la experiencia. De estos trabajos se extraían conclusiones generales que permitían suponer reglas generales para el funcionamiento psicológico humano.

En las ciencias físico- naturales los pasos son los siguientes:

- 1- observación del hecho o fenómeno
- 2- planteamiento de hipótesis
- 3- verificación de hipótesis
- 4- resolución

Este método tiene limitaciones cuando lo aplicamos a las Ciencias Humanas debido a las diferencias propias del objeto de estudio.

El objeto de estudio de la psicología es “la conducta de personas reales y concretas”, algo en permanente cambio, es decir un objeto dinámico. No hay dos personas iguales, como tampoco una misma persona se comporta igual frente a distintas circunstancias.

Esto no significa que en Psicología no pueda utilizarse el método científico, sino que éstos tienen distintas características.

En algunos campos de la psicología, la experimentación es necesaria:

Ejemplo:

⇒ *Medir el nivel de fatiga ante determinado trabajo con el objetivo de mejorar el rendimiento de cierta actividad física.*

⇒ *Medir el coeficiente mental, el rendimiento intelectual, la atención, etc.*

En cambio, existen campos de la psicología en los que la experimentación no es posible ni tampoco apropiada.

Ejemplo:

⇒ *No es posible someter a una persona a privaciones o torturas para examinar su conducta frente a esas circunstancias.*

⇒ *No es posible separar a un bebé de su madre durante los primeros meses de vida con el solo propósito de estudiar el posterior desarrollo de la personalidad.*

En estos y otros casos, el método experimental no es aplicable por razones científicas, pero especialmente por razones humanitarias y éticas que lo hacen impensable.

LA CONDUCTA HUMANA

La interacción entre el hombre y su medio

A partir del momento en que un ser humano nace, se encuentra inserto en un medio social y natural determinados. Desde ese momento -y durante toda su vida- estará en constante relación con dicho medio. Por lo tanto, el ambiente lo influirá y estimulará. Cada objeto que toque, la forma en que lo alimenten y lo cuiden, las personas que entren en contacto con él, le mostrará al niño las características del mundo en que nació. Ese medio puede ser, hostil o amigable, rudimentario o tecnificado, indiferente o protector.

¿Qué es la Conducta?

Las conductas son las acciones del hombre en relación con el medio, manifestándose como una búsqueda de equilibrio; por ellas se integran las necesidades del hombre con las posibilidades que le presenta el medio. Dichas acciones no son siempre visibles desde el exterior, sino que se manifiestan en dos dimensiones: la exterior y la interior. La dimensión exterior se refiere a las conductas observables, tales como una expresión de alegría. La interior, a las conductas que no se ven, pero que acontecen, tales como las de un sujeto que permanece quieto pero que piensa.

La conducta, a su vez, se manifiesta en tres áreas:

- ⇒ (área 1) en la de las expresiones mentales,
- ⇒ (área 2) en la de las expresiones del cuerpo,
- ⇒ (área 3) en la de las relaciones sociales y actuación en el mundo externo.

Las áreas de la conducta son claras en la situación, por ejemplo, del comportamiento de una persona ante una emoción de miedo: el sujeto la experimenta vivencialmente (área 1), se pone pálido y el corazón le palpita agitadamente (área 2) y se lanza a correr (área 3). Hay variación en las manifestaciones en cada área, pero se trata de una *conducta única*; todos los procesos descritos constituyen facetas de la reacción total de un organismo a una situación, en este caso una situación de amenaza o riesgo.

En realidad, la conducta se manifiesta en las tres áreas pero, según las circunstancias, predominará en algunas de ellas.

La conducta es el vínculo entre los seres. Desde que el hombre nace no deja de conducirse. Surge una necesidad y con ella una conducta que busca satisfacerla a través del vínculo con los demás. La forma en que logre vincularse dependerá de lo que los demás le posibiliten y también de su capacidad de acción.

A lo largo de la vida cada ser humano va desarrollando una forma peculiar de conducirse, de vincularse con el medio, que es fruto de la interacción entre ambos. La experiencia que en este intercambio adquiere cada individuo no se pierde, sino que se incorpora e influye en las conductas posteriores.

De esta manera, cada hombre irá conformando un estilo propio de conducirse o vincularse, resultado de esa experiencia previa. El término *Personalidad* designa, precisamente, esa forma particular de vínculo con los otros seres. Cada persona estructura su personalidad a través de las conductas.

Conducta y homeostasis

Todos los seres de la naturaleza-las plantas y los animales- establecen una relación de equilibrio dinámico con el medio ambiente físico.

En el plano *biológico*, la *homeostasis* (palabra creada por el fisiólogo estadounidense Cannon para designar el equilibrio de todas las funciones biológicas) expresa ese equilibrio que se da en forma de una regulación automática. Por ejemplo, si la temperatura del medio exterior baja, se produce en el organismo la vasoconstricción, que impide la pérdida de calor del cuerpo y conduce a un aumento del metabolismo interno. Así, todo organismo vivo está en proceso de intercambio con el medio, tendiendo a lograr con éste un equilibrio, para poder llegar a una mejor adaptación.

Del mismo modo, en el plano psicológico la conducta cumple la misma función reguladora que la homeostasis a nivel biológico.

La conducta es una forma de adaptación. Por la conducta el hombre procura una adecuada adaptación al medio. Así, la conducta implica una reacción global del sujeto vinculada con las circunstancias en las que se encuentra.

Ahora bien, adaptación no significa aceptación pasiva de las limitaciones. Por el contrario, por su naturaleza de proceso dinámico, la adaptación implica la respuesta activa del sujeto para canalizar sus necesidades según las posibilidades que el medio pueda brindarle y, aún, la necesaria modificación de éste último para satisfacerlas.

Como el intercambio es continuo, cada conducta es una nueva adaptación o, una readaptación.

Conducta y personalidad

Las conductas no están aisladas e inconexas respecto del sujeto que las realiza, sino que están unidas a él; se hallan referidas al marco de su “*persona*”. Dicho de otro modo, las conductas no se dan por azar, sino que representan acciones típicas de un sujeto, son expresiones particulares de él. Se puede reconocer que determinadas conductas son propias de tal o cual sujeto: son sus modos de resolver una determinada situación.

Por lo tanto, las conductas son una manifestación de la persona, de un “yo” particular; es decir, expresan su personalidad. Así, la personalidad no es visible, sino explicable a través del estudio de las conductas, y sobre todo, del estudio evolutivo de éstas, de la historia personal del sujeto.

Las conductas son lo observable, lo visible de la personalidad, cuya estructura o conformación subyace a las conductas.

Conducta y personalidad, como términos indisolublemente unidos, marcan el campo de estudio de la psicología.

La conducta, al ser observable, puede ser analizada, controlada, e incluso puede experimentarse sobre ella. En cambio, la personalidad, al ser inferida a partir del análisis de la conducta, puede ser explicada a través de teorías.

PERSONALIDAD

Resulta fácil hablar de aspectos o rasgos de la personalidad sin definir el término en sí. Y se hace con frecuencia: “*No confío en ese hombre. No es honesto*”, o “*Quiero a Andrea, pues tiene buen corazón*”. Pero es difícil elaborar una definición amplia de lo que es personalidad. Un concepto actual que se puede utilizar es:

Personalidad: *Patrón de sentimientos y pensamientos ligados al comportamiento que persiste a lo largo del tiempo y de las situaciones. Son las cualidades que distinguen a una persona de las demás e incluye pautas de pensamiento, percepción y conducta relativamente estables que determinan su particular adaptación al ambiente.*

La anterior es una definición bastante larga, pero es la que advierte dos cosas importantes. Primero, que la personalidad se refiere a aquellos aspectos que distinguen a un individuo de cualquier otro -y en este sentido la personalidad es característica de una persona-. El segundo aspecto es que la personalidad persiste a través del tiempo y de las situaciones.

Debe quedar en claro que la personalidad es algo único de cada individuo, y es lo que caracteriza a cada uno como ente independiente y diferente.

Desde esta perspectiva, la personalidad se define como “*el patrón de pensamientos, sentimientos y conductas que presenta una persona y que persiste a lo largo de toda su vida, a través de diferentes situaciones*”.

Personalidad es el término con el que se designa las características que distinguen a una persona de las demás.

El pensamiento, la emoción y el comportamiento por sí solos no constituyen la personalidad de un individuo; ésta se oculta precisamente tras esos elementos. La personalidad también implica previsibilidad sobre cómo actuará y cómo reaccionará una persona bajo diversas circunstancias.

MODELOS O TEORÍAS DE LA PERSONALIDAD

Las teorías de la personalidad son aproximaciones conceptuales que ofrecen una visión global de la misma con la finalidad de establecer bases para su investigación, abordaje clínico y terapéutico, estableciendo pautas de salud que permitan elaborar acciones preventivas. Las distintas teorías psicológicas recalcan determinados aspectos concretos de la personalidad y discrepan unas de otras sobre cómo se organiza, se desarrolla y se manifiesta en el comportamiento. Casi todas tienen raíces filosóficas y, en tanto teorías, incluyen proposiciones, hipótesis e inferencias. Si bien todas aportan aspectos particulares, ninguna da cuenta de la totalidad del fenómeno humano, el más complejo del orden natural.

I. Modelo personalista

Este modelo explica la personalidad del individuo con referencia a lo que hay en su interior (sentimientos, valores, ilusiones). Supone que la persona tiene una conducta o comportamiento más o menos estable porque posee una estructura interna concreta que le predispone a actuar así.

II. Modelo Conductista

Esta teoría toma como base para el estudio del individuo, la conducta observable, no otorgando valor científico a la realidad intrapsíquica, yo o cualquier otro concepto conectado con un agente de unidad y autonomía psíquica. La conducta humana es explicada sobre la base de los reflejos condicionados descubiertos por el filósofo Iván Pavlov o el denominado condicionamiento operante de los americanos F. Skinner y J. B. Watson. Si un comportamiento determinado provoca algo positivo (se refuerza), se repetirá en el futuro; por el contrario, si sus consecuencias son negativas (hay castigo) la probabilidad de repetirse será menor. Así, la persona actúa ante una situación específica con una serie de hábitos adquiridos.

En términos de comportamiento humano el condicionamiento operante explica la perpetuación de conductas que satisfacen necesidades del sujeto (hábito).

En este modelo la base de la conducta es la asociación de estímulos en la corteza (conexionismos) y el mantenimiento de la misma por respuesta desde el ambiente (refuerzo). Toda conducta que no se refuerza tiende a extinguirse. Desde un punto de vista educativo y pedagógico, este modelo es más usado en las disciplinas quirúrgicas; de lo contrario sería difícil aprender técnicas operatorias. Igual situación ocurre en ciertas áreas clínicas, donde se requiere práctica manual (intubaciones, punciones venosas, punciones lumbares, palpación manual de órganos, etc.) de donde surge otro axioma médico importante: “*la práctica hace a la perfección*”.

III. Modelo Psicoanalítico

El Psicoanálisis es una de las teorías que más influencia ha tenido en el pensamiento psicológico contemporáneo. Creado en Viena por el neurofisiólogo Sigmund Freud, refiere a una teoría explicativa de la personalidad basada en la investigación y el análisis de los procesos mentales inconscientes. Freud sostenía que los procesos del inconsciente dirigen gran parte del comportamiento de las personas. Por lo que - principios del siglo XX-elaboró dos esquemas explicativos del Aparato Psíquico que se complementan entre sí. El primer esquema está constituido por los *sistemas Consciente, Preconsciente e Inconsciente*. El segundo por las *instancias Ello, Yo y Superyo*.

Estructura del Aparato Psíquico

El término *Aparato Psíquico* es un intento de hacer comprensible el complejo funcionamiento del psiquismo, dividiéndolo según una cierta organización interna y atribuyendo una función particular a cada parte constitutiva de este aparato, ya sean éstas sistemas o instancias. El mencionado aparato no tiene una ubicación espacial, no está localizado en el cerebro; la esquematización del mismo apunta a la comprensión de su estudio. La vida psíquica no se divide en sectores, no tiene forma, es inmaterial y se da en un proceso dinámico donde cada aspecto está estrechamente ligado a otro.

Debemos resaltar que de todos los aparatos del cuerpo humano, el *psíquico es el único que no está presente al nacimiento, sino que se crea después de nacer*.

La medicina no reconoce a Freud la misma importancia de antaño; ni tampoco el psicoanálisis ha sobrevivido el paso del tiempo tal como su autor lo concibió. Sin embargo, muchos de sus conceptos permanecen actuales.

EVOLUCIÓN Y DESARROLLO

El desarrollo humano es un proceso muy complejo, que exige el estudio de los cambios del comportamiento debidos a la interacción de diversas variables, como son los factores biológicos, motivacionales, cognoscitivos y ambientales, los procesos culturales, de socialización, y de aprendizaje. Estos factores afectan el comportamiento a través de los años. Al ser todos ellos episodios particulares, demarcan un tipo de desarrollo evolutivo único para cada individuo.

Al decir que cada individuo tiene un tipo de desarrollo evolutivo único o bien definido, no se está afirmando que no haya similitud, características o patrones de desarrollo más o menos estables en determinadas poblaciones; al contrario, a pesar de existir patrones de desarrollo, maduración y crecimiento particulares para cada individuo, también existen similitudes entre éstos; y es del estudio de estas diferencias y similitudes de las que se encarga la antro-po-psicología.

El proceso del desarrollo se lleva a cabo permanentemente desde la misma concepción hasta la muerte. Durante este proceso general se observa cómo el hombre se va "configurando", partiendo de estados mínimos y desorganizados hasta llegar a niveles "perfectos" de organización.

¿Por qué estudiar el desarrollo humano?

El interés por el estudio del desarrollo humano proporciona datos, que muestran las características y rangos de comportamiento, cognoscitivos y sentimientos típicos de cualquier población en particular y en cualquier tiempo. Esto es muy importante, ya que, por ejemplo, hacer berrinches, succionar el dedo o gatear son conductas "normales" en cierta edad, puesto que una gran proporción de niños exhiben estos comportamientos. Ahora bien, el profesional que observe a un niño realizando estas conductas, en una edad a la que no corresponde a la media de la población o contexto general infantil de esa edad, puede inferir alguna alteración que se debe a la disfunción de una o diversas variables que afectan el proceso de desarrollo del hombre. Entonces, se puede decir que el conocimiento del desarrollo humano permite, en un momento dado, o en cualquier edad, saber si un individuo da señales o indicativos de salud o alteración en su proceso de desarrollo.

Desde que el naturalista inglés *Charles Darwin* (Inglaterra, 1809-1882) publicase su obra cumbre: "*Del origen de las especies*", se ha sostenido que las especies que habitan

el planeta, evolucionan, se adaptan y cambian según las modificaciones a las que están expuestos, sea por el medio ambiente, disponibilidad de alimentos y demás. Nuestra especie no es excepción y su supervivencia a través de millones de años atestigua de su capacidad para adaptarse a diferentes situaciones. El ejemplo clásico sería la desaparición de antecesores como mamuts y dinosaurios y ciertas variedades de monos y aves. Igualmente, la *paleontología* demuestra las diferentes clases de homínidos que poblaron la tierra hasta la aparición del homo sapiens.

Tabla comparativa de las diferentes especies del género *Homo*

Los nombres en negrita indican la existencia de numerosos registros fósiles.

Especies	Cronología (cron)	Distribución	Altura de adulto (m)	Masa de adulto (kg)	Volumen craneal (cm ³)	Registro fósil	Descubrimiento / publicación del nombre
<i>H. habilis</i>	2.5-1.4	África oriental	1.0-1.5	30-55	600	Varios	1960/1964
<i>H. rudolfensis</i>	1.9	Kenia				1 cráneo	1972/1986
<i>H. georgicus</i>	1.8-1.6	Georgia			600	Escasos	1999/2002
<i>H. ergaster</i>	1.9-1.25	Este y Sur de África	1.9		700-850	Varios	1975
<i>H. erectus</i>	2-0.3	África, Eurasia (Java, China, Vietnam, Cáucaso)	1.8	60	900-1100	Varios	1891/1892
<i>H. cepranensis</i>	0.8	Italia				1 copa craneal	1994/2003
<i>H. antecessor</i>	0.8-0.35	España, Inglaterra	1.75	90	1000	Tres sitios	1994/1997
<i>H. heidelbergensis</i>	0.6-0.25	Europa, África	1.8	60	1100-1400	Varios	1907/1908
<i>Homo rhodesiensis</i>	0.3-0.12	Zambia			1300	Muy pocos	1921
<i>Homo neanderthalensis</i>	0.23-0.024	Europa, Asia Occidental	1.6	55-70 (compleción fuerte)	1200-1700	Varios	1829/1864
<i>Homo sapiens</i>	0.25-presente	Mundial	1.4-1.9	55-100	1000-1850	Todavía vive	—/1758
<i>H. sapiens idaltu</i>	0.16	Etiopía			1450	3 cráneos	1997/2003
<i>H. floresiensis</i>	0.10-0.012	Indonesia	1.0	25	400	7 individuos	2003/2004

Figura 3.1. El género homo según evolución de los homínidos.

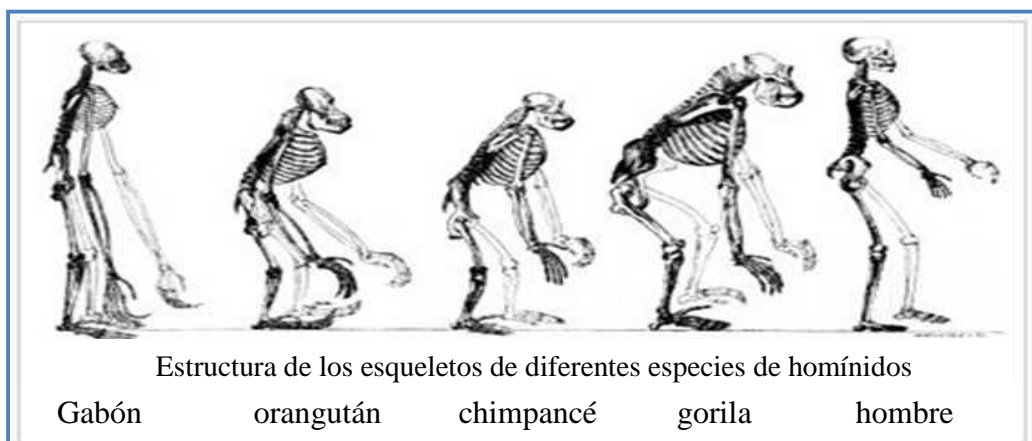


Figura 3.2. Evolución esquelética comparativa de diferentes homínidos incluyendo el hombre.

Homínidos	Existencia	Cerebro	¿Hablaba?	¿Fabricaba instrumentos?
Anamesis	4,2 - 3,8 millones de años	400 - 500 gr	No	No
Afarensis	3,7 - 3 millones de años	400 - 500 gr	No	No
Africanus	3 - 2,5 millones de años	375 - 515 gr	Quizás	No
Bosei	2,4 - 1 millones de años	410 - 530 gr	Quizás	No
Rudolfensis	2,5 - 1,8 millones de años	800 gr	Posiblemente	Sí
Habilis	2,3 - 1,5 millones de años	580 - 670 gr	Sí	Sí
Erectus	1,8 - 300.000 años	750 - 1.250 gr	Sí	Sí, y dominaba el fuego
Neanderthalis	127.000 - 30.000 años	1.750 gr	Sí	Sí
Heidelbergensis	300.000 años	1.200 gr	Sí	Sí
Sapiens sapiens	100.000 años - actualidad	1.250 - 1.380gr	Sí	Sí

Figura 3.3. Características de las diferentes clases de homínidos.



Figura 3.4. Homínidos recientes y homo sapiens sapiens.

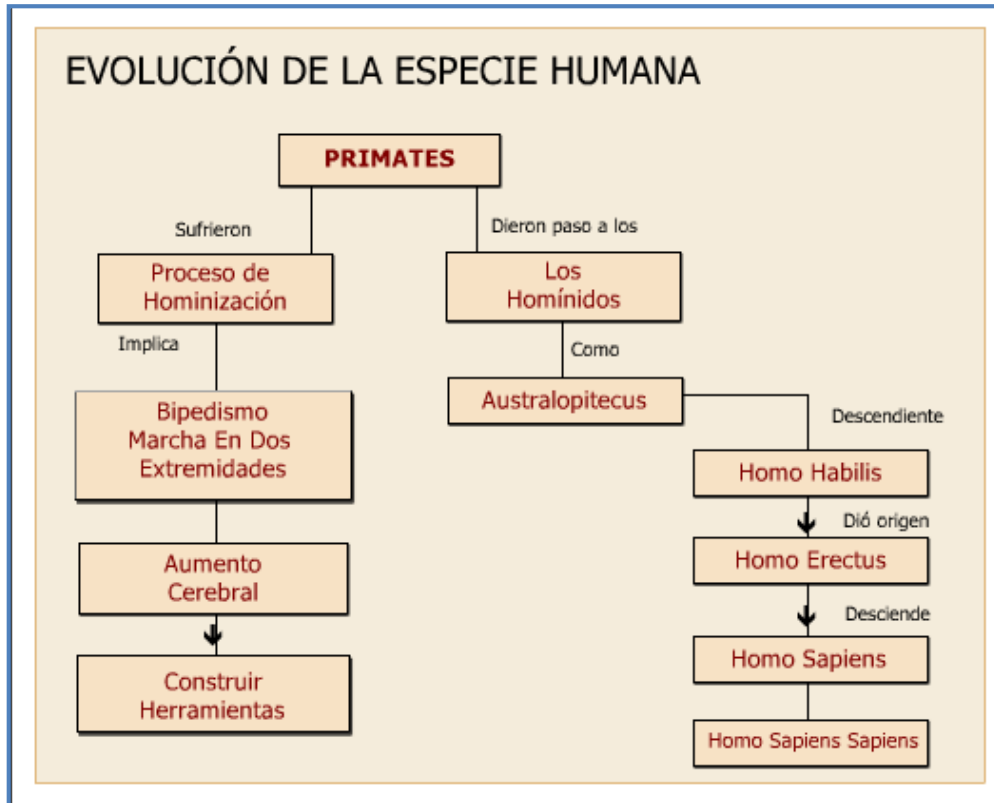


Figura 3.5. Evolución de los primates.

Aparición de los mamíferos

Hace 70-65 millones de años, desaparecieron los grandes reptiles y dinosaurios comenzando el desarrollo de los mamíferos. Estos pequeños animales dejaron el suelo para trepar a los árboles (arborícolas). El salto a la vida sobre los árboles se debió, posiblemente, a la necesidad (*adaptación, evolución darwiniana*) de sobrevivir. Podemos decir que al desaparecer los *grandes dinosaurios*, los mamíferos sobrevivientes ocuparon el lugar predominante en la naturaleza y entre ellos se destacaron los *primates* que habitaban en las copas de los árboles y que desarrollaron una gran capacidad para sobrevivir: poseían un cerebro superior puesto que podían coordinar la vista y el movimiento de las manos. Sus manos eran prensiles y la posición de los ojos les permitía una visión tridimensional.

Características Básicas de los Primates:

El nombre de "*Primates*" fue usado por primera vez por Linneo en 1758 en su ordenación taxonómica de los animales; significa "primeros" en latín y el incluyó en su orden Primate a los humanos, monos antropomorfos, monos del Viejo Mundo y monos del

Nuevo Mundo, distinguiéndolos del resto de mamíferos, a los que llamó "Secundates" (segundos).

El grupo de los *primates* tienen características anatómicas que poseen ciertos rasgos que en su conjunto permiten identificarlos. Como características de los primates se pueden mencionar:

- * Manos y pies con cinco dedos
- * Pies plantígrados (como el oso y el hombre actual).
- * Pulgar oponible en manos y pies (algunas especies, como el hombre, han perdido la capacidad de oponer el pulgar del pie).
- * Clavículas presentes.
- * Uñas planas en lugar de garras (en la gran mayoría de las especies).
- * Visión a color (en la gran mayoría de las especies).
- * Articulaciones bien desarrolladas en hombro y codos.
- * Hemisferios cerebrales bien desarrollados.
- * Visión binocular (en diferentes grados).
- * Órbitas oculares rodeadas de hueso.

Los primeros primates fueron animales pequeños, de hábitos nocturnos, que vivían (casi siempre) en los árboles. Con el tiempo, algunos de éstos fueron cambiando sus hábitos y características físicas: su cráneo fue mayor, creció su cerebro, podían tomar objetos con las manos, adaptarse al día y alimentarse de frutas y vegetales.

Del tronco común de los primates, surgieron dos ramas de monos:

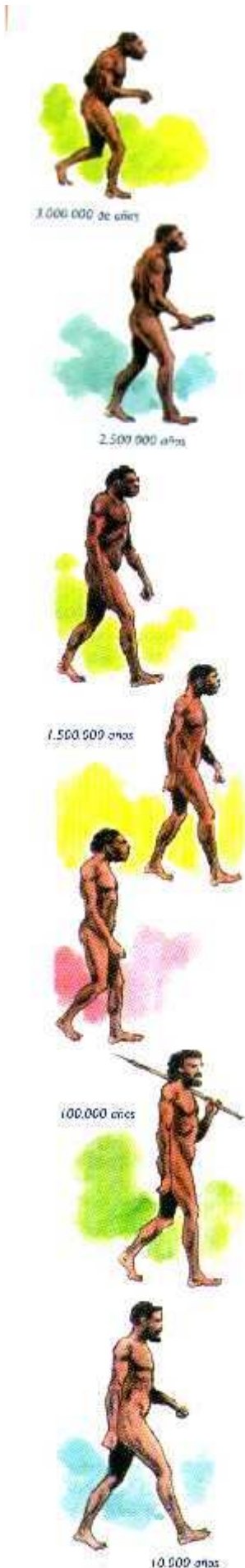
- 1) las de los simios: chimpancé, gorila y orangután
- 2) los homínidos o protohumanos, dando origen del hombre actual.

Los homínidos o primeros humanos:

Se llama así a una de las dos familias de monos en que se dividió el grupo de los primates. Mientras que en la familia del orangután, del gorila y del chimpancé no hubo cambios, hace 15 millones de años en la familia de los homínidos comenzó la evolución hasta el hombre actual.

Los primeros homínidos y el largo camino hacia el hombre:

Diversas fueron las especies que unieron al hombre actual con los primeros homínido. Las especies que representaron verdaderos saltos *evolutivos*, es decir, verdaderos momentos de cambio, fueron las siguientes:



Australopitecos: ("monos del sur") fue el primer homínido bípedo (caminaba en dos patas y podía correr en terreno llano). Poseía mandíbulas poderosas y fuertes molares. Largos miembros y pasaban gran parte de su vida en los árboles. Su cerebro tenía un volumen inferior a los 400 centímetros cúbicos. De aquí se deduce que el andar erguido se produjo mucho antes que la expansión del cerebro. Su talla no superaría el 1,20 m. de altura y los 30 Kg. de peso.

Antigüedad: 3 ó 4 millones de años

Está representado por un grupo de fósiles pre humanos hallados en el sur y el oriente del África. Los más antiguos fósiles tienen aproximadamente 5 millones de años y los más recientes, 1 millón de años. El primer *australopitecos* fue encontrado en la década de 1960 en África oriental, (Etiopía) y fue llamada Lucy.

Homo habilis: ("hombre hábil") esta especie de homínidos, debió adoptar una posición más erguida porque la variación climática hizo crecer los pastizales y obligó a que se parara sobre sus pies para divisar posibles peligros. Tenían un cerebro más grande, alrededor de 750 centímetros cúbicos. Su característica más importante fue el cambio en su forma de alimentación: ya no sólo comían frutas y vegetales sino también animales. De cuerpo velludo. Actualmente los investigadores no están de acuerdo sobre si el *homo habilis* cazaba intencionalmente y fabricaba utensilios para hacerlo. Se cree que podrían haber hablado. Fueron hallados restos fósiles en la Garganta de *Olduvai* (Tanzania) junto a los primeros utensilios. *Antigüedad: 2 millones de años.*

Homo erectus: ("hombre erguido"). Llamado *Pitecántropos Erectus*. Algunos lo consideraron el representante directo del hombre, pero hoy se sabe que muchos *australopitecos* anteriores poseían rasgos semejantes. Son los primeros homínidos que se distribuyeron ampliamente por la superficie del planeta, llegando hasta el sudeste y este de Asia. Cuerpo

alto, espesa cejas y gran musculatura. Poseían un cerebro mayor que el del *homo habilis*: alrededor de 1.100 centímetros cúbicos. Descubrieron el uso del fuego y fabricaron la primera hacha de mano. El primer *homo erectus* fue encontrado en Java (Oceanía) a fines del siglo pasado. El hallazgo de restos de homínidos de esta especie en las cavernas de Pekín permitió la reconstrucción de algunos aspectos de su vida. Antigüedad: 1.5 millones de años.

Homo sapiens: ("hombre racional") vivió en Europa, en África y en Asia. Los hallazgos arqueológicos reflejan cambios importantes en el comportamiento de esta especie: utilización de instrumentos de piedra y hueso más trabajados, cambios en las formas de cazar, uso y dominio del fuego, empleo del vestido, aumento en el tamaño de las poblaciones, manifestaciones rituales y artísticas. El representante del *homo sapiens* más antiguo es el hombre de Neanderthal (Alemania). Antigüedad: De 150.000 a 200.000 años.

Homo sapiens sapiens: ("hombre moderno") Sus características físicas son las mismas que las del hombre actual. Su capacidad cerebral es de alrededor de 1.400 centímetros cúbicos. Se cree que apareció en Europa hace alrededor de 40.000 años. El *homo sapiens sapiens* es el que protagonizó, a partir del año 10.000 a.C., cambios muy importantes en la organización económica y social, como las primeras formas de agricultura y domesticación de animales, y la vida en ciudades. Su representante más fiel es el hombre de Cromañón (Francia). Antigüedad: De 80.000 a 40.000 años.

De todas las teorías existentes sobre los orígenes del hombre moderno, la que parece tener más crédito es aquella que propugna el llamado "*modelo de la sustitución*", es decir, la aparición del *Homo sapiens sapiens* en el continente africano y su posterior expansión por el resto del planeta.

Los restos fosilizados de diferentes individuos hallados en 1997 cerca del poblado de Herto, en Etiopía, atestiguan que, hace unos 160.000 años, ya existían en África seres humanos muy parecidos a nosotros. Según los datos que manejan los científicos, el *Homo sapiens sapiens*, la subespecie a la que todos pertenecemos, habría aparecido hace entre 200.000 y 160.000 años. Y lo hizo con certeza en las mismas regiones en las que los homínidos habían adoptado la marcha bípeda hace más de 4 millones de años, y donde, por primera vez, una especie de apariencia humana aprendió a fabricar herramientas, hace 2,5 millones de años.

En paleontología, las culturas desarrolladas por estas sociedades de hombres genéticamente modernos se encuadran en el llamado Paleolítico Superior, un período de la prehistoria caracterizado por la aparición de las primeras manifestaciones artísticas, la creación de nuevos instrumentos líticos (de piedra) y óseos, la fabricación de herramientas compuestas y el despertar de las creencias religiosas.

La hominización es el conjunto de cambios que, en el transcurso de millones de años de evolución, dio origen a la línea humana: bipedestación, desarrollo del cerebro, habilidad manual para construir y utilizar herramientas.

La bipedestación.

Las nuevas características de la estructura ósea que hicieron posible la postura erguida y la bipedestación, habrían representado una ventaja adaptativa (evolutiva) particular y habrían colaborado en la evolución de los primates hacia un patrón humano. Existen diferentes hipótesis acerca de las presiones selectivas que podrían haber favorecido la bipedestación:

- *Mejor obtención del alimento:* la postura erguida habría sido una ventaja para la visualización y la búsqueda de alimento a grandes distancias en un ambiente mixto de selva y sabana, y para el transporte manual del alimento recogido en diferentes sitios;
- *Mayor capacidad para evitar a los depredadores:* aumenta la altura y, por lo tanto, la capacidad de observar por encima de los pastos y de los obstáculos del terreno, para anticipar la huida o buscar protección frente a los depredadores;
- *Aumento del éxito reproductor:* los machos bípedos transportaban en sus manos alimentos para sus hembras y crías, que podían permanecer en su "hogar", establecer un vínculo más estrecho que favoreciera el cuidado, el aprendizaje y, en consecuencia, la supervivencia de la descendencia.

La estructura ósea de los humanos posibilita un andar erguido y con menos gasto energético que el de los simios que se balancean de lado a lado. La curvatura de la columna vertebral humana aporta mayor equilibrio y una mejor distribución del peso del cuerpo; la pelvis es más ancha, lo que favorece la inserción de los músculos que participan en la marcha erguida; el orificio en la base del cráneo, por donde pasa la médula espinal, está centrado y deja la cabeza en posición adecuada para la marcha erguida; el dedo gordo del pie se alinea con el resto de los dedos, lo que aumenta la capacidad de caminar y de correr directamente hacia delante.

Evolución del cráneo

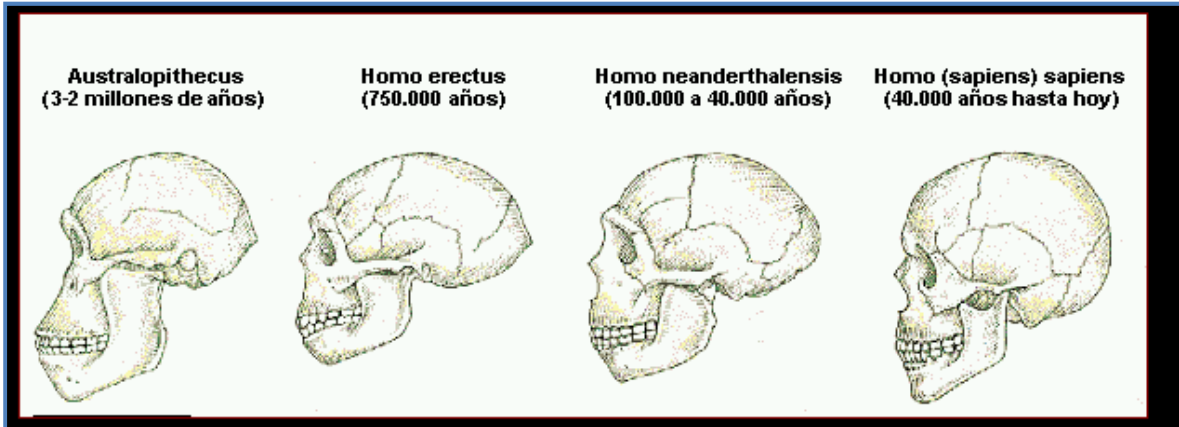


Figura 3.6. Evolución del cráneo en la escala de los homínidos.

El cráneo humano ha cambiado drásticamente durante los últimos 3 millones de años. La evolución desde el Australopithecus hasta el Homo sapiens, significó el aumento de la capacidad craneana (para ajustarse al crecimiento del cerebro), el achatamiento del rostro, el retroceso de la barbilla y la disminución del tamaño de los dientes. Los científicos piensan que el increíble crecimiento de tamaño del cerebro puede estar relacionado con la mayor sofisticación del comportamiento de los homínidos. Los antropólogos, por su parte, señalan que el cerebro desarrolló su alta capacidad de aprendizaje y razonamiento, después de que la evolución cultural, y no la física, cambiara la forma de vida de los seres humanos.

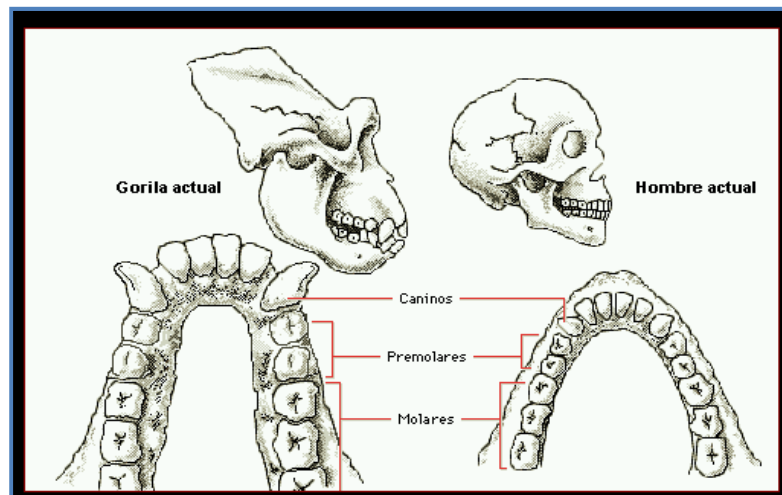


Figura 3.7. Cráneo del gorila actual y del humano actual.

Los seres humanos modernos son primates, así como los gorilas, los lémures y los chimpancés. En algún punto de la evolución, el desarrollo humano continuó por un camino distinto. A pesar de que existen muchas similitudes entre los seres humanos y los primates

(especialmente con gorilas y chimpancés), hay diferencias fundamentales que atestiguan esa evolución independiente en sus respectivos desarrollos. Esta ilustración de los cráneos de un gorila y un ser humano moderno presenta algunas de estas diferencias. El gorila posee largos caninos y su mandíbula es más prominente que la de los miembros de la línea de los homínidos. Según aseguran los antropólogos, actualmente avalados por genetistas independientes (a través de estudios de ADN y del genoma humano, el homo sapiens sapiens (humano moderno) apareció en África y desde allí se diseminó por el planeta. A partir del periodo Paleolítico superior, la evolución humana dejará de ser solamente genética, para volverse un fenómeno cultural.

Colonización del Mundo:

El Homo Sapiens sustituiría al hombre de Neanderthal y, alrededor del año 25 mil antes de Cristo, poblaría toda la Tierra. El Homo Sapiens es el responsable de la perfección de las técnicas de obtención de alimentos, ampliación de las formas de organización social, de la religión y de las manifestaciones culturales. Con el paso del tiempo, el Homo Sapiens daría origen a las razas humanas.

Origen de las Razas (etnias) humanas:

Actualmente, muchos estudiosos evitan utilizar el término **raza** para designar un grupo humano con determinado fenotipo (características biológicas visibles, como el color de la piel); en su lugar, prefieren usar la palabra **etnia**. El motivo para ese rechazo es sobretodo ideológico, debido a la connotación negativa de la palabra "raza" con "racismo" (actitud anticientífica basada en la supuesta superioridad de ciertas razas sobre las demás).

Ahora, como el concepto de etnia envuelve también peculiaridades culturales, es difícil dejar de usar la palabra raza si se tienen en cuenta las características estrictamente físicas de los grupos humanos (color de la piel y de los ojos, estatura, forma del cráneo y del rostro, tipos de nariz y cabello, etc.). Pero, todas estas características son estudiadas por la antropología física, dejando a la antropología cultural la realización de los estudios etnográficos y etnológicos.

Se cree que las razas humanas actuales son el resultado de ciertos grupos en áreas específicas, a cuyo medio se adaptaron. En ese caso, como la procreación se produjo dentro de un entorno restrictivo, se acentuaron determinados rasgos físicos, diferenciando a

un grupo humano de otro. Es obvio que tales diferencias no implican cualquier idea de superioridad o inferioridad entre estos grupos humanos o razas (blanca, asiática, negra, etc.).

Conceptos generales sobre etnias y razas

¿Qué nos enseña la ciencia de la evolución sobre las "razas" humanas?

¡Lo principal que nos enseña la evolución sobre la raza es que no hay distintas razas biológicas de seres humanos! Lo que llamamos "razas" humanas son categorías definidas por razones históricas, sociales y culturales; pero esas categorías no corresponden a divisiones "naturales" de la especie humana.

Aclaremos una cosa: el concepto social de "raza" todavía tiene importancia social en la vida humana; por ejemplo, puede ser una importante forma de identificación cultural de grupos sociales oprimidos y opresores (en un sentido social positivo, como el movimiento de orgullo negro, o en una dirección social negativa, como el KKK y otros supremacistas blancos). Además, todavía se usa para oprimir y discriminar económica, social y culturalmente a grandes grupos. Por eso la lucha contra el racismo y la opresión nacional sigue, y hay que seguir luchando concretamente por la implementación de "igualdad racial" y por la emancipación de los pueblos oprimidos. Es incorrecto decir que la "raza ya no importa".

Pero esto se debe a la realidad social de la raza. Desde un punto de vista biológico, el concepto de distintas razas de seres humanos carece de sentido.

Puede que esto sorprenda a algunos lectores porque nos han condicionado socialmente a pensar que cada persona pertenece a una "raza" por diferencias superficiales como el color de la piel y la textura o el tipo del cabello. Mucha gente sabe que no hay una "raza" superior o inferior; mucha gente también sabe que todos los seres humanos pertenecemos a una sola especie (todas las poblaciones humanas de todo el globo se pueden cruzar y reproducir).

Pero a pesar de eso, muchos creen que las "razas" son categorías biológicas naturales, ¡o que son como las razas de perros! Eso es completamente incorrecto. No importa cómo se definan las categorías (ni si son 5 ó 500), cuando se comparan poblaciones humanas al nivel molecular y genético, ¡todas esas categorías "raciales" se van

a pique! Eso se debe a que los tipos y la cantidad de variación genética que existen dentro de poblaciones humanas y entre ellas. ¡no corresponden a ninguna de las categorías sociales que definimos como las grandes "razas" humanas!

Bueno, sí hay algunos patrones de variación genética entre poblaciones regionales de seres humanos, pero esos patrones no respetan las categorías "raciales". Por ejemplo, la variación genética que se encuentra en una población de un continente puede parecerse más a la de una población que está al otro lado del mundo que a la de una población vecina. ¡Además, no hay un solo gen (ni un solo alelo, que es una forma alternativa de un gen) que sirva para distinguir claramente una "raza" de otra!

Hay ciertas diferencias bien conocidas en poblaciones de distintas regiones geográficas del mundo en la frecuencia de distribución de ciertos alelos genéticos, por ejemplo, los que dan resistencia a ciertas enfermedades. (Se sabe que los alelos de hemoglobina que causan anemia falciforme pero protegen de malaria son más comunes en grupos cuyos antepasados recientes son de las partes de África y Asia donde es común la malaria; pero esto no siempre se correlaciona claramente con lo que llamamos "raza").

La mayoría de las diferencias reconocibles entre amplios grupos humanos tienen que ver con características muy superficiales, como color de piel o tipo de cabello: nadie negará que en promedio es fácil distinguir entre personas de familia bantú, japonesa y sueca. Pero eso es "en promedio" y no hay un miembro "típico" de ninguna de las grandes "razas" humanas en ninguna parte del mundo, ni siquiera con respecto a rasgos superficiales como color de piel o tipo de cabello o de cuerpo.

Por ejemplo, los "africanos" abarcan todos los colores imaginables de piel: todo tono imaginable de piel oscura, piel clara (norafricanos y egipcios de apariencia caucásica) y piel amarilla (los KoiSan del sur); igualmente tienen todos los tipos de cuerpo; en África viven los pigmeos, que son los seres humanos más bajos (en promedio) y los masai, que son los más altos (en promedio).

De modo similar, los "europeos" abarcan gente de piel clara y cabello rubio (el escandinavo promedio), pero también gente de piel oscura y cabello oscuro (del sur y el este) que se parece más a las poblaciones del norte de África y del Medio Oriente que al sueco promedio. Los "asiáticos" tampoco encajan en un solo estereotipo: hay una amplia

variedad de gente, como turcos, indios y japoneses, y abarcan todo color imaginable de piel y todo tipo de cuerpo.

Los "hispanos" o "latinoamericanos" abarcan chilenos que parecen canadienses de piel clara, amerindios de piel oscura de las zonas tropicales y negros de la costa de Brasil o de Centroamérica.

O sea que donde quiera que miremos encontramos una extensa variedad de colores de piel y de tipo de cuerpo. (Unos se deben a la "mezcla" de migraciones e invasiones recientes; otros son más antiguos, como la mayor frecuencia de piel oscura en las zonas tropicales y la mayor frecuencia de piel clara en las zonas templadas y árticas, que posiblemente surgieron como adaptaciones locales a ciertas condiciones ambientales en los primeros tiempos de la expansión humana por el planeta. Esto se explora más adelante en este recuadro). Pero en la actualidad la variedad es tan grande que no tiene sentido hablar de un "africano" típico, un "europeo" típico, un "asiático" típico o un "hispano" típico, ni siquiera con respecto a las características más superficiales como el color de piel.

Algo más importante es que si vamos más a fondo, si examinamos la variación molecular y genética presente en el ADN de todas y cada una de las poblaciones humanas, encontraremos que siempre hay más variación genética general entre los individuos de una población que entre dos poblaciones geográficas, o entre dos grupos "raciales", en cualquier parte del planeta. De hecho, el consenso de los antropólogos, los biólogos moleculares y los genetistas de población es que el concepto de "razas" biológicas en los seres humanos por regla general no tiene sentido porque prácticamente toda la cantidad de variación genética presente en la especie humana entera se encuentra en cualquier población humana en cualquier parte del mundo. Por ejemplo, como señala el genetista de población Richard Lewontin, si todos los seres humanos del mundo se extinguieran menos los de la tribu kikuyu de África oriental, esa tribu preservaría por lo menos el 85% de toda la variabilidad genética de la especie humana en su totalidad.

La definición de raza biológica (también llamada raza geográfica o subespecie) es una población de individuos variables genéticamente que se cruzan entre sí pero que mantienen constantemente una proporción relativa (o "frecuencia relativa") de ciertas formas específicas de genes (alelos) que es diferente a la de poblaciones de la misma especie que viven en una zona geográfica diferente.

Las poblaciones humanas a veces difieren en la frecuencia relativa de ciertos alelos (de los genes que vienen en múltiples alelos). Por ejemplo, ciertas poblaciones humanas en promedio tienen una frecuencia general mayor o menor de los tipos de sangre A, B, AB, O; otras tienen una frecuencia más alta que otras del alelo de hemoglobina falciforme que protege de la malaria; unas tienen una frecuencia más alta de un alelo que facilita la digestión de la leche que la mayoría de las poblaciones humanas (en que los adultos no toleran la lactosa). Pero esas diferencias regionales en la proporción de ciertos alelos no corresponden perfecta ni sistemáticamente con las categorías "raciales". Por ejemplo, los afroamericanos, cuyos antepasados eran principalmente de regiones de África occidental donde predomina la malaria, en promedio tienen una mayor frecuencia del alelo de hemoglobina que causa anemia falciforme (y protege de la malaria) que los estadounidenses caucásicos, cuyos antepasados europeos vivían en regiones donde no había malaria. Pero, en promedio, la frecuencia de este alelo en los afroamericanos es menor que la de las poblaciones africanas que siguen expuestas a la malaria. Asimismo, entre las diferentes poblaciones de "negros" de África hay poblaciones de las montañas (donde el mosquito transmisor de la malaria no puede vivir) que tienen una frecuencia del alelo de célula falciforme mucho menor que los afroamericanos y que las poblaciones de negros africanos de las zonas tropicales donde la malaria es un gran problema. Pero mucha gente colocaría a todos esos grupos en la misma "categoría racial".

Desde un punto de vista biológico, repito, no hay un africano "típico", un "negro africano" típico, un "afroamericano" típico o un "negro" típico, igual que no hay "blancos" típicos, "asiáticos" típicos ni "hispanos" típicos. Lo mismo se aplica a cualquier otra categoría racial que se quiera definir.

No hay razas biológicas humanas por una sencilla razón. La única especie humana que existe en la actualidad, *Homo sapiens*, seguramente empezó (como todas las especies) como una pequeña población que evolucionó de una especie anterior (probablemente *Homo ergaster*, la versión africana de *Homo erectus*, o una especie homínida muy similar); pero también sabemos por el registro fósil que *Homo sapiens*, tras evolucionar hace unos 200,000 años, se extendió a una gran variedad de hábitats desde hace unos 50,000 años. O sea que en un tiempo relativamente corto se extendió de África a todos los hábitats y zonas climáticas: el Medio Oriente, Europa, Asia, Australia y cruzó del norte de Asia a las Américas hace por lo menos 12,000 años.

La evidencia científica indica que nuestra especie no ha tenido modificaciones biológicas significativas en los últimos 100,000 años. Lo que sí ha cambiado mucho es la cultura humana, nuestra capacidad de desarrollar, transmitir y ampliar el caudal de conocimientos y experiencias transmitidos de generación en generación por medios culturales no genéticos; esto hizo que fuéramos la primera especie del planeta capaz de cambiarse y de cambiar el mundo que la rodea (rápida y dramáticamente) por medios culturales, pasando por encima y superando el mecanismo mucho más lento y limitado de la evolución biológica.

El hecho de que los rasgos biológicos que nos hicieron diferentes --la combinación de locomoción bípeda (que nos dejó las manos libres) y el período de desarrollo posnatal del cerebro (que permitió una mayor cantidad de aprendizaje social con una concomitante mayor coordinación y comunicación social)-- nos dio una capacidad sin precedentes de adaptarnos a cualquier entorno imaginable por medio de adaptaciones y modificaciones culturales, en vez del medio más lento y limitado de la evolución biológica; este hecho, repito, es mucho más importante que la variación genética de los individuos.

Además, solo en los primeros momentos de la historia de nuestra especie (y solo temporalmente) las poblaciones locales permanecieron aisladas unas de otras por mucho tiempo. Algunas de las pequeñas diferencias del color de piel promedio de poblaciones de distintas regiones pueden deberse a cierto grado de adaptación biológica a las condiciones locales en las primeras épocas de la historia humana. Por ejemplo, en todo el globo las poblaciones modernas cuyos antepasados vivían en zonas tropicales (donde se recibe más radiación ultravioleta de la luz solar) tienden a tener la piel más oscura (más pigmento de melanina) que las poblaciones cuyos antepasados vivían en las zonas templadas más cerca de los polos (que reciben menos luz solar y menos radiación ultravioleta). Se ha sugerido que eso fue una adaptación de las poblaciones locales a las condiciones locales porque la piel oscura protege de la destrucción del ácido fólico por la radiación ultravioleta (y el ácido fólico es un nutriente importante en los años reproductivos y previene defectos genéticos como la espina bífida), mientras que la piel clara hace más fácil producir vitamina D (importante para el metabolismo del calcio y la formación de un esqueleto fuerte en zonas de insuficiente luz solar). Por lo tanto es posible (aunque no es absolutamente cierto) que las diferencias promedio de color de piel en poblaciones geográficas surgieron en los comienzos de nuestra historia debido a las ventajas reproductoras de cada color de piel en cada región según la cantidad de luz solar.

Pero así y todo, la mayor cantidad de variación genética presente en la especie humana es la variación que existe entre los individuos de cualquier población humana. En el tiempo relativamente corto desde que apareció el Homo sapiens moderno (hace unos 200,000 años), ninguna población humana ha vivido en completo aislamiento reproductor el tiempo necesario (la gran cantidad de generaciones) para que se acumulen suficientes diferencias genéticas y se formen distintas razas geográficas.

Unas poblaciones tienen una distinta frecuencia relativa de genes que vienen en distintas formas (por ejemplo los genes que codifican el tipo sanguíneo), pero no es posible predecir la "raza" a partir de esas diferencias. Como señala Richard Lewontin: "Los kikuyu de África oriental difieren de los japoneses en frecuencia génica, pero también difieren de sus vecinos los masai, las definiciones sociales e históricas que colocan a las dos tribus de África oriental en la misma 'raza' y ponen a los japoneses en otra 'raza' son arbitrarias en el sentido biológico".

Por eso es que en el campo de la medicina (donde puede ser importante observar las diferencias étnicas aparentes de un individuo para no pasar por alto ciertas diferencias históricas de susceptibilidad a enfermedades como la anemia falciforme) la apariencia subjetiva de "raza" no es tan valiosa como un análisis individual y puede llevar a errores. En cualquier caso, la historia personal y familiar y el análisis de los factores sociales que afectan desproporcionadamente la salud de grupos definidos socialmente (como los múltiples efectos de la pobreza en la salud de los habitantes de los guetos o la preponderancia de trastornos alimenticios en las adolescentes de clase media y alta) es mucho más útil para predecir qué servicios médicos se necesitarán que una evaluación subjetiva de la categoría racial en que aparentemente "cae" una persona.

Es importante recordar que a lo largo de la historia de nuestra especie los grupos humanos han inmigrado y emigrado continuamente de distintas zonas, se han reproducido entre sí continuamente, y ha habido una corriente ininterrumpida de genes entre distintas poblaciones que con el tiempo ha cubierto todo el globo. Las migraciones, en gran escala y en pequeña escala, han caracterizado la historia de nuestra especie, y continúan, lo que garantiza nuestra unidad biológica y un constante intercambio y enriquecimiento entre culturas.

Los vergonzosos e ignorantes conatos de preservar la presunta "pureza racial" de una "raza" (que fomentan los nazis, la Nación Aria, el KuKluxKlan y demás supremacistas

raciales) son, además, absurdos y ¡sin la menor base científica! Aparte de que la biología comprueba claramente que no hay grupos humanos o "razas" innatamente "superiores" o "inferiores", muchos reconocemos, y celebramos, el hecho de que la pesadilla de los supremacistas (la "mezcla de razas") ¡esencialmente ya ha sucedido! Somos y siempre hemos sido una sola especie mundial, variada pero biológicamente indivisible.

Se debe aclarar que la hipótesis de Darwin nunca ha sido comprobada; sin embargo se reconoce un ella un avance para entender la evolución y el desarrollo. Las críticas formuladas por sus detractores, hicieron que sus discípulos inmediatos y posteriores crearan el "neo darwinismo", dando cabida a los avances de la genética, medicina molecular y estudios antropológicos de última generación.

Al revelarse la estructura del genoma humano, se sabe ahora que la estructura humana es *igual para todas las etnias*, y solo se diferencia en 0,2% de la del chimpancé, y 0,6% de la de los gorilas (grandes simios).

El estudio de los primates superiores (primatología) ha sido desarrollado por las primatólogas Diane Fossey (asesinada en África por cazadores furtivos; ver la película "Gorilas en la niebla") y por la inglesa Jane Goodall, que recibiera el *Honoris Causa* en la UNC en 2010.

Conceptos de Filogenia y Ontogenia

Nuestra especie *Homo sapiens L.*, y la subespecie a la que pertenecemos es la de *homo sapiens sapiens* como ya se ha mencionado. Pero, en letra negrita, se distingue que pertenecemos a la familia *Hominidae*, del orden *Primates*, clase *Mamíferos*, y *Filum chordata* (cordados o vertebrados), todo ello perteneciente al reino animal.

Luego, llamamos **filogenia**, a la manera en que nuestra especie evolucionó desde los orígenes mismos del planeta.

Ontogenia, es el relato de cómo cada uno de nosotros humanos, repasamos esa filogenia desde que nos conciben hasta que morimos. Veamos un ejemplo en forma resumida y demasiado esquemática, pero que permite mejor comprensión.

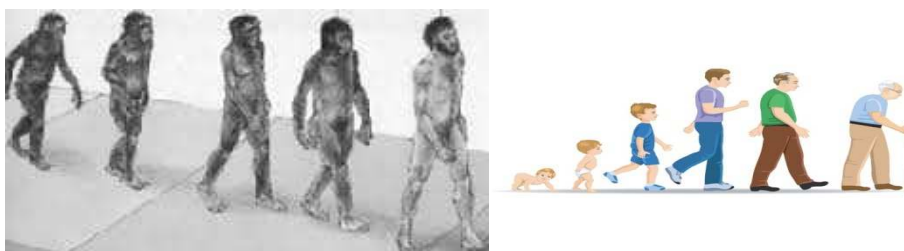


Figura 3.8. Filogenia de la especie humana y en la siguiente imagen, su ontogenia.

CRECIMIENTO, DESARROLLO Y MADURACION

Crecimiento

El crecimiento humano, dentro y fuera del útero, sigue patrones predecibles en todas las etnias humanas con muy leves diferencias. Llamamos crecimiento a la expresión biológica por la que sucede el aumento de tamaño somático (del cuerpo). Este aumento de celularidad siempre sigue un patrón predecible que estudiarán en Biología Celular el próximo año:

- a) *Hiperplasia,*
- b) *Hipertrofia.*
- c) *Fase mixta de hipertrofia-hiperplasia.*

Durante la *hiperplasia*, aumenta el número de células y por lo tanto el *ADN* (ácido desoxirribonucleico). En la *hipertrofia*, la multiplicación celular cesa, para dar paso al aumento de tamaño de cada célula, y en consecuencia de cada órgano. En esta fase hay predominio del *ARN* (ácido ribonucleico). Entre las fases de hiperplasia y de hipertrofia, siempre se interpone la fase mixta, a fin de asegurar una transición amortiguada entre las dos primeras. Para el crecimiento de cualquier grupo celular, tejido, órgano o sistema, se deben cumplir estos pasos, aunque con diferentes prioridades.

El cerebro humano crece rápidamente en los 3 primeros años de vida, adquiriendo a esa edad *más del 95% del peso final* del cerebro adulto (1,400 gramos). Sin embargo, la estructura funcional del sistema nervioso requiere de muchos años para completarse.

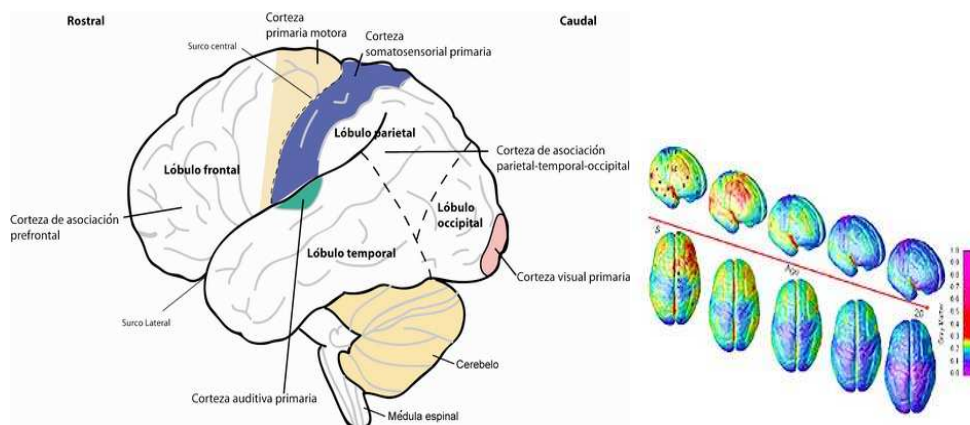


Figura 3.9. Cerebro humano, y evolución de la madurez funcional de los 5 (color blanco marrón), hasta 20 años de edad (color azul intenso).

Los órganos genitales, en cambio, no sufren modificaciones desde el nacimiento hasta la pubertad, período que ha de iniciarse -en promedio- doce años después de nacer.

¿Por qué y para que crecemos? Una pregunta sin respuesta sencilla. Crecemos porque nuestras influencias genéticas y hormonales así lo determinan, en el contexto de una adecuada nutrición, y ciertamente, cuando existe un marco de protección biopsicosocial que encuadra nuestras tareas de crecer. Si se observa detalladamente la figura siguiente, se aprecia que el crecimiento se ve influenciado por diferentes factores, y que el dibujo de los cambios físicos a que el crecimiento nos somete, ¡se asemejan mucho a los del crecimiento evolutivo!

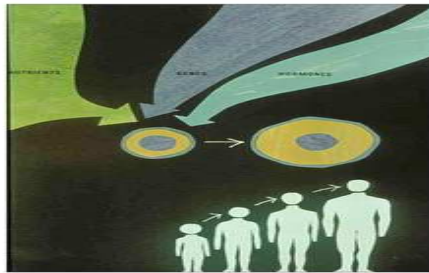


Figura 3.10. ¿Por qué crecemos? Influencias hormonales, genética, nutricionales y psicosociales.

Aunque un análisis de crecimiento somático excede los límites de este manual, daremos aquí breves conceptos ya que este tópico será muy desarrollado en Clínica Pediátrica.

La evaluación del crecimiento somático, se realiza mediante la antropometría: mediciones continuas del peso corporal, perímetro cefálico, talla (longitud corporal acostada (para menores de 3 años) y de estatura (longitud corporal medida en posición de pie para mayores de 3 años en adelante). Cuanto más rápidamente crece un tejido o sistema orgánico, mayor es la posibilidad de ser dañado por diferentes situaciones orgánicas o biopsicosociales; a este periodo se le denomina *periodo crítico* del crecimiento.

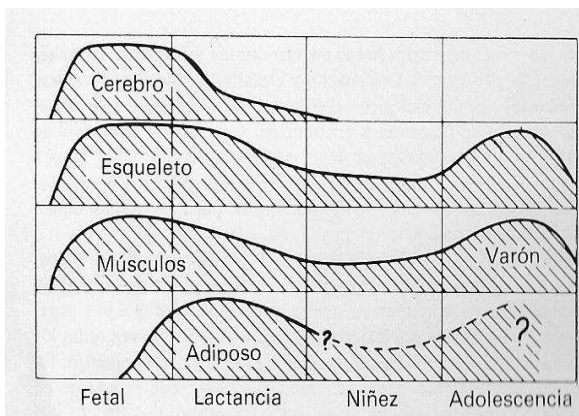


Figura 3.11. Periodos críticos del crecimiento en diferentes sistemas.

Desarrollo

Llamamos desarrollo al proceso de adquisición de funciones, desde las más simples (movimiento de párpados, pinza digital) hasta los más complejos: intelecto, cognición.

El desarrollo humano también cursa en etapas y sigue un patrón ordenado, aunque muy condicionado a las influencias del medio externo y de la red biopsicosocial externa e interna. Va de la mano con el crecimiento pues ambos se complementan entre sí.

Maduración

La madurez de un órgano o un sistema determinado, ocurre cuando el mismo es capaz de llevar a cabo sus funciones en todo su máximo potencial. Para los órganos reproductores esa etapa deviene después de los cambios puberales. Para el cerebro y sistema nervioso central, este proceso puede durar toda la vida. El hígado, en cambio, tiene todas sus funciones en forma completa, hacia el final de la adolescencia.

Lo que ahora se reseña, muy esquemáticamente, son las interacciones de estos tres conceptos a lo largo de la vida de la persona. Las edades del individuo se esquematizan de la siguiente manera:

A) Periodo Prenatal (0-280 días)

Periconcepcional: atributos de la carga genética y heredable de los padres, así como su perfil biopsicosocial capaces de influir en la concepción y gestación, y sobre el niño una vez nacido.

Gestacional: desde el inicio del embarazo hasta su final, o sea 40 semanas consecutivas (9 meses o 280 días). En este periodo se distingue al:

Huevo fecundado, 0-14 días

Embrión (primeras 9 semanas) donde ocurre la mayor parte de la organogénesis con rápida división celular o hiperplasia.

Feto: (hasta el nacimiento) donde el periodo de hiperplasia se va deteniendo muy lentamente, para dar paso a la fase de hipertrofia celular.

B) Periodo Pos natal

Primera infancia

Recién Nacido: primeros 28 días de vida.

Infante o lactante menor: hasta el año de vida cumplido.

Lactante mayor: hasta el segundo año de vida cumplido.

Lactante o infante: hasta el tercer año de vida cumplido.

Segunda infancia

Preescolar: 3-5 años.

Escolar: 6-11 años.

Adolescencia

Inicial: 12-14 años.

Media: 15-17 años.

Tardía: 18-21 años.

Adulthood

Esta clasificación tan lineal muchas veces se superpone con otras y las edades varían según de las poblaciones estudiadas. Hoy sabemos que en Argentina la madurez sexual y de máximo crecimiento guarda mejor relación con poblaciones como la española e italiana que con otras latinoamericanas o anglosajonas ya que ese tipo de madurez ocurre más precozmente en nuestro medio.

La vida prenatal

José M. Olmas

El ovocito fecundado tiene 100% de agua en su interior. Se desplaza por la trompa de Falopio hacia la mucosa del endometrio uterino con movimientos ameboides (recordemos que las amebas son los primeros intentos de organizaciones celulares más complejas evolutivamente) nutriéndose de las paredes endometriales por imbibición. El recién nacido humano se compone de 80% de agua, cuyos electrolitos son idénticos a los del mar (excepto casos de contaminación), mientras que el adulto sano tiene 65% de su peso como agua y el resto como masa tisular. La tierra se compone de 66% de agua y el resto es la masa continental.



Figura 3.12. Fecundación, ovocito fecundado, embrión de 4 semanas.

Con el tiempo, se divide rápidamente para pasar a ser un organismo pluricelular, socavando el endometrio para favorecer su inserción tisular en el mismo, originándose de esta manera la **placenta** (característica de los mamíferos) y que aparece en la evolución, por primera vez en la época del paleoceno del periodo terciario, de la época cenozoica, o sea hace apenas ¡63 millones de años!

El **embrión** humano crece y se desarrolla en ese medio multimembranoso durante las primeras 8-10 semanas de la gestación humana. Al cabo de ese tiempo, pasa a denominarse **feto**. El embrión de la quinta semana, tiene todas las características del organismo adulto. El feto humano, objeto e innumerables estudios evolutivos psicométricos, fisiológicos y hasta bio psicológicos, gracias a la aparición de la ecografía tri y tetra dimensional en colores, se desenvuelve en un medio hidrosalino (como el mar) llamado liquido amniótico, durante las últimas 30 semanas de gestación.

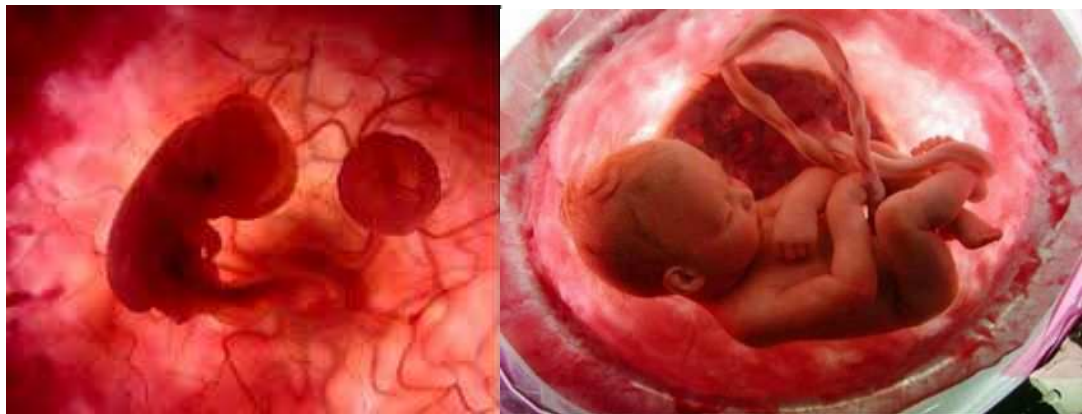


Figura3.13. Embrión humano de 4 semanas y feto de 38 semanas.

Esa masa hídrica se encuentra rodeada de las membranas ovulares, lo que recuerda a las etapas en que evolutivamente éramos *marsupiales* (como el canguro).



Figura 3.14.Marsupiales: canguro con cría en su bolsa.

La respiración fetal no es pulmonar ni aérea, sino placentaria. Al nacer, esa respiración transita en pocos segundos, años de evolución, al transformarse de *anfibia* (sale del agua hacia el aire) y enseguida en aérea solamente.

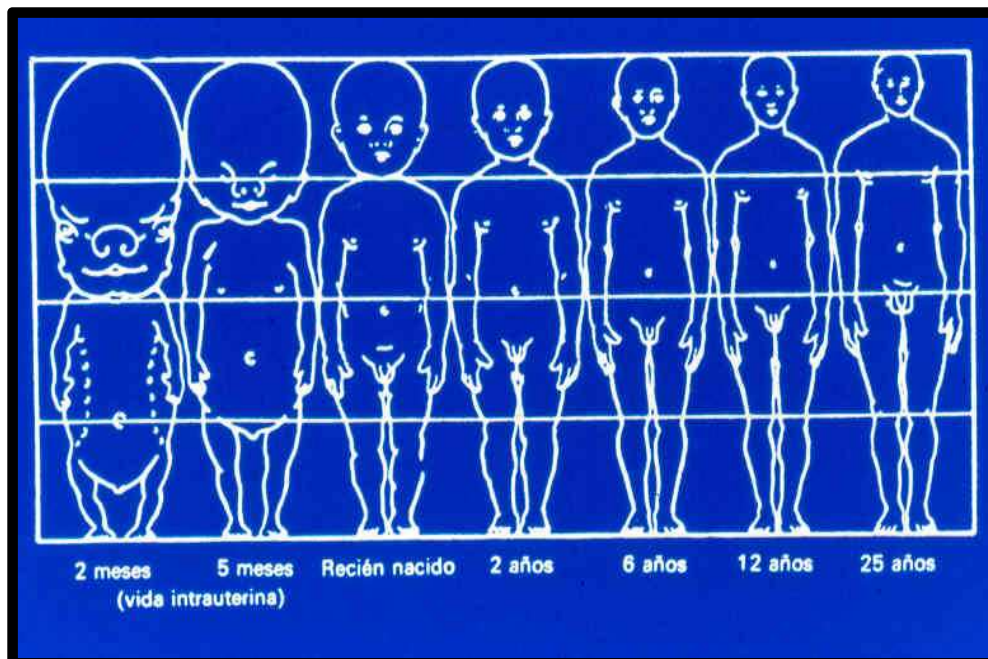


Figura 3.15. Respiración de anfibios de fase acuosa a aérea.

Tanto dentro del útero como una vez fuera de él, crecemos y nos desarrollamos continuamente.

En el útero, el óvulo fecundado que pesa billonésimas de gramo y mide apenas micrones, se convierte en un recién nacido sano, normal, aumentando su longitud corporal casi 6000 veces y su peso 20 veces, o sea ¡casi 6 billones de veces!

El embrión crece 1 mm / día en los primeros dos meses y luego 1,5 mm / día. Si esta velocidad se mantuviera después de nacer, a ese ritmo un niño de 10 años mediría casi ¡4 metros de altura! En promedio, el embrión pesa 9 gramos y mide 5 cm en posición coronilla (cabeza)-nalga. Las variaciones antropométricas del crecimiento se ejemplifican en el clásico diagrama de Robbins:



3.16. Variaciones antropométricas evolutivas en el humano. Según Robbins WJ, 1928.

Del análisis de esta representación, se observa la **progresión céfalo caudal** de la dirección del crecimiento antropométrico humano, o sea progresa desde la cabeza hacia abajo. Noten que la segunda línea transversal atraviesa el mentón del embrión de 2 meses, y las mamilas del bebé de 5 meses, para atravesar el ombligo del recién nacido (mitad de su cuerpo), llegando en el adulto a la sínfisis del pubis (mitad de su cuerpo).

El feto aumenta su peso a razón de 20 gramos diarios y en el tercer trimestre del embarazo, triplica su peso y duplica su longitud. De esta forma, al nacer, el recién nacido sano, a término (40 semanas de gestación), pesa en promedio, 3kilos, mide 50 cm de longitud y su perímetro cefálico es 35 cm. *Dobbing* ha señalado que el máximo periodo de crecimiento neuronal ocurre previo al nacimiento e inmediatamente posterior a él. El feto es capaz de todo tipo de reacciones en la esfera física, psíquica y social. Los estímulos internos como externos pueden inducir respuestas verificables en reacción al estado materno.

La vida posnatal

En el primer año de vida los niños crecen maduran y dan muestras de competencia y reorganización psicológica. El simple cuidado diario y el amamantamiento, con una madre proveedora de cuidado genera el entendimiento básico de confianza-desconfianza dependiente del apego materno y vinculaciones recíprocas; esta etapa suele llamarse *primer estadio de Erikson*. Antes de la semana 8 aparecerá un *hito* marcador del desarrollo cual es la **sonrisa social**. De no cumplirse este hecho, se puede pensar en serios desajustes emocionales.

La aparición de la pinza digital (índice-pulgar) ayuda a la exploración exterior. Cada acción representa una idea no verbalizada (“esquema” en la terminología de Piaget). Es la edad de la ansiedad de separación y el miedo a extraños. Al año se espera que el bebé vocalice en gorjeos silábicos y pronuncie al menos una palabra corta de reconocimiento a una persona u objeto (mamá).

En el segundo año crecen solo 5-8 cm en talla, y cuadruplican el peso al nacer. La deambulación permite la capacidad de explorar. Según Erikson se da ahora el estadio de autonomía y separación.

A los 4 años se alcanza la estatura de 1 metro. El peso aumenta 2 kilos/año y la altura 7-8 centímetros por año. Emergen la manualidad única (uso de una mano en

preferencia de la otra) y el control de esfínteres. Es la etapa pre operacional de Piaget, y del pensamiento mágico (“el sol se va porque tiene sueño”). El egocentrismo propio de la edad impide aceptar otros puntos de vista, pero no debe confundirse con egoísmo. En esta etapa, el juego, se convierte en la *actividad obligada*, según María Montessori.

Hacia los 11 años el crecimiento físico se enlentece, ocurriendo en brotes (3-5 cm por año) de 4 semanas de duración cada uno. Es la etapa de operaciones lógicas concretas de Piaget que permite comprender puntos de vista alternativos.

Adolescencia

Con esta denominación, se describe un periodo biopsicosocial muy importante en la vida de las personas.

La *pubertad*, en cambio, designa los procesos biológicos, fisiológicos y hormonales que hacen del niño un adulto, permitiéndole alcanzar la madurez sexual y la capacidad para reproducirse.

Cada periodo de la adolescencia (temprano, medio, tardío) muestran características propias, tanto biológicas como psicológicas y sociales. Claro que existen variaciones individuales pero los cambios puberales siguen una secuencia y ritmo predecibles. El género, y las situaciones estresantes tanto físicas como sociales, pueden interferir notablemente en el proceso.

Desde un punto de vista antropológico, la adolescencia es una etapa de difícil comprensión tanto en humanos como en los primates superiores.

Adolescencia temprana

Se inicia con la producción de *androsterona por la glándula suprarrenal*, a veces desde los 6-8 años lo que ocasiona la aparición de un mínimo y sedoso vello pubiano acompañado de sudoración axilar con olor desagradable. A este fenómeno inicial se le denomina: “*adrenarca*”.

En niñas la aparición del brote mamario (“*telarca*”) ocurre entre los 8-12 años. En varones este paso incluye el agrandamiento testicular (ya apareciendo el del lado izquierdo a nivel más bajo que el derecho) y aumento de la zona mamaria (*ginecomastia*) que muchas veces causa problemas psicológicos angustiantes. En este periodo aparece en el desarrollo cognitivo la etapa del pensamiento lógico formal de Piaget, o sea el pensamiento abstracto. El pensamiento moral se establece en esta etapa permitiendo al adolescente

temprano diferenciar correcto de incorrecto sin recurrir como en etapas previas a los dichos paternos: “esto está mal” o “esto no se hace”.

El **concepto de sí mismo** es importante en esta etapa en que el adolescente temprano se preocupa por sus inminentes cambios físicos, vigila su apariencia (ahora su “look”) y se hacen a la idea que todas las personas que lo rodean se dedican a mirar su apariencia. Esta idea recibe el nombre de audiencia imaginaria, según el psicólogo Elkind. Esta etapa, contrasta con la introversión clásica de la adolescencia tardía.

La reversión a la etapa que recién describimos, ha dado lugar al concepto de “*selfie*” (self en inglés: uno mismo) aplicado a adolescentes y ya no tanto, que admiran su imagen a través de fotografiarse periódicamente con sus cámaras de teléfono celular.

El adolescente en esta etapa, comienza a sustituir el modelo familiar por adultos externos a quienes postulan como modelo de rol a seguir. A esta edad, es cuando más fuerte se siente lo que hoy llamamos “*presión de los pares*”. Si para pertenecer al grupo debo cambiar mi apariencia y asemejarme al grupo, entonces, lo hago. En esta edad, la atracción de amistad y afecto se da siempre con miembros del mismo género, a la vez que se exhibe un marcado desinterés por el género opuesto.

Adolescencia media

Durante la mitad de la adolescencia suele producirse el *empuje puberal*, también llamado vulgarmente “estirón”, entre los 11 y 16 años en mujeres y 13-18 en varones. La velocidad de este alargamiento es de 8,3 cm en niñas y 9,5 cm anuales en niños. El alargamiento precede al aumento de masa muscular (varones) y al depósito de tejido graso peri pelviana (mujeres), por lo que estos adolescentes dan la impresión de haberse “estirado”, con aspecto de “flacos” que luego se “rellenan”. La marcada estimulación de los *andrógenos* es responsable del acné, de la sudoración intensa, y del aumento de glándulas sebáceas (“cutis graso”).

Es en esta etapa donde el 95% de mujeres menstrúan por primera vez (“menarca”) y los varones tienen su primera polución nocturna (“espermarca”). El desarrollo cognitivo de la etapa es el de cuestionar y analizar intensamente. Al cuestionar las convenciones morales se va formando un cierto código de ética propio de la edad.

El concepto de propio (self) o auto imagen es cada vez más fuerte. Los conflictos personales internos son frecuentes. Un adolescente que madura después que sus pares pierde autoestima e imagen y tiene dificultades escolares.

Esta etapa es cuando la sexualidad hace efervescencia, facilitando las relaciones entre ambos géneros; sin embargo, existe una fuerte atracción homosexual encubierta, que de ninguna manera significa una conducta definitiva. A esta edad, en nuestro medio, 42% de jóvenes confiesan haber tenido relaciones sexuales orales o completas. Los jóvenes de ambos géneros que descubren su atracción homosexual pueden querer suprimirla hasta más adelante por miedo al descrédito.

Adolescencia tardía

La mayoría (95%) de jóvenes de 17 años han completado su desarrollo sexual definitivo, y el resto lo hará al cumplir 18, al menos en lo que hace a las poblaciones urbanas de la ciudad de Córdoba.

La asociación con pares o grupos de pares es menos importante, y el sentido de individualidad se manifiesta claramente, en elección de la carrera a seguir, trabajos, etc. La detención de los cambios físicos, permite elaborar la imagen definitiva, permitiendo mayor espacio de tiempo para el individualismo pero también para las relaciones interpersonales.

Concepto de tendencia secular

La tendencia secular hace referencia al fenómeno que muestra que nosotros hemos alcanzado mayor estatura que nuestros ancestros inmediatos, desde fines del siglo XIX y extendido durante todo el siglo XX. De la misma forma nuestros abuelos tenían menarca y espermarca a edades mucho mayores que las actuales (19 años). La tendencia secular indica que cada 10-12 años que transcurren en el calendario del siglo XX la pubarca se ha adelantado casi 1 año.

Por lo tanto, hoy, la *pubarca* (inicio puberal) se produce como ya vimos, alrededor de los 10-12 años (10 años menos que a principios del siglo XX). La tendencia a ser más altos que las generaciones pasadas tendría que ver con cuestiones de mejoras en hábitos alimenticios, provisión y disponibilidad de alimentos, salud general.

En poblaciones de clases medias y altas, esto parece haberse detenido ya, pero en clases sociales menos favorecidas, el fenómeno continúa aún.

Hasta aquí, lo que hace específicamente al crecimiento físico y desarrollo cognitivo en las diferentes etapas desde el nacimiento a la adultez.

LA ADULTEZ

En la **etapa de la adultez** la personalidad tiende a estabilizarse frente a la realidad sociocultural, manteniendo su unidad ante las exigencias de una multiplicidad de roles, la competencia por lograr mejores posiciones sociales, la segmentación de su tiempo. El trabajo y la familia son los puntos cruciales de esta etapa, en la cual se forman comportamientos de producción, responsabilidad y de protección hacia la familia, desembocando en actitudes altruistas o -por el contrario- en actitudes egocéntricas.

La personalidad es sorprendida y desestabilizada por acontecimientos vitales estresantes o traumáticos. En estas situaciones críticas hay una reacción psico-biológica que reactualiza el predominio de lo orgánico; esto no sólo ocurre en la enfermedad física sino también en el trauma psicológico. La angustia y la depresión que sigue a la frustración, la pérdida y la injuria moral se asocian a problemas vegetativos.

La autoimagen, el sentimiento de seguridad, la dependencia, todo ello en el ambiente protegido de la atención médica, provoca grados variables de regresión. El yo -centro del curso progresivo de la personalidad- se retrae, abrumado por las exigencias del cuerpo enfermo y debilitado.

*La atención adecuada de la personalidad en crisis es uno de los pilares
de la salud mental.*

Al sentir el hombre agotar sus propias posibilidades vitales, éste adopta una postura de integridad personal y autorrealización; o bien, por el contrario, una postura de insensatez y desesperación. Con estas posturas se cierra el ciclo del proceso psicosocial del hombre, según Erikson.

TERCERA EDAD

A partir de los 65 años, comienza la **tercera edad** y el proceso de envejecimiento o involución. Después del estudio de los períodos de desarrollo y madurez del llamado ciclo vital del ser humano, el tercer y último período es el llamado involutivo o senil. Se inicia

con el deterioro de las funciones físicas y psíquicas y se continúa con un progresivo derrumbamiento de estas funciones.

La moderna gerontología -en consonancia con los conceptos ya clásicos de lo que se denomina vejez natural- considera que este período de la vida del hombre se encuentra en plena expansión.

Si en el período evolutivo (o de desarrollo) el paso de una etapa a la siguiente suponía una integración de los diversos elementos en estructuras cada vez más diferenciadas de adaptación, en el período involutivo el paso de una etapa a la siguiente supone un proceso de desintegración, de forma que las nuevas etapas que aparecen ahora suponen estructuras menos diferenciadas de adaptación.

En este período se dan circunstancias físicas, como el climaterio o período de involución sexual de la mujer y la andropausia en el varón, y circunstancias socio laborales, como la jubilación. Esta última produce sentimientos de frustración, ansiedad e inquietud, sentimientos que pueden ser evitados mediante la búsqueda de nuevas actividades con significación social, satisfacción personal y estabilidad económica.

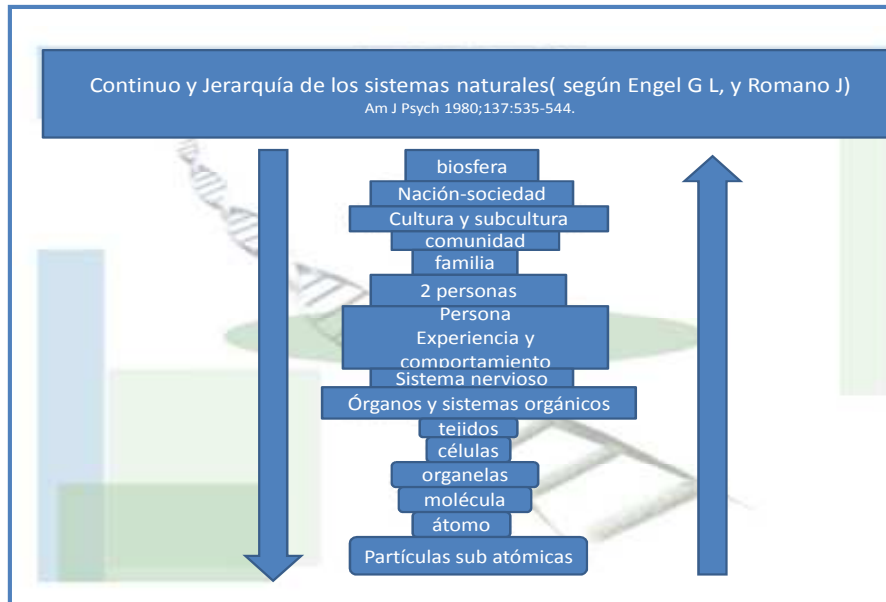
La reacción de cada persona al envejecimiento es específica de cada individuo y depende estrechamente del tipo de personalidad del sujeto. Esta reacción ante un estado de insuficiencia comporta un cambio de actitud que produce inadaptaciones sociales y familiares.

La declinación intelectual y creativa es más producto de la marginación del anciano, la inacción y la desinserción social que de una verdadera involución orgánica. Un informe demográfico aparecido el 23 de Enero de 2014 y publicado en el diario La Voz del Interior nos recuerda que la demografía, o sea características de la población, varían en el tiempo: habrá menos niños y más ancianos.

DESARROLLO EVOLUTIVO DE LA COGNICIÓN, INTELIGENCIA Y TEMPERAMENTO

Corresponde ahora resumir los conceptos que hacen a la evolución de la inteligencia humana, que hemos mencionado arriba, pero en forma fragmentaria, y en relación a sus autores (Erikson, Freud, Piaget).

Partiendo del concepto del modelo de una medicina de tipo biopsicosocial ya desarrollada más arriba, según la proposición de Engel y Romano, (psiquiatras estadounidenses que la delinearon ya en 1977 hasta la actualidad) podemos postular el orden jerárquico que estos autores entrevieron para la inserción del ser humano completo:



Dentro de este orden estudiaremos brevemente las diferentes teorías enunciadas por diferentes autores, aclarando que ninguna de ellas puede ser definitiva, y que tal vez sea mejor extraer lo más valioso de cada una de ellas.

En la dinámica del modelo biopsicosocial encontramos que las investigaciones modernas resaltan el profundo impacto que las experiencias iniciales ejercitan sobre el cerebro neonatal-infantil humano y de los primates superiores. A este fenómeno, lo denominaremos, desde ahora, *plasticidad neuronal*. También se lo ha extendido para incluir el concepto de plasticidad del desarrollo. Desde hoy, y a lo largo del cursado de vuestra carrera médica, y sobre todo en vuestro futuro ejercicio profesional, este concepto se volverá cada vez más extenso, ya que la plasticidad no sólo se limita a la experiencia neuronal, sino que se extiende a numerosos órganos y sistemas, en consonancia con la llamada *hipótesis de Barker*, que desarrollaremos después. Al nacer, el cerebro humano tiene 100 millones de neuronas, cada una desarrolla en promedio un total de 15 mil sinapsis entre el nacimiento y los 3 años de vida. Esta cantidad de sinapsis es más o menos constante hasta la edad de 10 años, mientras que el número de neuronas disminuye. En otras palabras, la experiencia externa o **nutrimento**, (en inglés *nurture*) ejerce su influencia sobre las propiedades fisiológicas **naturales** del cerebro (naturaleza, en inglés, *nature*). Esta interacción es mutua a lo largo de la vida de la persona.

Temperamento. Es una influencia biológica de particular importancia. Hace referencia a las características de comportamiento de un niño en respuesta a una serie de estímulos externos e internos. En el temperamento pueden distinguirse 9 características elaboradas por Chess y Thomas. Estudiándolas, se puede crear 3 escenarios diferentes:

- 1. El niño fácil, se adapta a todo y tiene ritmos biológicos regulares;**
- 2. El niño difícil que evita el estímulo nuevo y se frustra fácilmente;**
- 3. El niño lento, que requiere un tiempo extra para adaptarse a una nueva circunstancia.**

Varias combinaciones de estos 3 escenarios son posibles también. El temperamento es intrínseco a la persona y no puede ser modificado fácilmente por intervenciones de los padres o de otros agentes externos. La estabilidad temperamental se adquiere hacia la mitad de la niñez. El concepto de temperamento es útil en dos maneras, por lo menos: la primera, es que sirve para explicar a los padres cómo comprender y aceptar las características de sus hijos sin sentirse culpables creyendo que ellos las han provocado. La otra, es que si identificamos el tipo de temperamento podemos recomendar ajustes en la forma del trato por parte de los padres. Los trastornos del comportamiento y muchos problemas emocionales surgen del conflicto entre su temperamento y el estilo parental.

Teoría psicoanalítica. Postulada por *Sigmund Freud* y modificadas décadas después por su hija Ana, reconoce la etapa inicial llamada oral, en la que la satisfacción se reduce a objetos introducirles en la boca, entre ellos el pezón materno o la tetina del biberón. La anal (retención y eliminación fecal del niño de 2-4 años, de Edipo (afecto desmedido hacia el progenitor de sexo opuesto) en los años preescolares y escolares, latencia (escolares), genital (adolescencia y después). Con el tiempo, la apreciación de Freud se ha cuestionado y ha caído en desuso; sin embargo sus ideas permiten entender el desarrollo emocional y la importancia de la vida interior en el niño así como de su sexualidad. *Erik Erikson*, en Estados Unidos reestructura la idea de Freud en términos de la personalidad emergente en el niño. Llamó la atención sobre los conflictos intra personales durante el desarrollo. En esencia, Erikson propone simplemente, que el conflicto presentado en una etapa, debe ser resuelto apropiadamente antes de abordar la siguiente. Un niño puede subir un escalón con ayuda, pero subirá dos, una vez que se sienta cómodo con el hecho de haber subido el primero. Un hecho saliente en este autor fue el haber reconocido que su teoría era aplicable a las poblaciones centroeuropeas, pero advirtió su inutilidad en culturas de diferente extracción.

Teorías cognitivas. Una de las más importantes por su aceptación en todas las escuelas

pediátricas occidentales, y sobre todo en Argentina, además de tener un peso pedagógico sobre los realizadores de planes escolares en nuestro medio, es formulada por *Jean Piaget*.

Este biólogo y químico suizo, trabajaba en la fábrica de alimentos Nestlé en Suiza; durante la segunda guerra mundial, imposibilitado para moverse de su entorno inmediato, comenzó a observar en sus propios hijos como hacían para adquirir conocimiento. Luego, realizó numerosas observaciones que permitieron consolidar sus ideas.

Un tema central en la teoría de *Piaget* es que la *cognición cambia en calidad*, no solo en cantidad. En su estadio inicial, llamado **sensitivo-motriz**, el pensamiento infantil está ligado a las sensaciones inmediatas y a su habilidad para manipular objetos. La idea de “en” se vincula con la posibilidad de colocar, por ejemplo, un objeto en una taza. La adquisición del lenguaje cambia la naturaleza del pensamiento: los símbolos ocupan el lugar de los objetos y acciones. El autor describe como los niños construyen conocimiento a partir de la *asimilación* (“digestión” de nuevas experiencias según esquemas existentes) y de la *acomodación* (creación de nuevos patrones adaptados a la nueva información). Así, los niños continuamente reorganizan la cognición. En la etapa de las **operaciones concretas** (7-11 años) entiende lo que es una serie, ordenándola de menor a mayor; clasifica en grupos y subgrupos; comprende la noción de número; de espacios (arriba, abajo, cerca, lejos); sucesión temporal, o tiempo, y distancia entre dos puntos, generando la idea de velocidad. A los 8 años puede acceder a la idea de la conservación de la masa pese a los cambios de forma; y a los 10, comprende que un kilo de bananas y un kilo de peras es siempre un kilo. A los 12 conoce el concepto de peso y volumen. Los adolescentes (medios y tardíos) obtienen ya el concepto del conocimiento abstracto, como el adulto, denominándose esta última etapa como de **pensamiento lógico formal**. Es decir cabe la abstracción, con lógica hipotético-deductiva (álgebra, geometría, matemáticas) y el conocimiento se vuelve comunicable.

Algunas críticas formuladas al esquema de Piaget tienen más que ver con la forma que con el fondo; por ejemplo, la presencia de hermanos mayores facilita en ciertos casos, el adelantamiento de las etapas. Una de las características que han hecho a la teoría de Piaget fácilmente aceptable, es que, como ustedes que estudian ahora bioquímica, la misma se puede descomponer a grandes rasgos en procesos de ingesta, asimilación, digestión, desdoblamiento en principios elementales, aunque referidos solamente a la cognición.

Lawrence Kohlberg desarrolla una teoría basada en **desarrollo moral**, prevista en 6 etapas: los preescolares distinguen correcto de incorrecto sobre la base de su egocentrismo; más adelante, en la etapa escolar, se distinguen igualdad, equidad y reciprocidad, y en la

adolescencia se desarrolla la moral convencional.

Teoría del comportamiento. Se diferencia de las anteriores en que resta toda importancia a las experiencias interiores y se enfoca en **comportamientos** observables y en los factores que los promueven o inhiben. No tiene estadios: niños adultos y hasta animales se comportan de igual manera. En su concepción más simplista, la teoría enseña que los comportamientos **positivamente reforzados** ocurren más frecuentemente que los negativos o ignorados. La fuerza de la teoría reside en la simpleza de su verificación y observación. Otra ventaja es su uso terapéutico, por citar un ejemplo: en niños que se orinan en la cama (*enuresis*) para modificar su comportamiento premiando las noches “secas” e ignorando las “mojadas”.

Bandura y colaboradores expandieron esta teoría para incluir el concepto de **aprendizaje social**. En esta formulación, el *reforzamiento social* y la *imitación* son las fuerzas motoras para lograr un cambio de comportamiento. Los modelos de comportamiento, en el inicio son los padres. A medida que prosigue el desarrollo, los preadolescentes y adolescentes suelen buscar modelos externos entre sus pares o afuera de su grupo habitual.

Donald Winnicott escribió su interpretación del desarrollo cognitivo desde su propia experiencia como pediatra clínico. Muchos de sus postulados aún son tenidos como marco referencial. Una situación similar se da en cuanto a las interacciones del niño y su entorno formuladas por nuestro famoso pediatra Florencio Escardó, y por su sucesor, el Dr. Carlos Gianantonio quien describió los trastornos psicosomáticos en Pediatría.

Una nota final correspondería a la inclusión, en este apartado, de los conceptos del educador ruso *Lev Vigotsky* para quien los determinantes sociales ejercen un papel decisivo en el desarrollo de nuestra inteligencia y proceso de cognición. Sostiene que las relaciones **individuo-sociedad** y **desarrollo individual-procesos sociales** están íntimamente ligadas. En otras palabras la estructura del funcionamiento individual, deriva del funcionamiento social y reflejan su estructura.

Autor	Año 0-1	Años 2-3	Años 3-6	Años 6-12	Adolescencia
Freud psicosexual	oral	anal	Fállica-Edipo	latencia	genital
Erikson psicosocial	Confianza- desconfianza	Autonomía	Iniciativa vs culpa	Superioridad- Inferioridad	Identidad
Piaget cognitiva	Sensitivo motriz	Pre operacional	Operaciones concretas	concretas	Lógico formales

. Resumen de las 3 principales teorías sobre el desarrollo de la inteligencia humana.

LA HIPOTESIS DE BARKER

A fines de la década el 80, el clínico y epidemiólogo inglés David J. Barker publica su hipótesis sobre el **origen** fetal de las enfermedades del adulto. La hipótesis, inicialmente epidemiológica, pero hoy aceptada en todas las especialidades médicas, sostiene que de las experiencias fetales, se producen cambios que pueden o no ser permanentes en el comportamiento biológico fetal que, de mantenerse en el tiempo, condiciona aparición de enfermedades en el adulto.

Actualmente, se ha propuesto la sigla DOHAD (por sus iniciales en inglés), que significa origen en el desarrollo de la salud y enfermedades del adulto.

Si en el curso de su gestación, el feto humano es expuesto a periodos de subnutrición, responde adaptándose a las nuevas exigencias de su entorno, reduciendo la irrigación sanguínea a hígado, riñones y otros órganos excepto corazón, suprarrenales y cerebro. Los riñones permanecerán pequeños y en el futuro podrán generar hipertensión arterial, que, a su vez predispone al infarto de corazón. El hígado se acostumbra a procesar mayor cantidad de colesterol malo, indispensables en la vida prenatal, pero luego no inhibe esa reacción, lo que determina que ese feto, una vez adulto, mantenga niveles altos de colesterol.

Conceptos generales

En el recientemente publicado texto de medicina de Barton Childs², se pueden encontrar dos mensajes clave:

La medicina del siglo 21 versa sobre tratamiento de personas y no de enfermedades.

La salud será definida como la homeostasis genes-ambiente.

La teoría de la evolución puede descomponerse en dos grandes características: la *primera* es que nuestro genoma evolucionó de tal manera que nos asegura suficiente variabilidad en el código genético y en el control de la expresión genética como para que la especie se adapte exitosamente a los cambios ambientales. En realidad, nuestra especie es exitosa, porque se ha podido adaptar a los cambios dramáticos de su entorno.

La *segunda* es que esta gran variedad de adaptaciones realizadas durante el tiempo evolutivo se centra en dos necesidades absolutas. Una, es que la especie debe producir individuos sanos que se adapten al ambiente intrauterino primero, y al extrauterino inmediato después de nacer (*reproducción exitosa*). La otra es que estos individuos deben existir el tiempo suficiente como para producir su prole y cuidar de ella (*propagación de la especie*).

Por lo tanto podría especularse con que el tiempo necesario para asegurar ambas condiciones es de 40 años. Luego, el genoma evolutivo ha hecho suficientes programaciones para asegurar la supervivencia hasta los 40 años, por lo menos, a fin de permitir la reproducción. Dicho

de otro modo, nuestros genes permanecen “ciegos” hacia el futuro alejado ya que sus cambios adaptativos y de programación se hacen para sostener la salud reproductiva. Como la mayoría de enfermedades del adulto generalmente comienzan a partir de los 40 años en adelante, podríamos presuponer que las mismas son la consecuencia de la prolongación de la edad pero también el resultado de cómo los genes se activaron e inactivaron para optimizar la sobrevivencia fetal y neonatal, infantil y de la vida adulta temprana.

La genómica moderna nos enseña que la variación genética entre individuos va más allá de la simple variación del código genético en sí mismo.

Estos datos recientes de Redon señalan que hasta 12% de nuestro genoma (1500 regiones) exhibe estas variaciones. Esta flexibilidad en la expresión génica explica la conocida heterogeneidad en la expresión de genes en gemelos idénticos aun cuando se crían en el mismo ambiente.

El origen de enfermedades del adulto

Está claro que la más importante contribución del siglo XX a nuestra comprensión de estas cuestiones es la de Barker. En su análisis de 100,000 habitantes de Herfordshire nacidos entre 1911-1930, demostró la correlación inversa entre peso al nacer y muerte coronaria. Esa relación ha sido documentada en todos los continentes (excepto África) por diferentes investigadores. Tabla 2. Se acepta hoy que el peso al nacer no depende de variaciones genéticas sino del ambiente intrauterino. Asimismo, el peso al nacer y las tasas de crecimiento postnatal de los tres primeros años de vida (no determinadas genéticamente sino por el ambiente externo) se han asociado fuertemente con hipertensión arterial y diabetes tipo 2.

Parece entonces que las adaptaciones necesarias a ambientes hostiles pre y postnatales establecen patrones de interacción entre diferentes genes que controlan una gran variedad de funciones orgánicas; en conjunto facilitan la supervivencia en esas condiciones adversas, pero a posteriori generan consecuencias desfavorables tardías.

Epigenética

El estudio de la *epigenética* aporta una visión diferente al proceso de salud-enfermedad y permite corroborar, sobre bases sólidas de la biología molecular, no solamente la hipótesis de Barker sino sus derivaciones y otras asociaciones entre la experiencia prenatal y el desarrollo de enfermedades del adulto, así como su “transmisión” a las sucesivas generaciones (epigenética transgeneracional).

Sin embargo, a pesar que su aplicación es contemporánea por los rapidísimos avances de la *biología celular y molecular* y de la *secuenciación del genoma humano* y de otras especies, debe recordarse que (como ocurre habitualmente) ya hace mucho tiempo,

investigadores clínicos desprovistos de los conocimientos actuales, intuyeron que “algo” pasaba que requería de explicaciones más profundas hasta entonces desconocidas. Por ejemplo, Waddington denominó, ya en 1939, epigenética al “estudio de todo evento que lleva al desenvolvimiento del programa genético del desarrollo”.

. Hoy, sin embargo se aceptan bajo una nueva perspectiva: reconociendo el papel fundamental que juegan los ambientes *extra nuclear, extracelular y social* en la modulación de toda actividad genética. El modelo aditivo simple: *fenotipo = genes + ambiente* ya se extingue porque no alcanza a dar respuesta a la realidad. Se propone hoy que los sistemas genéticos son sistemas, pero dinámicos o cibernéticos.

Se ha demostrado que el nivel socioeconómico modifica la herencia del coeficiente intelectual (CI) de manera no lineal. En familias pobres, 60% de la variación del CI depende de factores ambientales; al contrario en familias de mayor nivel socioeconómico, 60% de esa variación se explica por el potencial genético.

EVOLUCION Y DESARROLLO (EVO-DEVO)

La máxima: *la ontogenia recapitula la filogenia* es uno de los primeros intentos de unir la embriología con la evolución. Sin embargo, los primeros intentos de hacerlo fueron disparos con balas de salva. Tuvieron que pasar más de 150 años para que el estudio del desarrollo de los seres vivos volviera a pujar por ser parte integral de la teoría evolutiva. La biología del desarrollo es una disciplina con fundamentos sólidos, con programas de investigación propios y que atraviesa todos los reinos de la vida. Siendo así, ¿por qué no fue parte integral del estudio de la evolución desde el principio? Recientemente, muchas voces afirman que la biología del desarrollo y la evolución son la una para la otra. Otras se preguntan si esa unión realmente puede darle frutos carnosos a la teoría evolutiva. En este texto, hablaremos sobre todas estas cuestiones que rodean esta novel disciplina llamada biología evolutiva del desarrollo o, de forma abreviada, *evo-devo*.

Otra historia de la vida

Por un lado están los genes, seguros en su caja fuerte llamada núcleo, y por el otro el organismo, que vive feliz en su ambiente natural. No se hablan mucho. Los primeros se encargan de producir al segundo, el cual tiene como encomienda reproducirse lo más repetida y eficientemente posible. Más o menos así va la historia de la vida, ¿verdad?

En realidad a esta historia le falta un ingrediente narrativo esencial. Esta historia no nos cuenta cómo es que los genes producen un organismo. A esta historia le falta el desarrollo.

Comencemos una nueva historia y hagámoslo con una sola célula. Esta célula en particular nació cuando un óvulo y un espermatozoide se fusionaron. Estamos hablando de un óvulo fecundado o cigoto. El genoma de esta célula se copiará cada vez que ésta se divida. Cuando el cigoto se convierta en un organismo de millones y millones de células, cada una de ellas tendrá prácticamente el mismo genoma. A pesar de eso, cada una de esas células tendrá una individualidad inalienable. Y lo que es más, se formarán tejidos que agruparán células similares, órganos que agruparán tejidos emparentados, sistemas que agruparán órganos que funcionarán de forma común. En esta nueva historia, los genes no producen un organismo de la nada. En esta historia, el organismo se desarrolla.

Aunque se puede pensar que el desarrollo es un fenómeno automático, pues parece ocurrir siempre bajo las condiciones adecuadas, lo cierto es que no tiene nada de directo ni de simple, y mucho menos de trivial. En el camino que va de un cigoto a un organismo, las células que van naciendo tienen que coordinarse para dividirse a tiempo, para crecer justo lo necesario, para adquirir la identidad correcta según su posición y tiempo de existencia, e incluso para sacrificarse por las demás si es preciso. No nos dejemos engañar por su hermosa sencillez: el desarrollo es un proceso tan complejo que nunca da dos resultados completamente iguales. Pregúntenles a sus hermanos gemelos más cercanos.

Con un crecimiento tan extenso, para muchos resulta natural que esta disciplina toque la puerta de la disciplina rectora de la biología. Evolución y desarrollo parecen ser una combinación que puede resultar sumamente provechosa para ambas partes. Y entonces la verdadera pregunta es ¿en serio no se conocían antes? Y si en efecto se conocían, ¿por qué se malogró la unión?

El embrión escondido

No fue sino hasta 1977, cuando Stephen J. Gould rescató las fuentes germánicas en su obra *Filogenia y ontogenia*, que los biólogos evolutivos al oeste de la cortina de hierro comenzaron a cavilar más seriamente esas temáticas. De acuerdo con Scott Gilbert (2003), una segregación por razones políticas parece también haber sido la suerte de las ideas de Conrad Waddington, las cuales son consideradas ahora el anillo de compromiso del matrimonio entre desarrollo y evolución.

Así, por múltiples razones, el embrión de la biología evolutiva del desarrollo se mantuvo escondido durante casi 150 años, pero ahora ha resurgido y pretende formar un organismo integral. ¿Cuáles serían sus principales rasgos fenotípicos?

Evolución y desarrollo, lado a lado, son mucho más que dos

El matrimonio entre evolución y desarrollo se basa en dos votos nupciales. El primero dice que puesto que los organismos son producto del desarrollo antes que de los genes en solitario, la evolución debe entenderse no como cambios en los genes sino como cambios en el desarrollo. El segundo argumento dice que la evolución más importante no sucede en los genes en sí, sino en cómo éstos son regulados para formar un organismo. Así, las regiones reguladoras y los genes reguladores son el foco de estudio de la disciplina que se ha llamado biología evolutiva del desarrollo o evo-devo (*evolution-development*, en inglés).

La ontogenia recapitula la filogenia es la frase más burda para describir una de las principales preocupaciones de la evo-devo. En la idea de Haeckel, el desarrollo de los organismos es un reflejo de su historia evolutiva. Como veremos, la recapitulación es una idea no completamente exacta, pero ilustra una de las principales preguntas que la evo-devo intenta resolver: ¿cuáles son los programas de desarrollo conservados entre todos los organismos?

Para abordar esa pregunta, debemos recordar que los programas de desarrollo no son un paseo por el parque. Involucran la acción concertada en tiempo y espacio de cientos o miles de genes.

Evo-devo en humanos

La historia de la vida humana fue desarrollada por Bogin, en un enfoque combinado entre la biología comparada de los mamíferos y la evolución de los primates. En la evolución humana, la niñez y la adolescencia han sido incorporadas como periodos adicionales cuando nos comparamos con los grandes simios.

La medicina antropológica intenta explicar la historia de vida del ser humano: un periodo neonatal e infantil sumamente desprotegido en que su supervivencia depende del cuidado que se le provea, una niñez extendida que también requiere de provisiones externas, una adolescencia que requiere mucho consumo energético, una etapa reproductiva tardía, menopausia y andropausia, y una vida particularmente larga desde esa etapa. *Homo habilis*, el primero en agregar una etapa de niñez extendida, hace 1,9 millones de años, demuestra que estos cambios en el humano son el resultado de selecciones naturales o “evolutivas” que han demorado mucho tiempo.

FUNCIONES PSICOBIOLOGICAS

Las funciones psicobiológicas, también llamadas funciones psíquicas o cognitivas, son aquellas operaciones mentales constatables objetivamente mediante pruebas o test mentales o de rendimiento.

La mente funciona como una totalidad por lo que estas funciones cognitivas están en permanente interrelación.

Las principales funciones del psiquismo son:

- ◆ **Sensación:** Es la interacción entre los estímulos del medio y los receptores fisiológicos. Las sensaciones se investigan con técnicas que aportan un estímulo específico en condiciones adecuadas para lograr una determinada sensación. Por ejemplo, un objeto de punta roma o un pincel de pelo blando para el tacto superficial, tubos de agua fría y caliente aplicados sobre la piel para la sensación térmica (frío y calor), un alfiler para la sensibilidad dolorosa.
- ◆ **Percepción:** Es el acto de organizar los datos sensoriales que permiten conocer la presencia actual de un objeto exterior. La percepción supone captar un objeto presente y reconocerlo por sus cualidades. En la percepción intervienen dos procesos: la captación de los estímulos y la idea del objeto (imagen simbólica). Este proceso de simbolización no está presente en la sensación. En el proceso perceptivo intervienen las denominadas leyes de las formas (*gestalt*, palabra alemana que designa las formas) que dan cuenta de la acción activa del proceso perceptivo para

destacar la figura sobre el fondo. En los últimos años se han desarrollado intensas líneas de investigación sobre la intervención de la corteza cerebral en la percepción y se ha comprobado que el denominado hemisferio dominante (izquierdo en los diestros y derecho en los zurdos) procesa información de tipo digital, verbal, elementos parciales de una configuración lógico-matemática y el hemisferio menor o no dominante, formas totales, estímulos afectivos.



Percepción: ¿que se reconoce en la imagen?

Para que resulte más claro, es útil pensar en un ejemplo: *si aparece en mi campo perceptivo una persona, la miro inmediatamente, la reconozco y experimento una emoción determinada, aquí actúa el hemisferio menor; pero si presto atención a un detalle del rostro o del vestido, o presto atención a su relato, aquí actúa el hemisferio dominante. Como ambos hemisferios están unidos por conexiones interhemisféricas, existe un constante flujo de información entre ellos, por lo que la percepción pasa constantemente de una modalidad de información a otra.*

- ◆ **Atención:** es la capacidad de focalizar y dirigir la conciencia hacia un estímulo que la requiera concentrando sobre éste toda la actividad consciente. El ser humano está sometido a gran cantidad de estímulos del ambiente, sin embargo, sólo capta algunos e ignora el resto. Una vez establecida el área de interés, la atención se sostiene por actitud receptiva del sujeto, no obstante la presencia de otros estímulos. Esto es lo que se conoce como concentración de la atención sobre el objeto.
- ◆ **Memoria:** Es la capacidad de adquirir, retener y evocar experiencias.
- ◆ **Orientación:** Es la función mnémica (*de la memoria*) que permite al sujeto ubicarse en tiempo y espacio, reconocerse a sí mismo (*orientación autopsíquica*) y reconocer a los otros (*alopsíquica*).
- ◆ **Conciencia Vigil:** Hace referencia a la claridad y extensión con que la persona percibe la totalidad de su acontecer psíquico en un momento dado.
- ◆ **Inteligencia:** Disposición, aptitud y facultad intelectual por medio de la cual el sujeto resuelve problemas y situaciones de variable complejidad. Puede comprenderse como la capacidad del individuo para adaptarse a situaciones problemáticas, encontrando la solución correcta.

- ◆ **Afectividad:** Se refiere al humor básico de un sujeto. En condiciones normales el estado afectivo muestra una tonalidad que fluctúa entre la neutralidad y el interés por los acontecimientos y experiencias en que transcurre.

PSICOLOGÍA Y SALUD

Se ha definido a la personalidad como el modo habitual de ser, pensar, sentir y actuar que definen el estilo personal de cada sujeto.

Al definir el término *salud*, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1964) subraya su naturaleza biopsicosocial y pone de manifiesto que la misma es más que la ausencia de enfermedad. El bienestar y la prevención son parte del sistema de valores de una persona y continuamente se invita a evitar aquellos hábitos que afecten negativamente sobre la salud como la dieta pobre, la falta de ejercicio y el consumo de alcohol. Los pensamientos, sentimientos y estilo general de manejo son considerados como requisitos para lograr y mantener la salud física. Esto es lo que se podría denominar integración mente y cuerpo.

El estudio de la integración mente y cuerpo, su comprensión y valoración constituyen el campo de la *Psicobiología*.

Las emociones, la conciencia corporal (cómo se ve y se siente físicamente un individuo), el estrés y la angustia son conceptos psicobiológicos que se aplican a casi todos los trastornos y enfermedades. El estudio y la comprensión global de los mismos, forma parte del terreno de la Psicobiología.

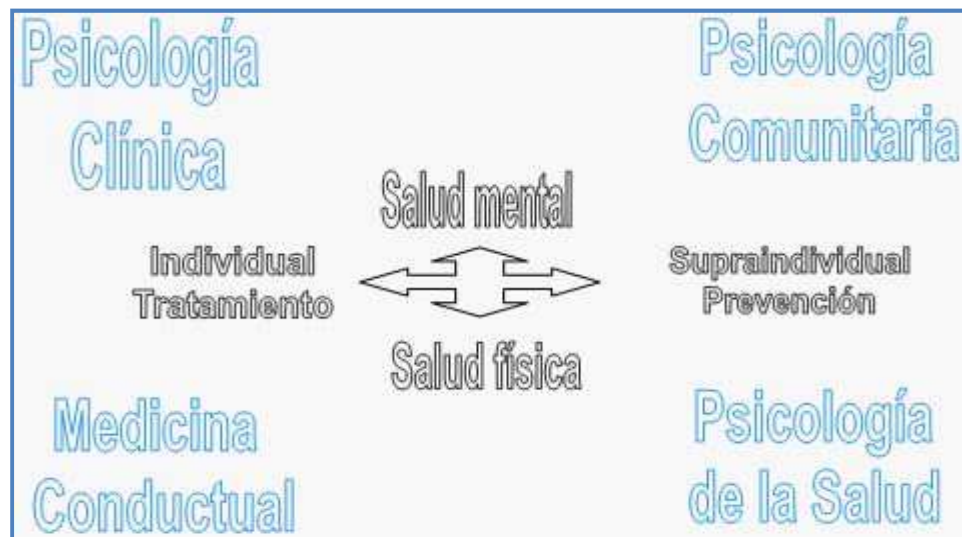


Figura 3.17. Esquema de psicología de la salud.

Según Matarazzo, Psicología de la salud es *“el conjunto de las contribuciones explícitas educativas y de formación, científicas y profesionales de la disciplina de la psicología para:*

- la Promoción y mantenimiento de la salud,*
- la Prevención y tratamiento de la enfermedad,*
- la Identificación de la etiología y los correlatos diagnósticos de la salud, de la enfermedad y de las disfunciones ligadas a ella para el análisis y mejora del sistema de cuidado de la salud y para la formación de la política sanitaria.”.*

Actividades Prácticas

Unidad 3

Medicina y Psicología

Actividad I

1. Con tus palabras, explica el concepto de psicología.
2. ¿De qué manera se vincula la psicología con tu vida? Elabora una lista de todas las formas en que la psicología se vincula contigo.
3. Dada tu experiencia y conocimientos, elabora una conclusión en relación a por qué es importante el estudio de la psicología para la medicina.

Actividad II

Conductas: las cosas que haces y dejas de hacer, lo que decís a los demás, es la forma en que solés reaccionar cuando tenés un problema.



1. Identifica y explica las conductas que observas en la imagen.
2. Integra el concepto de homeostasis para analizar la conducta del individuo que aparece en la imagen.
3. Defina personalidad y elabore sobre el tipo de personalidad que Ud., cree poseer.

Actividad III

1. Basándose en Darwin, aunque hoy su teoría ha sido modificada, señale las características de los primates. También vincule la teoría original, con las llamadas neo darwinistas basándose en los adelantos conocidos sobre el genoma humano. Diferencie el genoma humano del de chimpancés y grandes simios.
2. Diferencie raza de etnia. Elabore para cada una, y sugiera si realmente existen diferencias entre humanos de etnias diferentes.
3. Defina crecimiento, desarrollo y maduración.
4. Diferencie filogenia y ontogenia. Dé ejemplos.
5. ¿Se considera Ud., en la adultez?
6. Según datos del manual, ¿qué se espera en las siguientes décadas que ocurra en la población de Córdoba?
7. Analice el modelo biopsicosocial de Engel y Romano (ver manual) y elabore acerca de los caminos desde persona a célula y viceversa, señalando los posibles impactos de un daño o enfermedad

Actividad IV

1. Dé ejemplos para cada una de estas funciones psicobiológicas:

Sensación.

Percepción.

Atención.

Memoria.

Orientación.

Conciencia vigil

2. El concepto de calidad de vida se relaciona con la importancia de tomar en cuenta la percepción del paciente, sus deseos y motivaciones en el proceso de toma de decisiones en salud.

Analiza los siguientes relatos y luego contesta el cuestionario:

"Nosotros sí sabemos de los riesgos, pues la obstétrica ya nos hizo conocer como por ejemplo nos dijeron que era peligroso cuando aparecen los siguientes síntomas – no tener dolor de cabeza, vómitos, hinchazón de manos, de pies; - pérdida de líquido;- mareos.

"Sí, la enfermera mal me ha atendido, nos trata de cochinas, yo le dije "mi hijita se enfermó" y me dijo que se enfermó porque debe estar cochina, sucia, yo le he largado a la enfermera "a veces nosotras vamos de la chacra de trabajar y luego hay reuniones a las 3 y no tienes tiempo de poder cambiarte y nos bota"

1. Recupera el concepto de percepción y, a continuación, identifica y explica la percepción de los pacientes.
2. ¿Por qué existen diferencias de percepción de los pacientes con respecto a los profesionales?
3. Escribe todos los significados posibles de las palabras cochinas y bota.
4. Propone una acción o solución para mejorar la percepción del médico.

UNIDAD 4

SALUD y ENFERMEDAD

Eduardo Halac, Silvina Trucchia

Se ha señalado que el objeto de estudio de la Carrera de Medicina es el proceso de salud-enfermedad en el hombre; y se ha definido al hombre como una realidad biológica, psicológica y social, que se mantiene en un relativo equilibrio con el ambiente que lo rodea y frente a distintos agentes agresores.

La medicina es una disciplina de base fundamentalmente científica que tiene principios específicos, objetivos independientes y métodos propios de evaluar sus resultados; debe verse como disciplina autónoma con leyes y métodos propios que se benefician con el mutuo intercambio con las ciencias sociales; constituye una actividad de pensamiento que requiere el estudio de diversos sistemas con distintos niveles de organización, de ahí que los métodos usados para entender los fenómenos que ocurren en distintos niveles de la complejidad, sean necesariamente diferentes, siendo algunos científicos y otros probablemente no; esta manera de pensar y obrar permite al médico y demás profesionales de la salud: pensar y actuar racionalmente, reconciliar el método científico con el humanismo, (la ciencia explica, el humanismo comprende), integrar las áreas psicosociales al complejo disciplinario de la medicina.

¿Salud o enfermedad?

Se puede definir enfermedad como una alteración más o menos grave en la fisiología o el funcionamiento del cuerpo; se puede definir salud el estar libre de enfermedad, pero para nuestro efecto, la enfermedad no es únicamente dolencia, y la salud no es únicamente ausencia de enfermedad.

La salud del hombre es un proceso complejo de adaptación sustentado sobre la base de un equilibrio entre factores biológicos, psicológicos y sociales. Lograr que el hombre se adapte a su medio implica la mantención de un equilibrio en la adecuada sincronización de las funciones de los sistemas de su organismo y en caso de surgimiento de un desequilibrio, esta adaptación dependerá del restablecimiento del mismo.

Preguntar qué es la salud y qué es la enfermedad es como preguntar y preguntarse sobre qué es la vida. Es una pregunta difícil de dilucidar y con un sin número de condicionamiento sociales, culturales, económicos, religiosos, y hasta políticos.

Salud no es lo contrario a enfermedad; ambas son manifestaciones que forman parte de un mismo proceso. Dicho de otro modo, salud y enfermedad suponen variaciones de un mismo y único proceso dinámico, un continuo en cuyos extremos se situaría la enfermedad (como pérdida de salud) y la salud (como bienestar en su más amplio sentido), respetando la unidad funcional del individuo. Entonces, ni la salud ni la enfermedad son estáticas y estacionarias. El proceso es dinámico y constituye una “lucha” constante por parte del hombre para mantener un balance positivo entre aquellas fuerzas que pueden perturbar el equilibrio de salud.



La Organización Mundial de la Salud, la define como:

“el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no meramente la ausencia de enfermedad”.

Esto supone un cambio de concepción, ya que se supera el mero reconocimiento de la enfermedad como fenómeno biológico, para aceptar que ésta se inscribe en lo social; esto es, reconocer que la enfermedad puede originarse por múltiples causas, y que el proceso está atravesado por lo social.

El factor social es además un elemento determinante de la calidad de vida y el bienestar de las personas, que pasa a depender, no sólo del mundo de la sanidad, sino también del mundo social. En esta época, la prevención de las enfermedades, la curación y la rehabilitación se convierten en las actividades más idóneas para proporcionar salud a los ciudadanos.

La salud implica que todas las necesidades fundamentales de las personas estén cubiertas: afectivas, sanitarias, nutricionales, sociales y culturales. En estos términos, esta definición resultaría utópica, pues se estima que según parámetros mundiales sólo entre el *diez por ciento y el veinticinco por ciento de la población mundial se encuentra completamente sana.*

Una definición más dinámica de salud podría añadir que es “el logro del más alto nivel de bienestar físico, mental, social y de capacidad de funcionamiento que permitan los factores sociales en los que viven inmersos el individuo y la colectividad”.

La salud y la enfermedad forman un proceso continuo, donde en un extremo se encuentra la muerte prematura, muchas veces prevenible, y en el otro extremo se encuentra un elevado nivel de salud, al que difícilmente llega todo el mundo. En la parte media de este continuo o equilibrio homeostático se encontraría la mayoría de la población, donde la separación entre salud y enfermedad no es absoluta, ya que es muy difícil distinguir lo normal de lo patológico.

La definición de salud es difícil, siendo más útil conocer y analizar los determinantes de la salud o condicionantes de la salud. La salud, en términos físicos, forma parte de uno de los pilares de la calidad de vida, bienestar y en definitiva de la felicidad.

El objetivo de alcanzar la salud, no solamente corresponde a la medicina, sino también a los políticos, a la sociedad y al individuo. En los países en vías de desarrollo, la salud empezaría a conseguirse cuando se satisfagan sus necesidades de alimentación, infecciones, vivienda, trabajo y, en definitiva, sus problemas económicos, mientras que, en los países desarrollados, la salud se consigue previniendo los efectos secundarios que la riqueza produce como la obesidad, la ausencia de ejercicio físico, los accidentes de tráfico, el tabaquismo, la depresión, la contaminación, etc.

Hay gente que estando sana, se considera enferma sin dolencia física alguna, y a ellos se les denomina **hipocondriacos**. A su vez, hay personas con alguna dolencia física que implementan el refrán popular de “*al mal tiempo buena cara*” y siguen adelante con su vida y su tratamiento. Esta clase de personas, capaces de una **resiliencia** (capacidad de adaptarse a una circunstancia adversa) y un **optimismo** (estado de ánimo alegre) muy particular, suelen mejorar rápidamente y con mejores perspectivas que quienes se hunden en la autocompasión de su destino.

Estudiarán posteriormente en su carrera, que existen personas que inventan su enfermedad de manera tan creíble, que padecen *signos* (fiebre) y *síntomas* (dolor de

cabeza) que pueden inducir a error al médico experimentado; este desorden se conoce como *enfermedad de Munchausen*, tomando el apellido del barón de Munchausen, un noble alemán quien recurría al invento y la mentira para desatar conspicuas conspiraciones de poder.

La situación sanitaria de la población de un país, de una comunidad, es dinámica, cambiante. Entre sus determinantes se encuentra la estructura de la sociedad, su grado de desarrollo, sus relaciones sociales, su sistema económico, la organización del Estado, como así también las condiciones naturales en donde la sociedad se desarrolla: ubicación, clima, suelo, recursos naturales, enmarcado dentro de una serie de valores, creencias y normas que hacen a una forma de vida específica. El estudio conjunto de estas variables en una sociedad en particular o de los grupos sociales que la conforman y de las relaciones institucionales en que se apoyan, se denomina *etnografía*.

Determinantes de la salud (*según la Asociación Médica Mundial, reunión de Montevideo 2012*)

Los *determinantes sociales de la salud* son las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen y las influencias de la sociedad en estas condiciones. Los determinantes sociales de la salud son las principales influencias en la calidad de vida, incluida la buena salud, y la extensión de la esperanza de vida sin discapacidad. Mientras la atención médica intentará reunir las piezas y reparar el daño causado por una mala salud prematura, son los factores sociales, culturales, ambientales, económicos y otros las principales causas de los índices de enfermedad y, en particular, la magnitud de las desigualdades en salud.

Históricamente, la principal función de los médicos y otros profesionales de la salud ha sido tratar a los enfermos - una función vital y muy apreciada en todas las sociedades-. En menor medida, los profesionales de la salud han estado expuestos a las causas de la enfermedad - tabaquismo, obesidad y alcohol en las enfermedades crónicas, por ejemplo. Estos aspectos familiares del estilo de vida pueden considerarse causas "próximas" de enfermedad.

La función de los determinantes sociales va más allá de este enfoque de causas próximas y considera las "causas de las causas". Por ejemplo, el tabaquismo, obesidad, alcohol, sedentarismo son causas de enfermedades. El enfoque de los determinantes sociales aborda las causas de las causas y, en particular, cómo contribuyen a las desigualdades sociales en salud. Se centran no sólo en la conducta personal, sino que tratan

de considerar las circunstancias sociales y económicas que producen una mala salud prematura a lo largo de la vida: desarrollo temprano del niño, educación, trabajo y condiciones de vida y las causas estructurales que producen estas condiciones de vida y trabajo. En muchas sociedades, el comportamiento no saludable sigue la gradiente social: mientras más bajo esté la gente en la jerarquía socioeconómica, más fuman, tienen una dieta peor y menos actividad física. Una causa principal, pero no la única, de la distribución social de estas causas es el nivel de educación. En cada etapa de la vida, la salud se ve determinada por interacciones sociales, económicas, el ambiente físico, y el comportamiento del individuo. Ninguno de estos factores, que en conjunto se llaman determinantes de la salud, trabaja por separado sino que siempre lo hacen en conjunto. Algunos de ellos son:

Nivel de ingreso y status social

Hábitos personales saludables y capacidad de adaptación (resiliencia)

Servicios de Salud eficientes y disponibles

Biología y constitución genética de la persona

Disponibilidad de redes sociales de ayuda

Niveles de educación y alfabetización

Trabajo y condiciones laborales

Ambiente social y Ambiente físico

Desarrollo saludable de la niñez

Género

Cultura

Desde que Marc Lalonde publicara su reporte sobre salud de los canadienses en 1974 donde establecía los elementos del campo de la salud, destacando la *predominancia de los estilos de vida* como factor determinante, han pasado casi 40 años.



Figura. 4.1. Determinantes del campo de la salud. Marc Lalonde, 1975.

En la Conferencia de Rio de Janeiro la OMS y sus países miembros adoptaron la lista enumerada arriba, y la refrendaron en la asamblea anual de 2012.

Según Joralemon, la medicina antropológica se basa en:

1. **Biología y cultura tiene la misma importancia en la experiencia humana de la enfermedad.** La perspectiva biocultural es indispensable para evitar un enfoque reduccionista de la enfermedad.
2. **La economía política es un factor epidemiológico preponderante.** Los sistemas sanitarios se sustentan en políticas económicas de interés diferente.
3. **La etnografía es una herramienta esencial para comprender el sufrimiento humano.** La etnografía es una gran base de datos intercultural y a su vez un método de investigación inobjetable para aprehender el concepto holístico del proceso salud-enfermedad.
4. **La medicina antropológica ayuda a aliviar el sufrimiento humano.** Las investigaciones de la medicina antropológica pueden aportar la información necesaria sobre la cultura de la comunidad sobre la cual se va a intervenir.



Figura 4.2. Determinantes de la Salud

Historia natural de la enfermedad

La *historia natural de la enfermedad*, es propia de otra disciplina sanitaria llamada **epidemiología** que se ocupa del “*estudio de la distribución y determinantes de los estados relacionados con la salud y/o eventos que ocurren en poblaciones específicas y la aplicación de dicho estudio para el control de los problemas sanitarios*” (Last J. *Diccionario de Epidemiología*), y se refiere al curso que regularmente siguen los eventos que caracterizan los procesos patológicos.

La historia natural de la enfermedad se basa en la triada ecológica o epidemiológica, formada por: **Agente causal** de enfermedad, **huésped** (*la persona susceptible de contraer una enfermedad, en el cual influyen características genéticas, psicológicas, ocupacionales, hábitos, creencias, etc.*) y **ambiente**. Para que ocurra un caso

de Dengue, enfermedad propia del periodo estival cordobés, precisamos un **agente**, el virus del dengue; una persona que sirva de **huésped**, y el **ambiente húmedo, subtropical** común a la estación de verano. En este caso particular necesitamos también de un **vector**, el mosquito *aedes*. Mientras exista equilibrio entre estos tres factores ocurre un estado de salud, en el cual no se presentan signos ni síntomas que denoten lo contrario. A este período se le conoce como **pre patogénico**. Al romperse el equilibrio se desencadena el **periodo patogénico** en el cual se manifiestan los signos y síntomas y aparece el horizonte clínico, el cual separa la etapa preclínica o pre patogénesis de la etapa clínica o patogénica. Este periodo puede terminar con resultados diferentes: La enfermedad se vuelve crónica, el enfermo recupera la salud con o sin secuelas invalidantes, o llegar a la muerte. Esta situación, común a muchas enfermedades transmisibles se grafica habitualmente con el llamado “iceberg”. Fig.4.3.

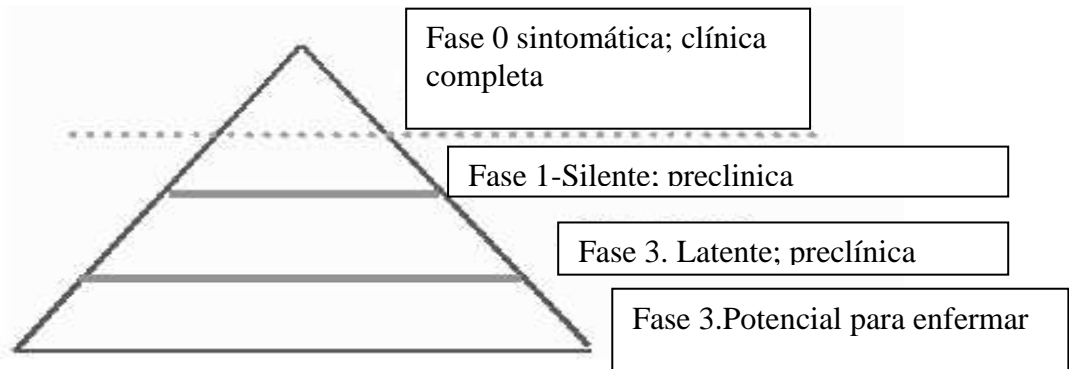


Figura 4.3. Pirámide o “iceberg” de los procesos patológicos

Percepción subjetiva de la enfermedad

Sentirse enfermo y/o estar enfermo

La percepción subjetiva de la enfermedad es el resultado de factores de orden diverso: psicológicos, psicosociales, sociológicos y culturales, independientemente de la base genética, fisiológica o biológica de la enfermedad. Como parte de los sistemas de significados y normas sociales, el “sentirse enfermo” está fuertemente influido por la cultura.

La conducta del individuo que repetidamente va al servicio médico buscando asistencia, puede ser analizada y comprendida en un enfoque más holístico si las quejas somáticas son consideradas como conductas que resultan del “*sentirse enfermo*”. Básicamente, el proceso de búsqueda de cuidado médico está caracterizado por la auto-

percepción, la definición y las ideas y creencias sostenidas por los individuos de lo que está ocurriendo en sus cuerpos.

El “*sentirse enfermo*” es un concepto sociológico y antropológico desarrollado por Mechanic para ser aplicado al componente subjetivo de cada episodio de enfermedad. El define el “sentirse enfermo” como “*las formas en las cuales determinados síntomas pueden ser diferencialmente percibidos, evaluados y actuados (o no actuados) por diferentes tipos de personas*”. Este autor apunta que diferentes patrones de “sentirse enfermo” pueden ser considerados desde dos puntos de vista que se complementan mutuamente: como producto de experiencias socioculturales y de aprendizaje y como parte de un proceso de “hacer frente”, en el cual el “sentirse enfermo” es un sólo aspecto de un repertorio de competencias que cada individuo realiza en orden a darle sentido y hacer más manejables experiencias nuevas e inestables.

Los conceptos de “*sentirse enfermo*” y “*estar enfermo*” a partir de un diagnóstico de enfermedad evaluada médicamente” son componentes importantes en el contexto de la salud, aunque no siempre son contingentes: puede existir la evidencia médica de enfermedad, pero el paciente sentirse bien y no tomar en consideración el consejo ni las prescripciones médicas y continuar llevando a cabo sus actividades normales. Esto es lo que Helman denominó “*enfermedad definida médicamente sin enfermedad percibida subjetivamente*” (disease without illness). En este caso, los exámenes encuentran anormalidades orgánicas, pero el paciente “no se siente enfermo”. Dada esta situación, el tratamiento médico no es exitoso debido a las diferencias entre el enfoque médico y el modelo subjetivo del paciente acerca de lo que le ocurre.

Por otro lado, es posible encontrar “*enfermedad percibida subjetivamente sin enfermedad definida médicamente*”, es decir, “*sentirse enfermo*” sin evidencias médicas de enfermedad; esta es, en algunos casos, la situación del paciente somatizador: sin haber un examen médico que muestre la existencia de algún problema orgánico, aún así, el paciente continúa experimentando una enfermedad discapacitante (Quill 1985).

En consecuencia, es posible decir que no siempre existe una correspondencia uno a uno y una relación consistente entre una cantidad demostrable de enfermedad y la tensión subjetiva experimentada por el paciente. La discrepancia entre la percepción subjetiva de

la enfermedad y la evaluación médica de la misma puede causar una falta de compromiso, el abandono del tratamiento o visitas recurrentes a la consulta médica toda vez que el paciente no está satisfecho con el tratamiento, aún cuando el médico ha querido darle confianza.

El conocimiento Subjetivo de la enfermedad

La búsqueda de ayuda médica, que resulta de la experiencia de sentirse enfermo, es la fase última del proceso global de la experiencia subjetiva de la enfermedad. Este proceso comienza con una percepción de los cambios en las funciones del cuerpo; existe un darse cuenta de que algo está ocurriendo en una forma que no es familiar y que es interpretada de acuerdo al marco de referencia del funcionamiento individual. En este proceso cognitivo los síntomas del cuerpo son interpretados, y el individuo les atribuye significados específicos.

La interpretación y significado que el individuo le atribuye a los síntomas o malestares son influidos por diferentes variables, tales como las experiencias previas personales con el síntoma, las experiencias familiares, modelos aprendidos, creencias y normas sociales. Todos estos factores no sólo influyen en la percepción del individuo sino, al mismo tiempo, moldean cómo reaccionará a los síntomas como resultado de su proceso cognitivo.

La experiencia de la enfermedad

La conducta que asume el individuo al percibirse enfermo es otra forma de enfrentar la experiencia de sentirse enfermo. Así como la percepción, el significado y la evaluación de la enfermedad son moldeadas socioculturalmente, el modo de comportarse para enfrentar la enfermedad es también influida por el contexto sociocultural en el cual el individuo lleva a cabo su vida diaria. Si su conducta de enfermarse es sancionada positivamente, entonces se espera que él/ella asuma el rol de enfermo/a.

En síntesis, la experiencia de la enfermedad es moldeada por factores socioculturales; la manera en la cual el individuo percibe, define, evalúa (atribuye significados y causas a la enfermedad) y se comporta hacia la enfermedad (la comunica y busca ayuda) es el resultado del proceso de socialización y experiencia aprendida. Este

proceso es influido y moldeado por el específico contexto sociocultural dentro del cual vive el sujeto.

Los trastornos y alteraciones se constituyen como enfermedad cuando un sujeto les asigna el significado de síntomas, quedando así implicados los sistemas socioculturales y las representaciones sociales e institucionales de una sociedad.

Tales representaciones (*modos de percibir, categorizar y significar*) y conductas, constituyen la materia prima de interrogación antropológica. Es decir, analizar al proceso salud- enfermedad de una persona en función de su propia historia, su propia cultura, del estado de sus relaciones familiares y sociales en un contexto político- económico.

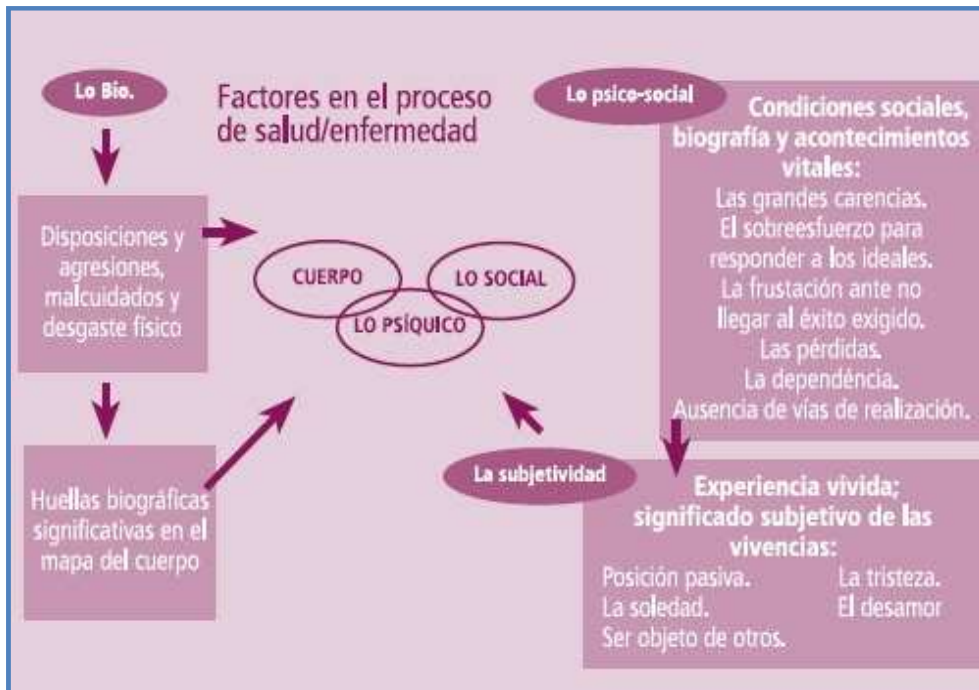


Figura 4.4. Factores a tener en cuenta en el proceso salud-enfermedad.

Tener en cuenta este conjunto de relaciones y representaciones, es la fundamentación de la medicina integral -de base biológica y antropológica a la vez- o sea de la llamada medicina de la persona. Esta representa un modelo integrador biopsicosociocultural; una síntesis metodológica, para contemplar las esencias y las formas del “sentirse enfermo”, “estar enfermo”, del enfermar y del sanar.

Paradigmas en Ciencias de la Salud

Una de las primeras etapas en la elaboración de un nuevo conjunto de conocimientos en una determinada área científica, es la clarificación de los modelos o paradigmas subyacentes.

Un paradigma es el conjunto de supuestos, creencias o principios que son sostenidos durante cierto tiempo por una comunidad científica.

El conocimiento científico va progresando y nuevas ideas superan las vigentes. Es así como los “modelos de pensamiento o paradigmas” se ponen en duda, entran en crisis y se producen rupturas; a partir de esas rupturas surgen nuevos paradigmas y se generan nuevos conocimientos. Esto ocurre aproximadamente *cada cinco años* debido al avance científico cada vez más rápido.

Las variaciones observadas con respecto al concepto de salud, están ligadas pues, a la adopción de un modelo teórico o paradigma vigente.

En el ámbito de la salud predominan dos modelos opuestos:

1- El Modelo Médico, Biomédico o Tradicional: Postula una concepción de la medicina como una ciencia y un enfoque centrado en la enfermedad.

2- El Modelo Integral, Holístico, Social o “Comprensivo”: Concibe a la Medicina como una práctica y sostiene un enfoque centrado en el enfermo.

1- El Modelo Biomédico o Tradicional, organicista

Considera a la enfermedad como eje de las acciones de los profesionales de la salud. En este marco, la enfermedad es una realidad separada del individuo, es decir, que tiene una existencia independiente y que ingresa en el ser vivo produciendo el “*estar enfermo*”. Los seguidores de este modelo, consideran solamente el aspecto biológico u orgánico del individuo humano, separándolo de los acontecimientos sociales, por lo que encuentra serias limitaciones a la hora de dar respuestas integrales a los problemas de salud del hombre, inserto en una realidad concreta que lo determina.

En este caso, lo que enferma es la célula; luego otra y otra, hasta que enferma el órgano, que al funcionar incorrectamente, enferma a la persona. Con arreglar la célula y el órgano, restituimos el bienestar de la persona afectada. Ejemplo de médico en esta situación: el Dr. House, de la serie de TV al afirmar que “*aquí no curamos pacientes, sino enfermedades*”.



Figura 4.3. El modelo tradicional, biomédico, u organicista, basado en estímulos y respuestas. En este caso, un agente causal produce una infección, que evoluciona en etapas.

2- El Modelo Integral o Biopsicosocial

A partir de una concepción integral de hombre -esto es, de considerarlo como una unidad constituida por aspectos biológicos, psicológicos y socioculturales, e inserto en una realidad concreta que lo condiciona- surge en las ciencias de la salud una nueva manera de mirar los fenómenos de la salud. Un nuevo paradigma que piensa al hombre como totalidad, como realidad concreta, única y social. Ejemplos: el Dr. Juvenal Urbino, en la novela “*El amor en tiempos del cólera*” de Gabriel García Márquez, y el Dr. Bonifaz, en el cuento de Julio Cortázar “*la salud de los enfermos*”, o el Dr. “*Patch*” Adams, de la película del mismo nombre.

Así, el enfermar del hombre encuentra sus causas en las características históricas (*biografía*) de su vida, en los intercambios que se establecen en su entorno social (*etnopsicología*), en sus relaciones con otros hombres y con su ambiente (*etnografía*). Su abordaje requiere del aporte de las distintas disciplinas que intentan explicar, interpretar y comprender la problemática de la salud-enfermedad.

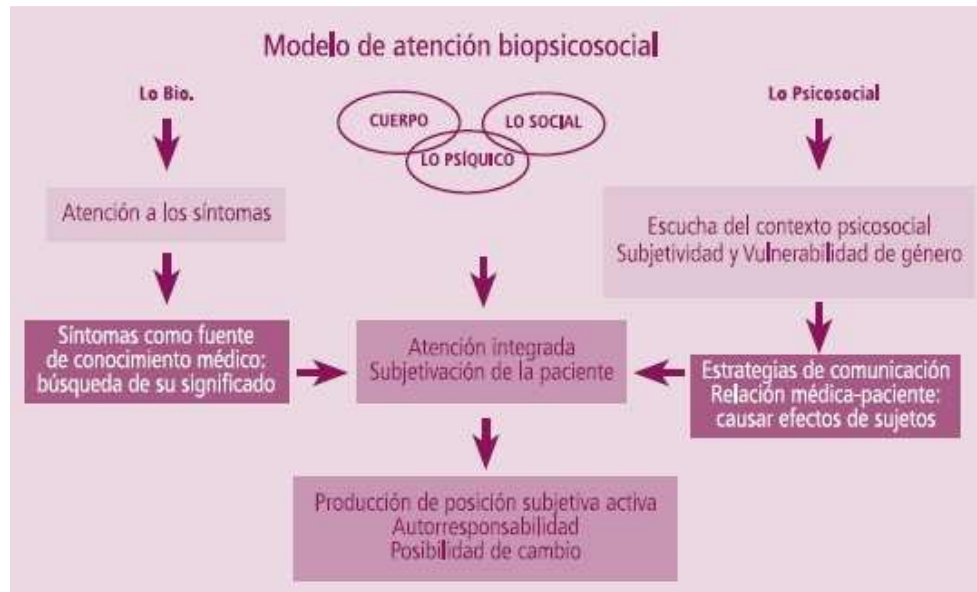


Figura 4.4. Modelo Biopsicosocial o Integral

M. Biomédico	M. Biopsicosocial
<ul style="list-style-type: none"> ■ Se basa en una concepción patologista. ■ Es reduccionista. ■ Es curativo. ■ Es objetivo. ■ Separa mente – cuerpo. ■ Hace diagnósticos biológicos. ■ Establece barreras disciplinarias. ■ Los tratamientos son externos al paciente 	<ul style="list-style-type: none"> ■ La salud y la enfermedad son un continuo. ■ Es preventivo. ■ El diagnóstico es contextualizado. ■ La relación humana es relevante. ■ La atención es integral. ■ Estimula la participación. ■ Estimula el trabajo en equipo. ■ Se preocupa del individuo y su entorno familiar y social.

Figura 4.5. Cuadro comparativo entre los modelos de salud

En 1980 Ferguson realiza una síntesis entre el antiguo paradigma de la medicina y el nuevo paradigma de salud. Este paradigma ha sido diseñado a partir de un criterio integral, en el cual la enfermedad no está conceptualmente separada de la persona ni de su medio ambiente. Las categorías nosológicas (componente, causa, agente, etc. de la enfermedad) se emplean como marco de referencia, pero siempre en el contexto del individuo y sus circunstancias. Se considera aquí que todas las enfermedades tienen determinantes sociales, mentales y físicos. Las causas son siempre múltiples.

Con respecto a los paradigmas en salud, es preciso señalar que cualquier forma de ejercer la medicina se apoya en unos conceptos básicos, en realidad una filosofía o ideología, de lo que entendemos por salud, enfermedad y el papel que en ellas juegan tanto el médico como el paciente.

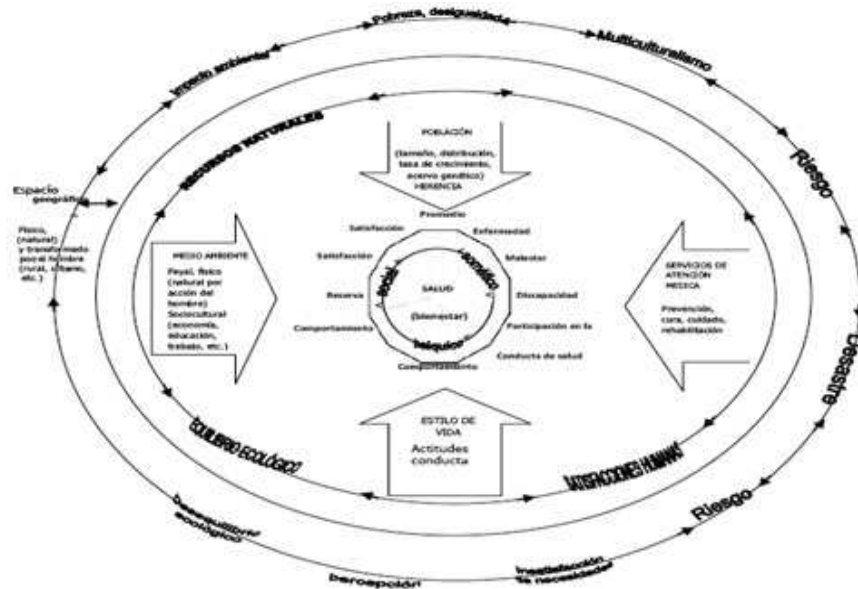


Figura 4.6. Paradigma integral de Ferguson actualizado por Blue y adaptado de Dever. Año 2005.

En términos simples una persona está sana cuando no presenta síntomas subjetivos o signos demostrables que lo apartan de la condición considerada como normal. Sin embargo esta definición choca con un concepto altamente polémico, como el concepto de normalidad. ¿Cuándo podemos considerar que una persona es normal? ¿Quién define el concepto de normalidad? ¿Se refiere la normalidad a la condición de salud estadísticamente más extendida de la población? La respuesta a estas cuestiones configuran diferentes maneras de entender la filosofía y la práctica de la Medicina.

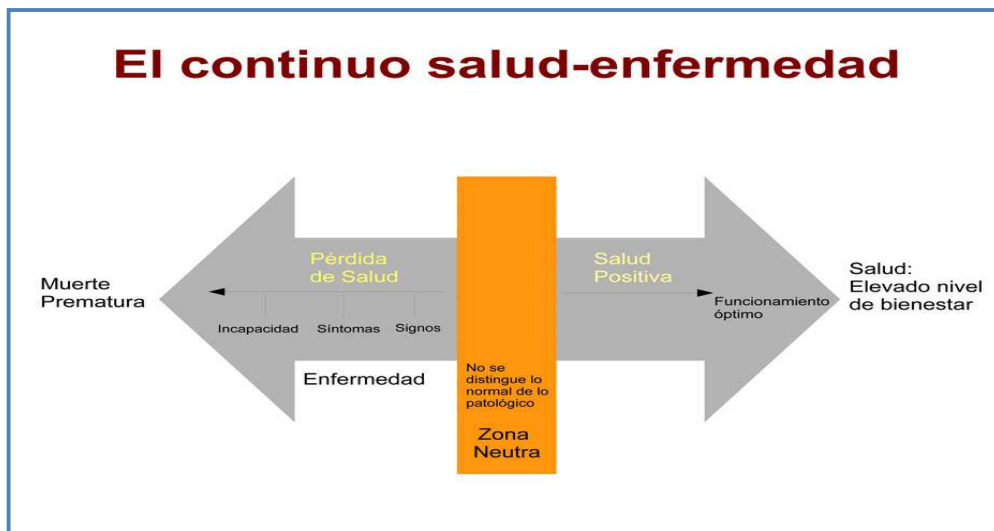


Figura 4.7. Salud enfermedad como proceso continuo.

A continuación se presentan los principales rasgos que distinguen la Medicina Integral de la Medicina Tradicional:

Medicina Tradicional o Biomédica	Medicina integral
<p>Tiende siempre a encontrar una evidencia física o química que cuadre en términos estadísticos con un determinado diagnóstico. La variedad y complejidad de los procesos y funciones que realizan los diferentes órganos en el cuerpo humano ha llevado a una especialización creciente en el estudio y conocimiento de los mismos. Por eso en la Medicina Tradicional hay multitud de especialistas. El problema es la correlación entre los datos que se pueden obtener del estudio a un nivel (por ejemplo, molecular) con los obtenidos a otro (como el psicológico o el de las relaciones afectivas).</p>	<p>Considera a la persona enferma de forma global. Tiene en cuenta tanto su dimensión físico-química como la mental, emocional, social y espiritual. No es que deseché los resultados que pueda arrojar un determinado análisis sino que establece otras prioridades. Lo primero es la consideración de la persona completa que se tiene delante. Si esta persona siente que está enferma es que está enferma, al margen de los signos que puedan ser puestos en evidencia. Cada órgano y cada función de nuestro cuerpo sólo pueden ser comprendidos y tratados en el contexto global que representa la persona y el medio en el que se desarrolla.</p>
<p>Los síntomas que presenta el paciente son considerados como la enfermedad o el enemigo que hay que combatir o anular. Si hay dolores, se prescriben analgésicos, si inflamación antiinflamatorios, si hay ansiedad tranquilizantes, si tristeza o desinterés por la vida antidepresivos y así sucesivamente. Es una medicina de parches, de recambio de piezas.</p>	<p>Contempla los signos y síntomas que refiere el paciente -y otros que quizás no refiera pero que pueden ser más importantes- como la expresión, los signos de alarma que tiene el organismo para indicar y al mismo tiempo corregir alteraciones del equilibrio normal de mismo. Por tanto no siempre es conveniente suprimir los síntomas, ello equivaldría a suprimir la alarma que indica la presencia de una alteración.</p>
<p>Trata la enfermedad cuando ésta se manifiesta.</p>	<p>Considera como parte fundamental de la terapia la <u>toma de conciencia</u> del paciente respecto a lo que le ocurre, esto incluye conocer las causas y la forma de modificarlas. No sólo es importante que el paciente se cure sino, también, que reconozca lo que le ha llevado a la enfermedad y lo que debe hacer para evitar que aparezca en el futuro. Los hábitos de vida (tipo de alimentación, consumo de alcohol o tabaco, ejercicio físico, calidad de las relaciones afectivas, motivaciones y finalidad que se da a la vida, tipo y calidad del entorno ambiental, etc.), son los condicionantes más importantes en el origen y desarrollo de las enfermedades.</p>
<p>Basa su actuación en el supuesto poder de las drogas o procedimientos tecnológicos que utiliza.</p>	<p>Se destaca el elemento terapéutico que representa una cálida y profunda relación médico-paciente. La fuente más profunda de energía interna es la confianza y esto es muy difícil de conseguir cuando el paciente es un número y un dato, cuando el médico conoce el nombre del paciente. El cuerpo humano no es una máquina que se pueda ajustar cambiando o quitando piezas. Es mucho más que eso. Posee la conciencia, las emociones, los sentimientos, la mente, y eso introduce variables que van más</p>

	allá de lo que pueda ser objetivado o cuantificado.
--	---

Desde mucho antes de la concepción del hombre, simple e intrascendente, se cruza hoy el umbral que empieza a reconocer, como antaño lo hicieran las grandes tradiciones culturales, la realidad humana en sus vastas y genuinas dimensiones.



Figura 4.8. No todo siempre es salud, pero tampoco “enfermedad”

Por lo anterior, las enfermedades no son únicamente entidades biológicas. Los que “están enfermos” no son sólo organismos biológicos, sino seres humanos, que piensan, actúan, esperan, se preocupan, sufren, y las enfermedades que conllevan claramente una alteración biológica, tienen causas, manifestaciones y efectos que van mucho más allá de los límites de lo orgánico. Por ejemplo: cuando ustedes enfrentan el examen final de una materia, surgen ciertas molestias abdominales (diarrea, dolor epigástrico), y también “nerviosismo” o sea ansiedad y temor por el resultado, que se traduce en sudoración, cansancio, sueño incompleto, fatiga, tensión, alimentación escasa (exceso de café, mate, estimulantes, cigarrillo, etc.), cortejo sintomático al que comúnmente llamamos *estrés*. No estamos necesariamente enfermos biológicamente, sino que somatizamos (corporizamos) nuestro ruido a la contingencia que debemos enfrentar. Del *estrés*, respuesta por demás necesaria, se sale “peleándola” o sea enfrentando la situación (*fight*, en inglés), o “fugándose”, volando o desapareciendo de la escena (*flight* en inglés), o sea, decido *no* rendir, y los síntomas de mi “enfermedad” se van.

Los médicos hemos de tener también en cuenta la experiencia que supone el dolor y el sufrimiento para sus pacientes, su dignidad, su respeto por sí mismos, sus objetivos y proyectos en la vida.

Bibliografía

- **Cechetto S.**, *Curar o cuidar (Bioética en el confín de la vida humana)*, Ad-hoc, Buenos Aires, 1999.
- **Gil Yépez C.**, *Introducción a la Medicina Antropológica*, Ed. Univers, Venezuela. 1974.
- **Gadamer H.G.**, (Eds.) *Psicología del enfermo, antropología y hermenéutica de estar enfermo*. 1972
- **Helman C. G.** (1994) *Culture, Health and Illness. An Introduction for Health Professionals*. 3ª Ed. Londres: Butterworth Heinemann
- **Kleinman, A.** (1980) *Patients and Healers in the Context of Culture*. Berkeley: University of California Press.
- **Kornblit, Ana, Mendes Diz, A.**, *La salud y enfermedad: aspectos biológicos y sociales. Contenidos Curriculares*. Ed. Aique, Bs. As., 2000.
- **Lain Entralgo P.**, *Historia de la medicina*, Ed. Masson, Madrid, 1978.
- **Lain Entralgo P.**, *La historia clínica*, Barcelona, 1961, Reimpr. Ed. Triacastella, Madrid, 2001.
- **Meeroff M.**, *Medicina integral, Salud para la comunidad - Catálogos*, Buenos Aires, 1999.
- **Meeroff M.**, *Medicina Antropológica*. – Ed. A.M.A. Bs. As. 1991.
- **Stagnaro JC.**, *La formación de especialistas en psiquiatría hoy: una encrucijada epistemológica*. Vertex, Rev Arg de Psiquiatría, Vol XI, Suplemento I, Primer semestre, 2000.
- **Stagnaro JC.**, *Biomedicina o Medicina Antropológica*, - Vertex Rev. Arg. de Psiquiat. Vol. XIII , 2002.
- **Von Weizäcker V.** *El hombre enfermo. Introducción a la Medicina Antropológica*. Miracle, Barcelona, 1956.
- **Wulff H., Pedersen S. y Rosenberg R.** *Introducción a la filosofía de la medicina*, Ed. Triacastella, Madrid, 2002.

Actividades Prácticas

Unidad 4

1. A partir de las definiciones de Salud presentadas en el Manual de Cátedra:
 - a) ¿Qué es para Uds. “estar sano”?
 - b) ¿Qué entiende por salud? (Elabore su propia definición).

2. ¿Cuáles son los cambios producidos en la concepción de salud a partir de la definición dada por la Organización Mundial de la Salud (OMS)?

3. Escriba un resumen sobre el concepto de salud-enfermedad. Señale aquellas diferencias más importantes que se observan en los paradigmas vigentes en Ciencias de la Salud.

Actividad práctica para Paradigmas en salud

4. Lea el siguiente caso.

Martina, de 17 años, concurre con su madre al Servicio de Dermatología de una Clínica privada de la ciudad de Córdoba. En el inicio de la consulta con el dermatólogo, la madre manifiesta que a su hija le han aparecido unas reacciones en los codos y las rodillas. Expresa, además, que supone que se ha contagiado en el Colegio, pues es prácticamente al único lugar que sale.

Martina permanece callada. Ante la solicitud del médico, muestra sus codos. La postura de su cuerpo y la mirada no le permiten ocultar su incomodidad y vergüenza. Se observan reacciones inflamatorias de color rojizo, sobre elevadas, cubiertas de escamas gruesas y poco adherentes. El médico indaga el tiempo de aparición de éstas e inspecciona también las rodillas y el cuero cabelludo. Seguidamente, pregunta qué obra social tienen y solicita el carnet. Dirigiéndose a la madre, explica que Martina tiene psoriasis, e indica realizar una biopsia, a fin de confirmar cuál de las variadas formas clínicas de psoriasis padece. Para la remisión de la inflamación prescribe el uso diario de una crema. Comenta a la madre que esperará los resultados de la biopsia para definir con qué inyectable complementar el tratamiento.

La madre pregunta al Dermatólogo cómo pudo Martina contagiarse esta enfermedad, a lo cual el facultativo responde que la psoriasis no se contagia, que es una enfermedad de naturaleza multicausal, por lo que es difícil determinar lo que la ha originado en el caso particular de su hija. Añade hacia el final de la consulta que, seguramente, deberá realizar también sesiones de fototerapia.

A continuación conteste el siguiente cuestionario:

1. *¿Puede identificar en el caso presentado características del modelo biomédico o del modelo Integral de la Medicina? Fundamente su respuesta.*
2. *¿Considera que en el abordaje del problema de salud de la paciente se han tenido en cuenta los tres elementos del proceso mórbido? (disease, illness y sickness).
¿Por qué?*

UNIDAD 5

MEDICINA Y CULTURA

Silvina Trucchia

El concepto de cultura es central a la Antropología. Esta disciplina, tal como se vio en la Unidad 1, podría definirse como “el estudio de las capacidades biológicas y culturales de la humanidad”. (Joralemon, 2013)

Los objetivos de esta unidad están orientados a contribuir para que los alumnos sean capaces de:

- *Reconocer la cultura como una producción individual y social, reflexionando acerca de cómo ciertos elementos culturales pueden intervenir previniendo o favoreciendo enfermedades. Reconocer y **aceptar la diversidad cultural.***

ANTROPOLOGÍA CULTURAL

La Antropología Cultural tiene una vinculación estrecha con la Medicina y la Salud Pública. Esta disciplina estudia las diferencias entre culturas; su objetivo es describir los diversos modos de vida.

El fenómeno internacional de globalización no homogeneizante, de reconocimiento a la pluriculturalidad y la interculturalidad, la reciente afirmación de los derechos de los pueblos indígenas (y sus demandas centenarias), el pluralismo de modelos y sistemas médicos, entre otros procesos, han conducido a esta expansión de la Antropología, y en especial de la orientación médica. Con este panorama, el compromiso académico y la responsabilidad educativa en el campo de la antropología médica resultan ineludibles.

Cultura

Cultura es *el conjunto de ideas y prácticas compartidas que caracterizan a un grupo poblacional y los patrones de comportamiento que de ellas emergen.*

Todos los seres humanos nacen y se desarrollan en el seno de una cultura o matriz cultural. A lo largo de su desarrollo, merced al proceso de aprendizaje social y a través de

la acción deliberada de padres y maestros, el sujeto va incorporando a su conocimiento valores, creencias, conceptos de la realidad, habilidades, etc.

En cada cultura se puede hablar de *subculturas*, porque las personas que participan en ella no viven de la misma forma. Dentro de cada cultura existen diferencias que vienen dadas por factores como la edad, el nivel socio-económico, la clase social, etc. A pesar de ser una división artificiosa, debemos reconocer que la cultura occidental europeizante es la que nos tiene como protagonistas; a diferencia de las culturas amerindias, afro, y sobre todo las llamadas culturas de oriente (China, Japón, Malasia, etc.) además de grandes tradiciones culturales como la árabe, y la hindú. También los credos crean y forjan culturas de tradición: judeocristiana, taoísta, hinduista, budista.

El término *subcultura* se usa en el ámbito de las ciencias sociales para definir a un grupo de gente dentro de una sociedad con un conjunto distinto de comportamientos, creencias, costumbres tradicionales, valores, normas y estilos de vida, que les diferencia de la cultura mayor de la que forman parte. Son ejemplos la subcultura de los estudiantes universitarios, y entre ellos los de medicina, la subcultura de los artesanos, de los músicos nocturnos, la subcultura de la pobreza, de los artistas, de la cárcel, la subcultura de los sectores marginados, pobres o criminales, etc.

Los miembros de una subcultura señalarán a menudo su pertenencia a la misma mediante un uso distintivo y simbólico de ese particular estilo de vida. Por tanto, el estudio de una subcultura consiste con frecuencia en el estudio del simbolismo asociado a la ropa, la música y otras costumbres de sus miembros, y también de las formas en las que estos mismos símbolos son interpretados por miembros de la cultura dominante. Si la subcultura se caracteriza por una oposición sistemática a la cultura dominante, entonces puede ser descrita como una *contracultura*.

La *contracultura* es un movimiento de rebelión contra la cultura hegemónica, que presenta un proyecto de una sociedad y cultura alternativas. Ejemplos de manifestaciones contraculturales son los siguientes:

- ❖ Las **tribus urbanas**, como *rockers*, *punkies*, *skins*, *emos*, *floggers*, *hooligans ingleses*, etc. Las conforman jóvenes preocupados por descubrir una identidad que ni la sociedad ni la familia les proporcionan. Se reúnen en torno a un líder y adquieren un

código de expresiones culturales que les diferencian de los demás. La llamada “ópera-rock” de los años 70, titulada “*Hair*” (autoría de Galt Mc Dermott) produjo una conmoción cultural en donde fue representada, incluida la ciudad de Buenos Aires donde muchos de sus cantantes y bailarines hicieron sus primeros pasos como artistas (María José Demare, Valeria Lynch). Esta ópera-rock (epíteto aplicado a muchos musicales modernos posteriores) se describía a sí misma como el rock de la *tribu* “americana”. Algunas de sus canciones anticiparon el futuro que ya estaba próximo a suceder: “Acuario-Deja entrar el sol”; “Sodomía”; “Marihuana”. Sin duda fue un hito revolucionario *contracultural* y *paracultural*.

- ❖ Los **grupos de ataque social**. Cabe destacar entre estos grupos las bandas de delincuentes. Constituyen una forma violenta y directa de ataque al sistema establecido. También es típico de otros grupos de adolescentes que intentan desestabilizar la sociedad para crear un nuevo estado social, transgrediendo las leyes y haciendo uso de la violencia.

- ❖ Los **grupos sociales alternativos** responden al vacío que muchos individuos sienten ante un futuro incierto y fugaz. Sus integrantes intentan encontrar un sentido a la existencia a través de distintos medios y, generalmente, rechazan el materialismo social (hippies, yoghis, etc.). La marginación también ha creado su propia cultura. En 1958 el director francés François Truffaut hizo eclosión en cine con su famosa: “*Los 400 golpes*” donde se animaba a retratar las desventuras de los niños de la calle y en situación de riesgo. Una década después el argentino Leonardo Favio, debutaría en cine en blanco y negro con su famosa “*Crónica de un niño solo*” donde retrata la infancia, la situación de calle y el abuso sexual sobre niños desamparados en Buenos Aires. (Película devastadora, bella, poética, única por sus imágenes subyugantes que quedan grabadas a fuego en los hilos cognitivos del espectador, *Crónica de un niño solo* no es únicamente quizás la mejor película de la historia del cine argentino, sino que es una experiencia vital de gran carga filosófica que nos recordará que la pérdida de la inocencia supone el desprendimiento de nuestras ensoñaciones para darnos de bruces con esa realidad que todo arrolla. Crítica de Rubén Redondo, 2013).

Podemos decir entonces, que la Medicina Antropológica supera a ambas antropologías: física y cultural, al haber reducido notablemente la frontera entre ellas, acercándolas y compartiendo hoy un espacio muy conducente a una labor conjunta.

Métodos de estudio y estrategias de investigación

La antropología utiliza como estrategias de investigación preponderantes a la *observación participante* y a la *entrevista*.

La *observación participante* se emplea para la obtención de datos sobre realidades a las que resultaría difícil aplicar otro tipo de técnicas. Es utilizada para estudiar la realidad social cuando se pretende hacer primar el punto de vista de los actores implicados en esa realidad: estudio desde dentro de grupos étnicos, minorías, organizaciones, subculturas y profesiones. Mediante la observación participante, el investigador aprende a vivir una vida cotidiana que le resulta ajena. Se trata de observar, acompañar, compartir (y, en menor medida, participar) las rutinas típicas y diarias que conforman la experiencia humana. Esto es lo que los antropólogos llaman “trabajo de campo o en terreno”.

La *observación participante* se caracteriza por:

- ❖ Procurar una aproximación personalizada al problema investigado.
- ❖ No distinguir entre quién obtiene los datos y quién los analiza.
- ❖ Investigar sobre sujetos que integran otros grupos culturales.
- ❖ Dar una *comprensión* de lo que está ocurriendo en aquello que se está investigando.

La “*entrevista*” es la segunda -y no por ello menos importante- estrategia de investigación utilizada en Antropología. Dependiendo del tipo de control que se ejerza durante la misma, la entrevista puede ser:

- ~ **Informal:** La entrevista se realiza con una falta absoluta de estructura o control.
- ~ **No estructurada o abierta:** La entrevista se realiza con un mínimo de control. La idea es dejar que la gente se exprese en sus propios términos y siguiendo su propio esquema.
- ~ **Semiestructurada:** Se realiza siguiendo una guía de entrevista.
- ~ **Estructurada:** Se realiza mediante un cuestionario preestablecido a partir del cual el informante debe escoger una de entre todas las respuestas indicadas para cada pregunta.

*La observación participante (acompañado de un registro meticuloso y ordenado de las observaciones) y las entrevistas informales y abiertas conforman un método **cuantitativo** ya que permiten identificar el significado que las personas atribuyen a objetos y eventos de su entorno. Las dos últimas formas de encuestas o entrevistas usando cuestionarios, constituyen un abordaje **cuantitativo** (puede medirse con precisión y ser sometido a análisis estadísticos con mayor facilidad), agregan exactitud a las descripciones etnográficas y permiten la verificación de hipótesis.*

El médico antropólogo trata por todos los medios de trascender los valores propios de la sociedad a la que pertenece a fin de lograr un conocimiento objetivo de las costumbres y valores de la cultura investigada, a fin de entender el origen y la percepción de las enfermedades. Algo de esto se plasma en la acción de vida del Dr. *Esteban Laureano Maradona* (Esperanza, 4 de julio de 1895 – Rosario, 14 de enero de 1995) fue un médico rural, naturalista, escritor y filántropo argentino, famoso por su modestia y abnegación, que pasó cincuenta años ejerciendo la medicina en Estanislao del Campo, una remota localidad en la provincia de Formosa.

Su vida fue un ejemplo de altruismo. Colaboró con las comunidades *indígenas* en varios aspectos: económico, cultural, humano y social.

Es autor de obras científicas sobre *antropología, flora y fauna*. Renunció a todo tipo de honorario y premio material viviendo en la humildad y colaborando con su dinero y tiempo con los más menesterosos, a pesar de que pudo haber tenido una cómoda vida ciudadana, gracias a sus estudios y a la *clase social* a la que pertenecía.

Un par de frases por él dichas sintetizan muy bien su pensamiento sobre su profesión y su manera de vivir:

“Si algún asomo de mérito me asiste en el desempeño de mi profesión, éste es bien limitado, yo no he hecho más que cumplir con el clásico juramento hipocrático de hacer el bien a mis semejantes”.

“Muchas veces se ha dicho que vivir en austeridad, humilde y solidariamente, es renunciar a uno mismo. En realidad ello es realizarse íntegramente como hombre en la dimensión magnífica para la cual fue creado”

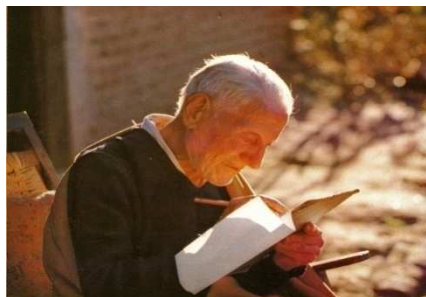


Imagen el Dr. Esteban Laureano Maradona

Relación entre cultura y sociedad

“En diversas partes del mundo, en las más espesas selvas y las islas más pequeñas, grupos de individuos que diferían de sus vecinos en lenguajes y costumbres, fueron elaborando experiencias que permiten trazar conocimiento con su naturaleza íntima. La incansable imaginación de muchos hombres se manifestó trazando de diversos modos el pasado histórico de la especie, inventando nuevas herramientas, nuevas formas de gobierno, nuevos y diferentes planteos del problema del bien y el mal, nuevos conceptos de la posición del hombre en el Universo (...) Mientras un pueblo convertía a sus muertos en dioses, otro prefería ignorarlos, elaborando en cambio una filosofía de la vida para la cual el hombre es como una hierba que nace al amanecer y que es arrancada para siempre a la hora del crepúsculo”. Margaret Mead: “Educación y cultura”. Buenos Aires. Paidós. 1952.

El concepto de cultura junto con el de sociedad, es una de las nociones más ampliamente utilizadas en Sociología y Antropología.

La **cultura** hace referencia tanto a los valores que comparten los integrantes de una sociedad, las regularidades normativas, tales como usos, costumbres, normas y leyes, mediante las cuales se rigen sus vidas, así como a los significados sociales que las personas otorgan a los objetos, a las acciones y a las relaciones sociales que se establecen entre ellas.

El concepto de **cultura** también incluye a los objetos producidos en cada sociedad, tales como el lenguaje, la música, el trabajo, etc. Cada cultura en su conjunto es una producción colectiva, anónima, creada a lo largo del tiempo en estrecha relación con las circunstancias temporales, espaciales y sociales de la sociedad donde se realiza.

El concepto de **sociedad** alude a la red de relaciones sociales que se establecen entre los integrantes, grupos e instituciones de un conjunto de personas.

Toda sociedad tiene una cultura y toda cultura es puesta en práctica por individuos que se interrelacionan, es decir que la cultura se manifiesta en una sociedad.

El mundo social es también un mundo cultural porque está pleno de significaciones. En él las personas actúan y se relacionan entre sí, comprenden sus acciones y las de otros, explican sus interacciones. Por eso, al mundo social también se lo denomina “**mundo socio-cultural**”.

En el proceso de socialización, los individuos internalizan la cultura del mundo social en el que viven y el aprendizaje producto de sus propias experiencias. A través de éste proceso van construyendo su visión del mundo. Así, la cultura incluye tanto el conocimiento e interpretación que tienen las personas de sí mismas -su identidad personal- como los conceptos, creencias, valores y opiniones que poseen sobre el mundo social y natural en el que desarrollan sus vidas, su contexto espacial, temporal y social.

Por lo mencionado, es importante diferenciar entre estos dos conceptos complementarios e interdependientes. La *sociedad* es el conjunto de relaciones sociales que se dan en un hábitat y la *cultura* es aquello que da forma y envuelve a esa sociedad.

La cultura es un *constructo* social y, como tal, no es una realidad estática. Los hábitos que se constituyen como pautas culturales socialmente aceptadas van cambiando. Así, y en relación con la medicina, los comportamientos más o menos saludables adquieren diferente dimensión en función de la trascendencia social que tengan en un momento determinado.

Los grupos humanos desarrollan prácticas diferentes en relación al proceso salud-enfermedad de acuerdo con:

- ⇒ La estructura social.
- ⇒ El sistema de valores.
- ⇒ Las relaciones sociales.
- ⇒ Las representaciones sociales
- ⇒ Su cultura.

La cultura de un pueblo se construye a lo largo de su historia y se apoya en un sistema de representaciones sociales. Es decir, la cultura proporciona a los individuos que la integran un sistema de interpretación que rige su relación con el mundo y con los otros, orientando y organizando las conductas y las comunicaciones sociales a partir de un conjunto de afirmaciones y explicaciones que se originan en la vida diaria, conformando un sistema de creencias propio.

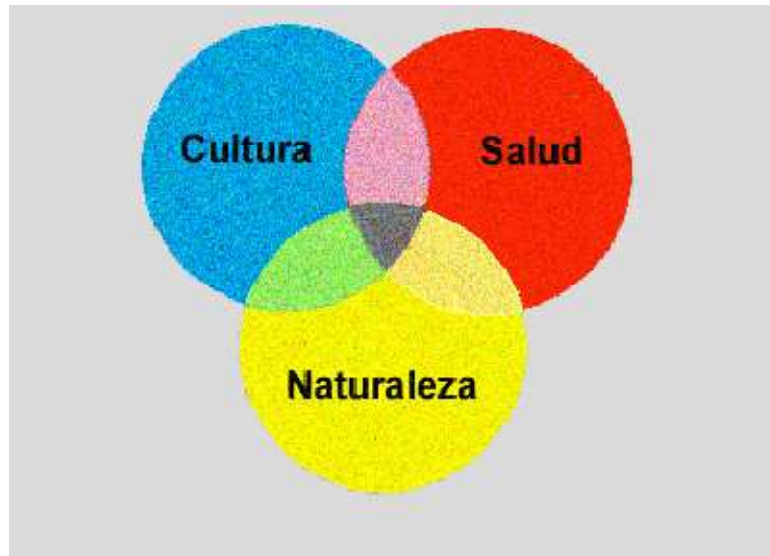


Figura 5.1. Interacción cultural sanitaria, natural.

Las creencias, costumbres, hábitos y valores promocionados por ciertas culturas, pueden actuar como factor protector frente a situaciones de vulnerabilidad social.

El cambio cultural brusco puede favorecer la aparición de desórdenes mentales con mayor incidencia en grupos de inmigrantes que se instalan en una ciudad receptora de alta urbanización, con relación al grupo de población que continúa residiendo en el país de origen.

Un aspecto importante de la influencia de la cultura en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades se asocia con el prejuicio y el estigma que determinadas enfermedades producen a la comunidad.

Los valores, conocimientos y comportamientos culturales ligados a la salud forman un sistema sociocultural integrado, lógico y total.

Los sistemas de atención a la salud son sistemas culturales, consonantes con los grupos y realidades sociales, políticas y económicas que los producen y replican. De esta forma, para fines teóricos y analíticos, el sistema de atención a la salud biomédico debe ser considerado como un sistema cultural, tal cual cualquier otro sistema *etnomédico*. Para comenzar, las interpretaciones e intervenciones sobre los fenómenos *mórbidos* (del latín *morbis*=enfermedad) –tanto por parte de los individuos/pacientes, como los observados y tratados por los profesionales de la salud formados en el sistema biomédico – deben ser analizados y evaluados por el concepto de *relativismo cultural*, evitando, de esta manera, la toma de posturas y análisis *etnocéntricos* por parte de estos profesionales y teóricos.

Finalmente, se puede afirmar que somos todos sujetos de cultura, y la experimentamos de varias formas, inclusive cuando nos enfermamos y buscamos tratamiento. Sin embargo, al actuar como profesionales e investigadores del Área de la Salud, nos encontramos con sistemas culturales diversos del nuestro (o en el cual fuimos entrenados), sin relativizar nuestro propio conocimiento médico.

Con respecto a los fenómenos masivos, resulta relevante el tema de la *anomia*, de sus implicancias en el ámbito cultural y de su influencia sobre la salud y sobre la vida de la comunidad. Esto se ejemplifica con las 48 horas del acuartelamiento policial en la Ciudad de Córdoba en Diciembre de 2013. Los saqueos y la violencia urbana desatada constituyen un claro ejemplo de la anomia y el colapso de las reglas básicas de convivencia.

Anomia es el "derrumbe de la estructura cultural que acaece sobre todo, cuando existe una discrepancia aguda entre las normas y metas culturales y las capacidades sociales de los miembros del grupo para obrar en concordancia con aquellas". "La falta de integración entre la propuesta cultural y el control social de una determinada estructura social conduce al derrumbe de las normas y su consiguiente ausencia".

Modelos Teóricos en Antropología Cultural

Los investigadores de la cultura han aplicado numerosas técnicas de observación y registro. A partir de esas fuentes de información, se han propuesto modelos teóricos explicativos que dan cuenta de la índole de sus hallazgos. A continuación, se exponen en forma breve las concepciones predominantes en el ámbito de la antropología cultural. Las teorías presentadas no son las únicas, pero resultan suficientes en función de los objetivos de la materia.

Teoría Evolucionista de la Cultura

En el Siglo XIX, bajo la influencia del evolucionismo de Charles Darwin, surge la corriente Evolucionista en el campo de la Antropología.

Para estos autores, la cultura es el resultado del devenir histórico de la sociedad. Tomando como fuente de información documentos de historiadores y geógrafos, consideraron como una tendencia universal de transformación de las culturas la evolución y desarrollo histórico de una serie de etapas o períodos de tránsito obligado según las leyes

de la evolución que establece el paso de lo simple a lo complejo, de lo homogéneo a lo heterogéneo, de lo fuertemente estructurado y rígido a lo dinámico y cambiante. Esta visión etnocentrista, tomaba como modelo universal a la cultura occidental y, en cierto sentido, a la cultura anglosajona.

*En el marco de esta teoría, el motor de la evolución estuvo basado en la **evolución tecnológica**. Se establecieron tres etapas de carácter sucesivo y lineal: Salvajismo –que corresponde a la caza y recolección de frutos- Barbarie -desarrollo de la agricultura y la cerámica- Civilización - marcada por la aparición de la escritura. Este modelo propone una visión de la cultura vigente como consecuencia de un proceso diacrónico (a través del tiempo) universal.*

Teoría Funcionalista

Uno de los aportes fundamentales al desarrollo de la Antropología Cultural, lo constituye el modelo Funcionalista. Su representante, Bronislaw Malinowsky, retomó la descripción de cultura de Taylor. Para Malinowsky, la cultura podía ser entendida como "una realidad *sui generis*" que debía estudiarse como tal (en sus propios términos). En la categoría de cultura incluía artefactos, bienes, procesos técnicos, ideas, hábitos y valores heredados.

A partir del modelo funcionalista se introdujo la aplicación del **método etnográfico**, consistente en el traslado del antropólogo investigador al ámbito de la cultura, para la observación directa de su estructura y funcionalidad, de su forma de vida y de la organización social. Este método se conoce como observación de campo y es utilizado con mayor preponderancia en la actualidad.

Estructuralismo Funcionalista

La característica más peculiar del concepto funcionalista de cultura se refiere precisamente a la función social de la misma. El supuesto básico es que todos los elementos de una sociedad (entre los que la cultura es uno más) existen porque son necesarios. Esta perspectiva ha sido desarrollada tanto en la antropología y en la sociología, aunque sin duda, sus primeras características fueron delineadas involuntariamente por Émile Durkheim.

Así, para esta corriente, la función de la cultura no es la satisfacción de las necesidades individuales, sino preservar la cohesión social del sistema o estructura, logrando una totalidad equilibrada e integrada.

El ser humano y la Cultura

Los seres humanos y los primates superiores, viven gran parte de su vida en grupos. Interactúan como miembros de una familia, residentes de un vecindario o una comunidad, como integrantes de un determinado grupo social, económico, religioso ó étnico, o como ciudadanos de una nación. Aunque los seres humanos no siempre son conscientes de su condición de miembros de un grupo, sí piensan y actúan en formas que, por lo menos, son determinadas parcialmente por la pertenencia al grupo.

La ropa que usan, la composición de la dieta y la forma como se alimentan, las creencias y valores que mantienen, las costumbres que siguen, son patrones de comportamiento recibidos por influencia de los grupos a los cuales se pertenece.

Procesos de transmisión de la cultura

Los términos *enculturación*, *endoculturación*, *transculturación* y *aculturación* hacen referencia a los procesos de transmisión y comunicación de las normas, pautas socioculturales, valores subyacentes y pautas de comportamiento de un determinado grupo sociocultural a las nuevas generaciones.

Asimismo, refieren a la incorporación de nuevos elementos al conjunto de los preexistentes y a su control, como también a la inserción del ser socio cultural proyectándose como un miembro activo de su sociedad y su cultura.

- ❖ **Enculturación**: Proceso por el cual el individuo asimila y comparte activamente (ampliando y modificando) pautas de pensamiento, sentimiento y acción acumuladas y elaboradas por generaciones anteriores de su grupo social y que éste le transmite dinámicamente a lo largo de toda su vida.
- ❖ **Endoculturación**: Proceso que se ubica en el transcurso de los primeros años de vida de un individuo y consiste en la transmisión e incorporación de la cultura por parte de los adultos a las generaciones que habrán de sucederles.
- ❖ **Transculturación**: consiste en el intercambio de formas de ser, estilos de vida, en el que se percibe que no existe una cultura mejor que otra, sino que ambas se complementan.

- ❖ **Aculturación**: Proceso por el cual el contacto continuado entre dos o más sociedades diferentes genera un cambio cultural. Éste puede producirse de dos formas diferentes: el caso en el que las creencias y costumbres de ambos grupos se fusionan en condiciones de igualdad dando lugar a una única cultura; y el caso -más frecuente- en el que una de las sociedades absorbe los esquemas culturales de la otra a través de un proceso de selección y modificación. Este cambio, por lo general, puede provocar notables alteraciones psicológicas en los individuos y una gran inquietud social. El proceso por el cual los individuos o los grupos quedan absorbidos y adoptan la cultura dominante se denomina **asimilación**.



En el proceso de **aculturación** actúan factores dentro de la cultura que favorecen o interfieren.

La cultura determina en gran parte la actitud que la comunidad asume frente al problema de la salud y la enfermedad, el significado y valor otorgado a las prácticas alimentarias, el nivel de conocimiento sobre el mecanismo de las enfermedades, su prevención, las conductas que adoptan frente a las mismas.

La cultura consumista de la sociedad actual exige esfuerzos adaptativos en función a expectativas de éxito y mayor confort. Muchas veces simples frivolidades para cuya satisfacción el individuo se lanza a una carrera frenética y a un sobreesfuerzo, es causa de estrés y enfermedades psicosomáticas tales como úlcera gástrica, hipertensión sistémica, migraña, etc.



Cultura y Salud

El proceso de salud-enfermedad se encuentra estrechamente ligado a la cultura de un pueblo. Para tener un mayor conocimiento de la prevalencia y la distribución de la salud y la enfermedad en una sociedad, hace falta un enfoque integral que combine cuestiones sociológicas y antropológicas, además de las biológicas y de conocimientos médicos sobre salud y enfermedad.

Los factores culturales determinan la distribución socio-epidemiológica de las enfermedades por dos vías:

1. Desde un punto de vista local, la cultura moldea el comportamiento de las personas, y predisponen a la población a determinadas enfermedades.
2. Desde un punto de vista global, las fuerzas políticas-económicas y las prácticas culturales hacen que las personas interactúen con el medioambiente de maneras que pueden afectar a la salud.

Todas las actividades de la vida cotidiana están condicionadas culturalmente. Algunas de las prácticas que influyen en el proceso de salud-enfermedad se han visto en la unidad 4. Esto es, la cultura de una sociedad modela las prácticas, homogeneizando los comportamientos sociales.

Los seres humanos actuamos partiendo de una determinada cultura de la salud, compartimos una serie de principios básicos saludables que nos permiten integrarnos en el sistema social más cercano. La aceptación social pasa por respetar estos principios y hacerlos visibles a los demás.

Esto pone de manifiesto el peso de las decisiones que las personas tomamos en nuestro estado de salud. Estas decisiones no dependen sólo de la información y educación sanitaria que hayamos recibido, sino también de la influencia de otros elementos, tales como el entorno físico, social, económico y cultural.

Los *estilos de vida* no pueden obviarse a la hora de tomar decisiones sobre la salud de la población. Aquí se ponen de relieve los aspectos culturales y conductuales que afectan la salud. En la actualidad, se han multiplicado las investigaciones en las que se

demuestra cómo el estilo de vida de una persona afecta las posibilidades de enfermarse y morir.

La idea de estilo de vida no es nada nueva, desde que Galeno, Hipócrates y Paracelso, escribieron sobre ellos. Hipócrates, sobre todo, privilegiando el descanso, la alimentación, la higiene (por la diosa Hygeia) pero también por la diosa Eros.

Para la OMS estilo de vida es: “Forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por factores socioculturales y características personales” (OMS, 1986, 118).

Los estilos de vida (*life-style*, en inglés) guardan estrecha relación con los siguientes elementos:

- ✓ **autoestima**
- ✓ **asertividad**
- ✓ **respeto por nuestro cuerpo**
- ✓ **cuidado del medio ambiente**
- ✓ **tolerancia y aceptación de las diferencias individuales**
- ✓ **sentido del humor**
- ✓ **formas de manejar el estrés**



Figura 5.2. Condicionantes y asociaciones en estilos de vida.

Sin embargo, la Organización Mundial de la Salud, aclara muy bien que no siempre los estilos de vida son una decisión individual. “Prácticas saludables para todos” (OMS 1988). Están, sin embargo, interrelacionados con las condiciones de vida.



Figura 5.3. Estilos de vida: interdependencia con otros factores.

El *estilo de vida* no es otra cosa que las costumbres, hábitos, actitudes, valores y conductas, que un individuo, pone en acción, individual y/o colectivamente, y que redundan en un beneficio o un daño a su salud. (Pérgola, F; Maglio, F.)

Al conjunto de estas prácticas se les denomina hábitos o comportamientos sostenidos; de los cuales se distinguen dos categorías:

- 1-Los que mantienen la salud y promueven la longevidad.
- 2-Los que la limitan o resultan dañinos y reducen la esperanza de vida.

Este nuevo paradigma se conoce como *factores protectores y conductas de riesgo* (Jenkins, 2005; Barrios, 2007).

A continuación, y en forma de esquema, veamos cuales serian los estilos de vida llamados saludables porque tienden a promover o favorecer el desarrollo de la salud y del bienestar general



Figura 5.4. Estilos de vida saludables.

En contraposición, sinteticemos ahora cuales serian aquellos estilos de vida, en que todos incurrimos ocasionalmente o con frecuencia, que son no saludables porque conspiran contra la salud y nuestro bienestar general.



Figura 5.5. Estilos de vida no saludables.

En resumen, podemos afirmar que los estilos de vida:

- *Crean un nuevo paradigma en salud*
- *Permiten el empoderamiento (empowerment) de los actores*
- *Requieren de un abordaje:*
 - ⇒ *Intercultural*
 - ⇒ *Inter y transdisciplinario*
- *Se relacionan con la medicina de la complejidad.*
- *Conforman una nueva praxis médica, dialéctica y semiótica, aplicables al ciclo vital.*

Factores culturales y recuperación de la salud

La confianza y la valoración positiva que la comunidad desarrolla en relación con la eficacia de la medicina científica para el control de las enfermedades, influye en la respuesta de la misma a las ofertas de servicios preventivos, curativos o de rehabilitación brindados. La población puede albergar preconceptos, temores o desconfianza respecto de agentes preventivos o terapéuticos tales como vacunas o antibióticos.

En función de las personas y de sus diferentes situaciones sociales, los síntomas son percibidos, evaluados y padecidos (o no padecidos) de manera diferente. En efecto, se detectan diferencias notables en la percepción del dolor y de los síntomas, en el modo de definirlos, así como en la medida en que los pacientes buscan ayuda, se quejan a los demás y acomodan su conducta para adaptarse a la enfermedad. Para entender la percepción individual de la enfermedad es importante reconocer que se trata de un concepto no sujeto a una definición estricta. El individuo evalúa y reevalúa, de manera continuada, la gravedad de los síntomas en varias situaciones. La conducta del paciente ante su enfermedad implica un intento de concienciación ante los síntomas, así como acerca de su capacidad para afrontarlos. Los procesos de evaluación y de adaptación, así como las decisiones que de ellos se derivan, pueden estar condicionados por el nivel intelectual de cada paciente, por la información recibida, así como por su comportamiento social y cultural. El Dr. Arthur Kleinman aporta nociones e ideas que, acerca de un episodio de enfermedad y su tratamiento, utilizan y manejan todas aquellas personas implicadas en el proceso clínico, esto es, el enfermo, familiares, amigos y el profesional de la salud.

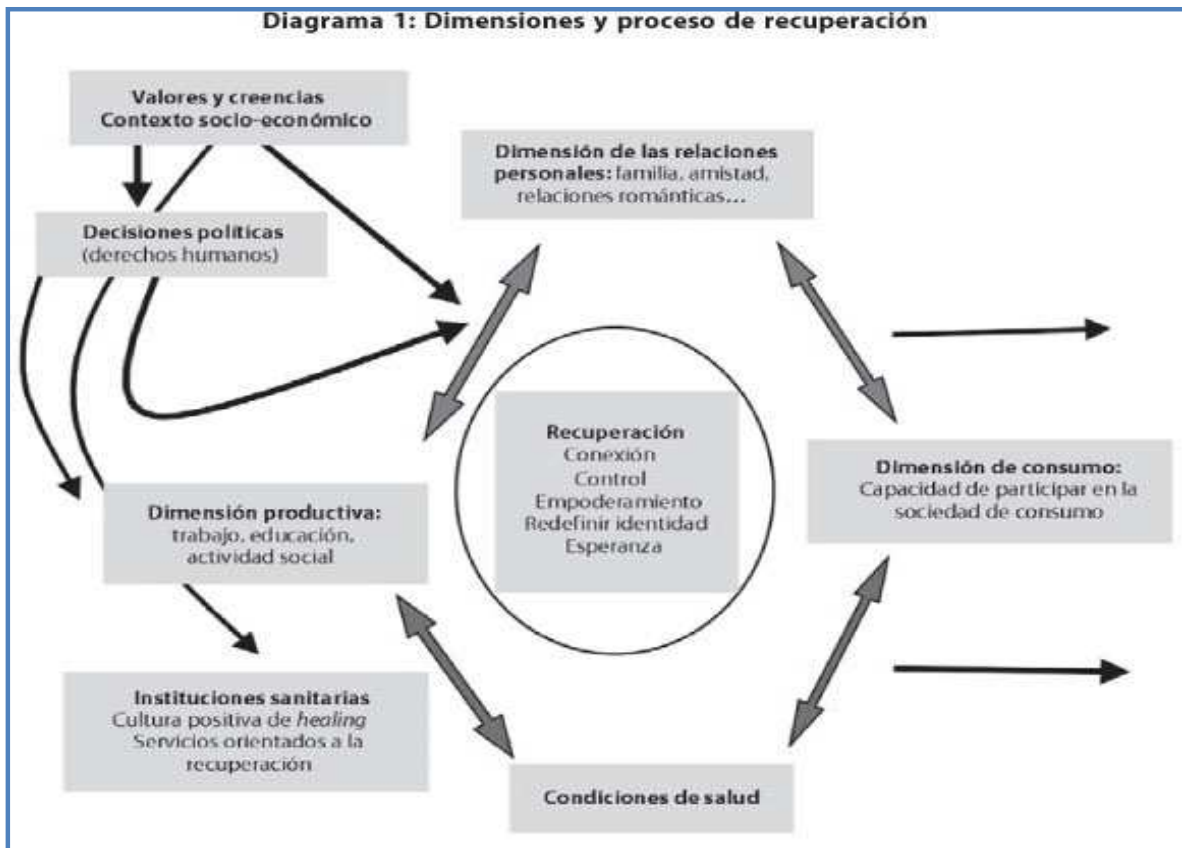


Figura 5.6. Dimensiones y procesos de recuperación.

A través de su teoría de los modelos explicativos, la antropología aplicada a la salud pone de manifiesto la diferencia de perspectivas:

Disease: Perspectiva de los profesionales de la salud.

Illness: Perspectiva del paciente.

Los diferentes puntos de vista plantean dificultades en la comunicación que ha de presidir el encuentro clínico entre el paciente y el médico.

Para abordar el estudio de los problemas de salud desde la óptica del paciente, el médico debe considerar:

- ⇒ *En términos de necesidad*, lo que se denomina necesidad sentida, es decir, la percepción que tiene la gente de su problema de salud
- ⇒ *En términos de morbilidad*, cómo define el paciente su problema de salud a partir de los síntomas y molestias que provoca.

Los profesionales de la salud son personal capacitado, puesto que poseen conocimientos y manejan técnicas específicas a su campo de actuación. Es decir, son competentes en el ámbito sanitario, tienen pericia profesional.

Es oportuno que el profesional de la salud conozca las ideas populares sobre la salud y la enfermedad:

- Para facilitar el éxito del encuentro clínico mejorando el proceso de comunicación y determinar las indicaciones terapéuticas.
- Para implementar adecuados Programas de Educación para la Salud tendientes a transformar los comportamientos no saludables en saludables.

Las ideas populares sobre la salud y la enfermedad se caracterizan por ser una mezcla de creencias e ideas mágico-religiosas con otras interpretaciones provenientes de la medicina. Las explicaciones populares en torno a las causas de la enfermedad oscilan entre:

- ⇒ Causa natural o un hecho azaroso.
- ⇒ Un castigo divino.
- ⇒ Trasgresión de una norma moral.
- ⇒ Imperfección de la naturaleza.
- ⇒ Destino del ser humano dado su naturaleza.
- ⇒ Un don divino para alcanzar la salvación.

El ámbito familiar y doméstico es el lugar dónde se produce el aprendizaje de las conductas a seguir frente a la enfermedad (proceso de socialización y/o endoculturación) y, a la vez, es el marco de referencia para orientar el cuidado de la salud y el proceso de búsqueda para recuperarla frente a la enfermedad.

La percepción de la enfermedad por parte del paciente puede afectar su actitud y conducta cuando se trata de utilizar la medicación. Es necesario considerar que cuando a un paciente se le prescribe un antibiótico por presentar, por ejemplo, “*dolor de garganta*” no se trata solamente de este hecho, sino de alguien que traga con dificultad, que no puede ir al trabajo y que necesita la comprensión de sus familiares. De modo similar, cuando el médico prolonga un tratamiento establecido, debería considerar que la percepción de la enfermedad por parte del paciente puede sufrir modificaciones ante este hecho, de modo que la despreocupación que al principio mostraba por su dolor de garganta puede transformarse en ansiedad debido a las implicaciones de una patología de este tipo, o debido a la ausencia a su trabajo más prolongada de lo esperado.

Desde la perspectiva médica, los pacientes toman la medicación porque les ha sido prescrita y porque un profesional médico así se lo ha recomendado. Desde la perspectiva de ofrecer ayuda, sin embargo, nos damos cuenta que los pacientes toman la medicación por muy diferentes motivos. Con el fin de ayudar al paciente a obtener el máximo beneficio de su medicación, el médico debe aprender a considerar la pauta terapéutica desde la perspectiva del paciente.

A tal efecto, se deben determinar -para cada paciente- las necesidades, los deseos e, incluso, las posibles preferencias relativas a la propia salud. Deben establecerse asimismo los detalles de lo que debe hacerse para lograr estos objetivos en cada individuo. Además, para estos pacientes, la utilización de la medicación no sólo formaba parte de la vida diaria, sino que se convirtió en un signo de enfermedad, que simbolizaba para sí mismos y para los demás, algo que los diferencia de los otros y les hace sentirse, tal vez, inferiores a ellos.

Los pacientes toman constantemente decisiones personales acerca de su medicación y del modo de seguirla. Cuando los profesionales de la salud les proporcionan información y consejo, los pacientes modifican sus conductas relativas a la salud considerando la información recibida a la luz de informaciones previas basadas en experiencias, creencias y prejuicios.

Autocuidado

Se denomina autocuidado a los comportamientos aprendidos culturalmente y encaminados a conservar la salud o a resolver episodios de enfermedad.

Automedicación

La automedicación consiste en tomar medicamentos por decisión propia o por consejo no profesional con el fin de aliviar un síntoma o curar una enfermedad. Si bien es una forma de autocuidado, está influenciada por experiencias previas de enfermedad y, aunque en primera instancia puede parecer una manera cómoda y accesible de cuidado, tiene como desventaja el posible empleo inadecuado de medicamentos y el retraso de la consulta médica. El consumo de medicamentos sin prescripción médica está influenciado por la visión que tienen de su papel los distintos miembros de la cadena terapéutica; esto es, farmacéutico, familia y entorno.

Educación para la Salud

El instrumento destinado a provocar cambios favorables en la actitud de la población respecto a las prácticas sanitarias, es la educación para la salud, que se define como:

“El proceso de enseñanza–aprendizaje interdisciplinario y multisectorial, basado en la ciencia, la técnica y el respeto por el ser humano, cuyo objetivo es elevar el nivel de salud del individuo , la familia y la comunidad, mediante el logro de conductas positivas, responsables, solidarias, y duraderas”

La Educación para la Salud es fundamental para:

- Desarrollar prácticas saludables.
- Incentivar la participación en salud.
- Provocar procesos de cambio social.

Es una actividad fundamentalmente educativa diseñada para ampliar el conocimiento de la población en relación con la salud y desarrollar la comprensión y las habilidades personales que la promuevan. La educación para la salud es participativa, en cuanto involucra a la comunidad para que ésta asuma responsabilidades y participe activamente en todo cuanto hace a su salud, bienestar y desarrollo.

La Educación para la Salud expresa los derechos y responsabilidades entre la prevención de enfermedades y el cuidado de la propia salud y la colectiva. La salud se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana, en los centros de enseñanza, de trabajo y de esparcimiento. La salud es el resultado de los cuidados que uno se dispense a sí mismo y a los demás.

Las representaciones en salud y las prácticas que de ellas se desprenden, así como la participación activa de los sujetos involucrados, no pueden obviarse en la implementación de los diferentes Programas de Salud o en la toma de decisiones sobre la salud de la población.

La promoción de la salud favorece el desarrollo personal y social en tanto que proporcione información, educación sanitaria y perfeccione las aptitudes indispensables para la vida. De este modo, se incrementan las opciones disponibles para que la población

ejerza un mayor control sobre su propia salud y sobre el medio ambiente, y para que opte por todo lo que propicie la salud.

Es esencial proporcionar los medios para que, a lo largo de su vida, la población se prepare para las diferentes etapas de la misma y afronte las enfermedades y lesiones crónicas. Esto se ha de ser posible a través de las escuelas, los hogares, los lugares de trabajo y el ámbito comunitario, en el sentido de que exista una participación activa por parte de las organizaciones profesionales, comerciales y benéficas, orientada tanto hacia el exterior como hacia el interior de las instituciones mismas. ¡Debería, claro está, iniciarse en la escuela misma!



Bibliografía

- **Bioca Saúl M, Fernández V.** “Educación para la Salud - Guía de Aprendizaje y Evaluación”. Editorial Kapelusz. Buenos Aires. 1988.
- **Conrad P.** *The meaning of medication: Another look at compliance.* Soc Sci Med. 1985; 20(1):19-37.
- **Cuche, D.** (1999): *La noción de cultura en las ciencias sociales.* Nueva Visión. Buenos Aires.
- **Dolinsky D.** *How do the elderly make decisions about taking medications?* J Soc Admin Pharm. 1989;6(3):127-37.
- **Eliot, Thomas Stearns** (2003). *La unidad de la cultura europea. Notas para la definición de la cultura.* Encuentro. Madrid.
- **Geertz, C.** (1990): *La interpretación de las culturas.* Gedisa. Buenos Aires.
- **Girard, R.** (2006): *Los orígenes de la cultura.* Trotta. Madrid.
- **Gombrich, Ernst H.** (2004): *Breve historia de la cultura.* Península. Barcelona.
- **González Quirós, José Luis** (2003): *Repensar la cultura.* Eiunsa. Madrid
- **Helman C. G.** *Culture, Health and Illness. An Introduction for Health Professionals.* 3ª Ed. Londres: Butterworth Heinemann, 1994.
- **Kenny M, de Miguel JM.** Eds. *La Antropología Médica en España,* Barcelona: Ed. Anagrama, 1980.
- **Kleinman, A.** *Patients and Healers in the Context of Culture.* Berkeley: University of California Press. 1980.
- **Kleinman, A.** *The Illness Narratives: Suffering, Healing and the Human Condition.* New York: Basic Books. 1988.
- **Mechanic D.** *Illness behavior.* In: *Medical Sociology.* 2d Ed. New York: Free Press. 1978.
- **Rakowski W.** *Health psychology and late life: The differentiation of health and illness for the study of health-related behaviors.* *Research on Aging.* 1984; 6(4):593-620.
- **Salleras Sanmartí Ll.** *Educación Sanitaria. Conceptos, métodos y estrategias.* Madrid.

Actividades Prácticas

Unidad 5

1. ¿Qué estudia la Antropología Cultural? ¿Cuáles son sus métodos de estudio y estrategias de investigación?
2. Elabore un concepto sobre cultura, contracultura y subcultura. Relate su pertenencia, si la tiene, a una cultura, subcultura, o contracultura.
3. Desarrolle los procesos de transmisión de la Cultura.
4. Analice las relaciones entre cultura, medicina y salud. ¿Por qué se dice que la cultura está directamente relacionada con el Proceso de Salud y enfermedad? Cite algunos ejemplos.

Actividades para trabajar la relación cultura y salud

1. Teniendo en cuenta el concepto de cultura y su relación con la salud, elabore:
 - a) Dos ejemplos de conductas, prejuicios, hábitos, creencias o pautas culturales de nuestra sociedad que actúen como factores que favorecen la aparición de enfermedades.
 - b) Dos ejemplos en donde los elementos culturales actúen favoreciendo la promoción y prevención de la salud.
 - c) Una propuesta para intervenir activamente en la prevención de patologías.
2. ¿Conoce algunas prácticas alternativas destinadas al tratamiento de distintas enfermedades? Menciónelas y refiera (si los hubiere) los riesgos y posibles consecuencias de las mismas en la salud de las personas. ¿Por qué cree Ud. que estas prácticas están tan difundidas?

Actividades para trabajar Educación Sanitaria

1. ¿Qué es la Educación Sanitaria?
2. Teniendo en cuenta lo observado en cuanto a la relación que existe entre prácticas culturales y estados de salud y enfermedad, elabore un programa de Educación Sanitaria con acciones preventivas tendientes a generar cambios en alguna de las problemáticas actuales (trastornos alimentarios, adicciones, sexualidad, strees, conductas compulsivas, otras) que Ud. considere de mayor importancia o bien para favorecer cambios y erradicar erróneas actitudes (temor, rechazo, marginación) de la población en relación con enfermedades transmisibles como por ejemplo el SIDA?

UNIDAD 6

DIVERSIDAD CULTURAL

Diversidad cultural

Maira Ávila, Sandro Rodríguez, Eduardo Halac

Así como las personas diferimos entre nosotros: las hay grandes, pequeñas, delgadas, obesas, altas, bajas, rubias, morochas, etc., también lo hace la cultura a las que las personas adscriben. A esto lo llamamos diversidad cultural. Aceptarla, en vez de ignorarla, ayuda a una mejor comprensión y comunicación con la “mochila” cultural que el paciente trae, pero también nos permite adentrarnos en su entorno o circunstancias.

Es entendible que cualquiera de ustedes que provenga de culturas de pueblos indígenas, puede tener una cosmovisión diferente de salud-enfermedad que las familias centroeuropeas, árabes, judías, o asiáticas. La religión que cada uno profesa, también incide en esa percepción. La orientación de identidad de género (véase más adelante), es otro supuesto cultural que determina nuestro modo de entender y re pensar la cultura y en la salud.

Nuestra cátedra, en asociación con la cátedra de Clínica Pediátrica de 5° Año, dicta, cada ciclo lectivo, un módulo de diversidad cultural donde se plantean estos elementos en forma amplia y desarrollada.

En la diversidad cultural intervienen varios elementos que iremos desarrollando detenidamente en coloquios y clases con ustedes, para evaluar como ustedes perciben las diferencias.

En general, éstos pueden subdividirse en diferentes categorías que conviene analizar en detalle; veamos:

Cultura a la que pertenezco;

Orientación de género: si pertenezco o no al colectivo GLBTQ (por sus siglas en idioma inglés: gay-lesbiana-transgénero-queer);

Pertenencia a pueblos indígenas u originarios;

Pertenencia a otros grupos étnicos.

Credo religioso judeocristiano, budista, ateísmo, etc.

Orientaciones culturales y políticas.



En el análisis de la diversidad cultural, conviene aclarar que su incorporación a la carrera de medicina se debe a la psiquiatra infantil Nisha Dogra de la escuela de medicina en Leicester, Inglaterra, en el año 2002. Desde entonces, esta inclusión se ha hecho obligatoria en la mayoría de escuelas médicas de Europa y EEUU, estando notablemente desarrollada en Canadá. En América latina, el país más adelantado es obviamente México, ya que es el más rico en proyectos antropológicos y de interculturalidad.

Afrontar, como personas primero, y como médicos después, un problema de interculturalidad, requiere un proceso de aprendizaje interno con nosotros mismos, ya que lo que no nos gusta, debe ser superado en pos de la atención que debemos al paciente. En la figura 2.10, se muestra la curva de aprendizaje requerida en estas situaciones.

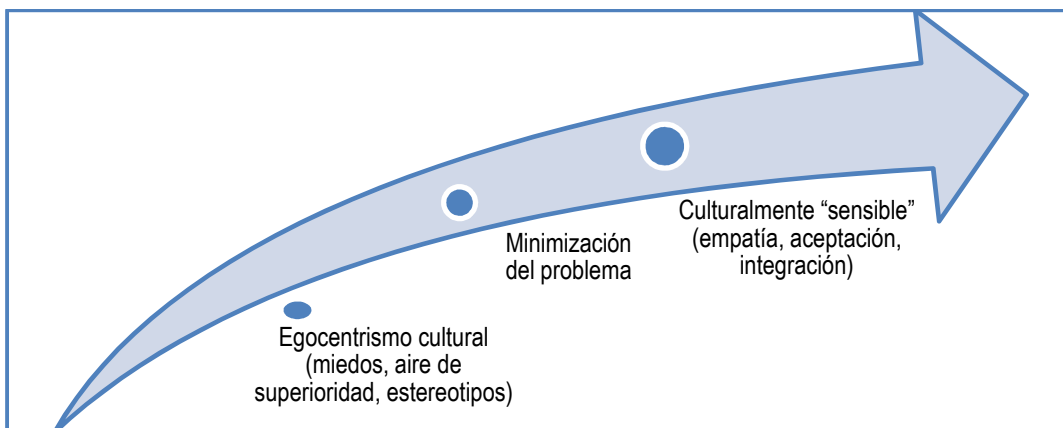


Figura 6.1. Curva de aprendizaje en competencia cultural.

Cuando intentamos comprender el alcance de la diversidad cultural y como ella impacta en nuestra actividad profesional médica, debemos poner en perspectiva nuestro conocimiento cultural, aprender comunicación interpersonal, adquirir competencias en cultura, y reflexionar sobre nuestra propia diversidad. Ah, ¡y los esperamos en el módulo! Para cerrar el tema de cultura, les recordamos la fuerza poderosa que la cultura tiene: por ello es denostada por los líderes dictatoriales desde Rusia hasta occidente todo, y en Asia también. Baste recordar el miedo que la cultura infería a representantes de nuestras muchas dictaduras. Para ello, conviene evocar aquella frase desesperada del Reichsmarshall Hermann Goering, lugarteniente de Hitler, que sintetizaba su desprecio y su temor diciendo: “*cuando escucho la palabra cultura, saco mi revólver*”.

Pueblos Indígenas

*“...Porque vastas generaciones hemos crecido en la equivocada creencia que nuestros indios eran seres bárbaros y sin inteligencia alguna, pero la verdad aflora siempre...
¿Qué hubiéramos sido si hubiéramos podido ser en toda nuestra plenitud?
Podemos todavía, sin embargo, tratar de reconstruir desde las tinieblas las historias de los pueblos, de los que nisiquiera sus huesos han sido respetados...”*
Víctor Heredia, Taki Ongoy

Queremos dedicar este capítulo a la memoria de Alberto Rex Gonzáles, médico egresado de nuestra Facultad en 1947, Doctor en Antropología y Arqueología, padre de la arqueología de nuestro país, quien se desempeñó profesionalmente siguiendo su pasión e hizo importantes aportes al conocimiento de las Culturas Originarias del territorio argentino.

En esta unidad desarrollaremos una breve referencia a la situación actual de los Pueblos Indígenas en Argentina, centrandó nuestra atención en la vigencia de su Sabiduría Ancestral, principalmente la Medicina.

En América la medicina se desarrolló a la par de otros conocimientos (astronomía, agricultura, arquitectura, etc.). Cuando en occidente aún no asomaba la cultura Griega, y el horizonte civilizatorio estaba conformado por las civilizaciones de la India, Mesopotamia, Egipto y China, ya la cultura Tiwanaku de 1.500 a. A.C. desarrollaba las 300 variedades de papa, los conocimientos biológicos que dieron origen a la quinua (uno de los alimentos más completos del mundo), la tecnología que generó más de 100 variedades de maíz

logradas por cruzamientos genéticos, entre otros. Todos estos conocimientos fueron primero truncados y luego negados intencionalmente desde la conquista y posterior colonización en un proceso de involución cultural. Sin embargo muchos de estos saberes se protegieron y aún hoy están vigentes.

Cuando hablamos de Pueblos Indígenas estamos haciendo una generalización de culturas muy distintas, ya que cada una tiene su historia, su lengua, sus saberes, su cosmovisión. Es como decir pueblos europeos y dentro de ellos considerar a vikingos y suizos por igual.

El significado actual del término indígena o aborígen es **“originario del suelo en que vive”**. A nivel legal, los consensos internacionales hablan de *pueblos indígenas*, sin embargo, en la cotidianeidad se utilizan términos como aborígenes, nativos, indios y originarios indistintamente. La mejor forma de nombrarlos es como cada pueblo se identifica en su lengua materna: Qom, Wichi, Warpe, etc.

Situación actual en la República Argentina

*“Mi Pueblo no es centenario, tampoco Bicentenario,
somos hijos de la Pacha, mi cultura es Milenaria”
(Copla popular)*

La República Argentina cuenta con una población de 40.117.096 habitantes, de los cuales 955.032 ciudadanos se **auto reconocen** indígenas, lo cual equivale al 2,4 % de la población total. En relación al número de personas que se auto reconocen indígenas hay discusión, porque muchas comunidades de las distintas naciones estuvieron en desacuerdo con ser incluidas en el censo 2010 (por dudas acerca de la finalidad de los datos). Además muchas personas de origen indígena deciden ocultar ese dato por diversas razones (tengamos en cuenta el contexto racista en que vivimos).

Esta población indígena se compone por los Pueblos Nación: Mocoví, Pilagá, Qom (Toba), Wichi, Chorote, Chulupí, Guaraní, Chané, Kolla, Warpe, Diaguíta Calchaquí, Tonocoté, Lule Vilela, Mapuche, Tehuelche, Rankulche, Selk´nam (Ona), Mbya Guaraní, Ocloya, Atacama, Omahuaca, Tilián, Tapieté, Comechingón, Sanavirón, Charrúa, todos preexistentes a la conformación del Estado Nacional.

El Servicio Huellas Digitales Genéticas de la Universidad de Buenos Aires realizó un estudio científico sobre el ADN, con el objetivo de determinar el *mapa genético de la población argentina*. La investigación reveló el significativo resultado: el 56 % de la población argentina tiene algún antepasado indígena.

En el transcurso del siglo XIX, la población indígena sufrió acciones de sometimiento militar impulsadas desde el Estado, generando así el mayor genocidio de la historia argentina. Como consecuencia, se enajenaron 40 millones de hectáreas en la denominada “Conquista del desierto”, que fueron entregadas por ley a solo 24 propietarios integrantes de la recientemente creada Sociedad Rural Argentina. Luego en su prolongación como “Conquista del Chaco”, se usurparon 30 millones de hectáreas más.

Las políticas del Estado nacional y de las provincias hacia los Pueblos Indígenas, históricamente han sido de invisibilidad, usurpación de sus territorios, de sus conocimientos y de empobrecimiento. Recién en el año 1985 se crea el Instituto Nacional de Asuntos Indígenas (INAI), como un apartado dentro del Ministerio de Desarrollo y Acción Social de la Nación, acentuando la política paternalista y asistencialista. El Estado Argentino aun no reconoce a los Pueblos Indígenas como Pueblos Nación, como ya lo han hecho Bolivia y Ecuador, que modificando su Constitución se reconocen Estados Plurinacionales.

Actualmente, en distintos lugares del territorio argentino, incluso en las grandes ciudades, se desarrollan procesos de auto reconocimiento, de reafirmación de la identidad y visibilidad de los Pueblos Nación Indígenas. Es el caso por ejemplo, de las comunidades Diaguitas agrupadas en la Unión de Pueblos Nación Diaguita, que sólo en la provincia de Salta cuenta con 40 comunidades organizadas. En Córdoba, las comunidades Comechingones del Pueblo de la Toma y Quizquisacate en la ciudad, los Toco Toco en Cruz del Eje, los T'ikas en Bialet Masse, los Tulián en San Marcos Sierra y otros, son algunos ejemplos de estos procesos.

Es importante mencionar que en nuestra Universidad Nacional de Córdoba, desde el año 2009, existe la organización autónoma de estudiantes y profesionales Indígenas universitarios llamada El Malón Vive.

En mayo de 2010, tras la histórica marcha en vísperas de los festejos del bicentenario -que congregó en Buenos Aires a más de 30.000 integrantes de las diversas comunidades- ,se conformó el Consejo Plurinacional Indígena, como una instancia política autónoma que nuclea organizaciones de Pueblos Originarios de todo el país y exige la reglamentación y cumplimiento de los derechos que les han sido reconocidos en la Constitución Nacional, en distintas leyes nacionales y en Convenios Internacionales ratificados por la Argentina.

Además desde los años 90, se han incrementado los procesos migratorios, tanto en el interior del país como en el contexto internacional. Es el caso de Córdoba y de otras grandes ciudades. La mayoría de los migrantes provienen del Noroeste y de países limítrofes, gran parte de ellos se auto reconocen indígenas: Aymaras, Quechuas, Kollas, Guaraníes, Mapuches, etc.

Todos estos procesos, conforman una trama presente y actual en la conformación de nuestra identidad como país.

Sabiduría ancestral. Cosmovisión

*“El monte era la casa de los Tañi-Tlele,
De los Le-Wúk, los Dueños de los Animales y de los Palos.
Yo no sé dónde van a vivir cuando no haya Monte.
Si ellos se enojan van a enfermar a la gente.
¿Y con qué nos vamos a curar si no hay más medicina de Monte?
El Jayawú queda solo con sus secretos...
Pero si su Le-Kayayáj, su Poder, viene también con esas Semillas Maestras del Monte, ¿Cómo hará para curarnos?
Si se termina el Monte, si nos quedamos sin pueblo de árboles,
sin espesura, ¿se acabarán los Espíritus... y los espíritus de nosotros...?
¿Los de todos que al principio y al final son iguales que nosotros?”*

“Pobladores del Horizonte, Pueblos Wichi y Chorote hoy”

Es imposible abordar desde estas páginas a todas las Naciones que conviven en el territorio argentino, por ello desarrollaremos algunos aspectos de la cosmovisión de los Pueblos andinos y desde allí cuando sea necesario citaremos ejemplos de otras Naciones.

Cada pueblo tiene características particulares, sin embargo en su forma de percibir el mundo comparten varios principios:

- ⇒ **Ser hijos de la Tierra**, (hijos del Monte entre los Wichi), es decir el ser humano no es el centro del mundo ni centro de la vida, por lo tanto, no es el dueño del mundo ni de la vida.
- ⇒ **La Madre Tierra**, entendida como un mega cuerpo vivo, es el mundo y la vida; Pachamama, ÑuqueMapu, IvíPorá, para el pueblo andino, mapuche y guaraní respectivamente.
- ⇒ La **Dualidad**, hombre-mujer, día-noche, vida-muerte, es otro principio creador importante que existe en equilibrio y se une al principio de Complementariedad, todo tiene un opuesto con el que se complementa y se interrelaciona en total armonía, nada en plenitud es solo. Entre los mapuches, se explicita en la misma noción de lo sagrado, la complementariedad femenino-masculino, joven-viejo, en las figuras del hombre-mujer, niño-niña.
- ⇒ Otro rasgo común es la **percepción de una temporalidad cíclica** acompañada con los ciclos de la naturaleza, es decir el **Tiempo es Circular**. La importancia del pasado desde donde se alimenta el conocimiento, la experiencia, la oralidad y se construye el presente, está en relación con la autoridad y el respeto que poseen los mayores. Esto se fortalece en las ceremonias y rituales, donde se recrea el **Tiempo Mítico**, aquel que viene con el origen y le otorga sacralidad a todo.

La concepción de los pueblos indígenas respecto de la salud está ligada a una perspectiva integral del mundo, a la vida en armonía.

Uno de los principios de la cosmovisión andina es el **Sumaj Kawsay** que es la manera de *estar* en el mundo y quiere decir “Vivir en Plenitud” o “Existencia Plena”.

En el ámbito de la salud hacer referencia a este término equivale a decir, que en la cotidianidad andina existe una profunda relación del “runa” (ser humano consciente de su ser) con las divinidades, la naturaleza y los espíritus de los ancestros, en un ámbito de mutua ‘crianza’ y de recíproco beneficio para la vida.

En la lengua quechua, como en otras lenguas indígenas, no hay una palabra exacta para traducir la palabra salud, dado que su concepción no se limita a la propia corporalidad

sino que está relacionada con su entorno material y espiritual, es decir un bien-estar junto a la totalidad.

En el mundo andino todo es vivo, todo siente, piensa y habla igual que nosotros. Todo es Macro y todo es Micro.

En este sentido el mundo Macro es la Pachamama en toda su integridad con sus familias:

- La familia de **los ancestros**,
- La familia de **las divinidades**,
- La familia de **los humanos**
- La familia de **la naturaleza**

Estas conviven en una permanente interrelación y en una reciprocidad eterna de dar para recibir.

El mundo Micro es el ser humano con sus cuerpos:

- El cuerpo **espiritual**,
- El cuerpo **emocional**,
- El cuerpo **físico**
- El cuerpo **mental**.

La enfermedad puede ser **Macro** si el runa, como parte del mega cuerpo llamado Pachamama, no cumple su misión equilibradora y sus obligaciones de mantener el nexo de conversación y relación respetuosa entre las familias.

La enfermedad también puede ser **Micro** o humana, esta aparece cuando uno de los cuerpos entra en crisis, entonces ya no tienen el runa equilibrio o bienestar. Los cuatro cuerpos tienen que estar en una continua interrelación de dar y recibir.

Medicina

*“Antes no se conocía a los médicos, el Jayawú era el que curaba todo...
Hay cosas que el médico no puede curar, otras que el Jayawú tampoco. Y algunas que pueden los dos. Las peores, son las que ninguno de los dos tiene como salvar...”*
“Pobladores del Horizonte. Pueblos Wichi y Chorote hoy”

Debemos distinguir lo que se denomina **curanderismo de chamanismo**.

El **curanderismo**, de raigambre hispano europea, es muy frecuente en poblaciones rurales criollas y tiene una gran impronta del cristianismo. En sus prácticas terapéuticas utilizan oraciones, imágenes, agua bendita y otros elementos. Algunos complementan su terapia con plantas medicinales del lugar. Por ejemplo: curación del “empacho”, “ojeadura”, “culebrilla”.

El **chamanismo** pertenece al mundo indígena. Los chamanes, son personas “elegidas”. En su mayoría nacen con dones naturales, vienen de familias curadoras y tienen para ello una formación desde temprana edad. Además de médicos, son los sabios y guías espirituales de su comunidad. Su conocimiento actúa en el orden corporal, espiritual, simbólico y mágico. El ritual de curación se realiza en un lugar especial con cantos sagrados, música y objetos rituales. La farmacopea utilizada consiste en remedios de origen vegetal (plantas medicinales), animal (grasas) y mineral (barro).

La medicina en **los andes**, se aprende con la vivencia consciente del pasado y presente del Kawsay (vida) y de la intuición complementada con la razón. El aprendizaje es mediante la vivencia práctica-espiritual que abarca lo cotidiano, lo sapiencial, lo experiencial y lo ritual. Este camino de vida se fortalece siendo ayudante de un Hampiyachak, maestro experimentado, que enseña a relacionarse con el Universo par y complementario y a leer las señales de la Pachamama. Su iniciación y recorrido demanda toda la crianza y maduración corporal, emocional, mental y espiritual.

Entre los **Wichi**, Tokuj es un Aját, la deidad que creó la muerte y la enfermedad, también es quien enseñó a los Jayawú (chamán) el arte de curar y de enseñar a curar. Hay dos formas de ser elegido: Una es que los mismos Aját pueden ser quienes producen el Welán o *estado*, una especie de enfermedad que deben vencer para poder ser chamán. Otra, es que el anciano Jayawú, antes de morir elija entre la comunidad o la familia a quién dejarles las tayíj (palabras sagradas).

“-Usted va a cantar, va a ser Jayawú, va a trabajar como yo - Estas pocas y simples palabras revisten un mensaje que cobrará valor en breve tiempo. No habrían pasado más de tres o cuatro días de la muerte de la abuela cuando llegó Welán con muchos la-ka-layís que fueron entrando en Guillermo uno tras otro”. Del libro “El chamán Wichi”

El Jayawú se comunica con los dioses y escucha de ellos el nombre sagrado revelado para cada niño; aprenden a hablar y luchar con los espíritus del monte, de los animales y las plantas, conocen las canciones y los nombres de los seres. Su canto debe ser poderoso, su espíritu fuerte y valiente para enfrentarse a los espíritus que provocan la enfermedad.

En la **Cultura Mapuche** las personas que se ocupan de la medicina son las o los Machis, quienes transitan un largo proceso de formación que dura toda la vida. Cuentan los mapuches, que la persona que va a ser machi tiene signos desde su gestación o nacimiento. Por ejemplo las madres suelen soñarlos con remedios, algunos machis nacen con dientes o “parados”. Todas las personas tienen su propio *Püllü*, es como un espíritu de vocación, un destino, quien dice si será machi.

“Ese Püllü viene de antes, puede ser de un tatarabuelo o bisabuelo que lo busca a uno. Cuando el Püllü encuentra, ahí da su conocimiento y la persona puede hacer cosas igual que su antigua familia. Sufre ese Püllü buscando a la persona hasta que la encuentra. Es como un enamorado que persigue y persigue hasta encontrar su amor”.

Testimonio de la Machi Carmela Romero Antivil, del libro “Sueño con menguante”.

Cuando hablamos de los **Guaraníes** hablamos de *la palabra*. “La palabra está antes que las personas”. Ñanderú crea al hombre Mbya-Guaraní desde la palabra y “cuando una persona muere dicen que se le fue la palabra”. El Opyguá, el líder espiritual, tiene la capacidad de comunicarse con los dioses para escuchar el *nombre* de cada miembro de la comunidad, se le revela en un sueño, en un viaje, en una visión.

“El nombre que está en el documento, el cristiano, se usa para lo cotidiano, pero el que está en la lengua es sagrado, se lo resguarda y se lo usa para curar. A veces, es tan fuerte el espíritu de la enfermedad, que el Opyguá debe cambiar ese nombre y desde entonces no se debe usar más”.

Testimonio de Gerónima Martínez, docente Guaraní del Instituto de Culturas Aborígenes en Córdoba.

Los **Qom** (Tobas), conocieron desde antiguo diversas maneras de afrontar los problemas de salud y plasmaron teorías sobre las enfermedades y sus curaciones, conformando de esta manera su medicina tradicional. En ella tiene lugar el uso remedios naturale scomo parte de la medicina doméstica, así como la atención por parte de especialistas, los Pi’oxonaq.

En la región del Gran Chaco, con una composición claramente intercultural y un predominio de población aborígen, se advierte la vigencia de un contexto sanitario múltiple, (situación que se repite en otras regiones del país). En este **Pluralismo Médico**

coexisten la medicina de los Pi'oxonaq, la medicina doméstica o casera, las curaciones religiosas pentecostales y la medicina oficial de los centros de salud, a cargo de profesionales médicos y agentes sanitarios Qom. Pero en ese pluralismo, la medicina toba no se halla incorporada aún a la medicina oficial, sin embargo el uso de los remedios naturales y la cura chamánica son una de las primeras opciones terapéuticas a la que recurren los pobladores locales.

La medicina acompaña naturalmente a la humanidad. No hay pueblo sin medicina. Cada cultura tiene sus conocimientos y prácticas ancestrales, así como sus propias entidades nosológicas que se resuelven terapéuticamente dentro de la misma cultura.

Aquí cabe mencionar los denominados **síndromes culturalmente delimitados**, también llamados de filiación cultural o dependientes de la cultura. Constituyen un conjunto de signos y síntomas de diversa etiología que solo pueden ser entendidos, comprendidos y tratados integralmente dentro de la cultura particular en que se desarrollan, pues cuentan con la clave o el código cultural que permite desentrañar su contenido simbólico y la profundidad de significados específicos. Es el caso de enfermedades como el **"susto"**, muy frecuente en los niños del noroeste argentino, aunque también la padecen los adultos. Constituye un tipo de enfermedad consistente en la **pérdida del alma por la acción de asustarse**, mediante un acontecimiento traumático, una fuerte impresión (ruidos, apariciones, pesadillas, golpes), sufridas durante la vigilia o el sueño, consecuencia de lo cual la persona se enferma y puede morir. La sintomatología incluye pérdida de apetito, insomnio, llanto, destemplanza generalizada del cuerpo, fiebre, diarreas, vómitos, aburrimiento, apatía, pereza, debilidad, tristeza, introversión. Se torna más grave, mientras mas tarda el alma en restituirse. Para ello se requiere la atención de un especialista ritual, que realiza la tarea de ir a buscar el alma y reintegrarla al conjunto de la persona, en un tratamiento mágico complejo.

Salud e interculturalidad

"Nuestras sociedades se constituyeron en base a la negación del otro y se perdió la posibilidad de enriquecernos"
Carlos Martínez Sarasola

Planteado este contexto, nos encontramos con el desafío desde el sistema de salud a nivel local, regional y nacional, de responder a situaciones interculturales de creciente demanda.

La **Interculturalidad** es una herramienta que posibilita la interacción y enriquecimiento entre los pueblos, asumiendo que no existen culturas superiores sino distintas y abriendo un espacio de respeto donde todos los conocimientos sean valorados por igual.

Creemos que la Interculturalidad es un puente entre la **Multiculturalidad**, donde el Estado acepta la existencia de las culturas indígenas y habla de “inclusión”, y la **Plurinacionalidad**, donde el Estado reconoce la existencia de las Naciones que lo conforman, sus territorios, su autonomía y les otorga las garantías para vivir bajo sus propios sistemas.

Por lo pronto es vital para los Pueblos Indígenas el efectivo reconocimiento del derecho a la posesión comunitaria de sus territorios, para la continuidad de sus modos culturales, con ellos la alimentación y la vigencia de sus medicinas.

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la prestación de servicios de salud en zonas con pueblos indígenas, reconoce:

La **interculturalidad en salud** como la capacidad de actuar equilibradamente entre conocimientos, creencias y prácticas culturales diferentes respecto a la salud y a la enfermedad, a la vida y a la muerte, y a los aspectos biológicos, sociales y relacionales (no solamente los entornos visibles, sino la dimensión espiritual y cósmica de la salud).

Las razones y los motivos de porqué es necesario modificar las conductas del personal de Salud en contexto indígena son:

- a. El conocimiento técnico de la salud-enfermedad, generalmente ignora el contexto sociocultural de la población indígena.*
- b. El personal de salud que trabaja en zonas indígenas mayormente desconoce la conceptualización local del proceso salud-enfermedad y de sus prácticas de atención.*
- c. La falta de comunicación, empatía y confianza en la relación médico – paciente en zonas indígenas es muy común.*
- d. El personal de Salud suele descalificar las prácticas tradicionales y populares de atención a la salud y la enfermedad.*

Conclusión

Son necesarias algunas condiciones para poder integrar el concepto de diversidad a la práctica médica. Considerar a la diversidad en salud como un aspecto de la realidad que puede enriquecer nuestra propuesta terapéutica, pensarla como una habilidad a ser aprendida y ejercitada. Tener en cuenta que la diversidad no siempre está “a la vista”, como dato objetivo a ser “recolectado”, sino que solo a través de vínculos de confianza, establecidas en los espacios de trabajo, podremos asomarnos – sin dudas con asombro – a una parte de la historia de una persona, una familia, o una comunidad.

Pensamos que lo que sigue es trabajar en desarrollar un modelo de atención de salud de aplicación integral eco-bio-psico-socio-cultural y espiritual, participativa, cálida, empática, no discriminativa e intercultural.

Bibliografía

- Barrios,S.: *Pobladores del Horizonte: Pueblos Wichi y Chorote hoy*;Ed. Cielo arriba, Salta, 2010.
- Califano, M; Dasso, M; *El chamán wichi*, Ed. Ciudad Argentina, 1999, BuenosAires.
- Fernández Juárez, G; *Salud, Interculturalidad y derechos: claves para la reconstrucción del Sumaj Kawsay-Buen Vivir*;Ministerio de Salud de Ecuador,2010, Ed. AbyaYala, Quito.
- Heredia, V, *Taki Ongoy*, Poly Gram Discos S.A. Buenos Aires, Argentina. 1992. Disponible en www.youtube.com/watch?v=HzQ9-WMUpcU
- LerinPinón, S.: *Antropología y Salud Intercultural: desafíos de una propuesta*; Desacatos revista de antropología social de México, 2004; núm15-16
- Martínez, G.: *Educación Sanitaria Intercultural: manual de promoción de la salud entre los Tobas (Qom) del Chaco Central*; Ed. UNC, Córdoba. 2013
- Martínez Sarazola, C; *Nuestros paisanos los indios*, Ed. Emecé, 2005, Buenos aires.
- Montecino,S.; *Sueño con Menguante: Biografía de una machi*;Ed. Sudamericana, Chile. 1999.
- Palma, H; *De la medicina tradicional a la medicina científica y de la medicina científica a la medicina tradicional*; Kallawaya revista del Instituto de

investigaciones en antropología médica y nutricional; La Plata-Salta 2002; Nueva Serie N°9

- www.desarrollosocial.gob.ar/Uploads/i1/Institucional/3.MapaDePueblosOriginarios
- Censo Nacional de Población y Vivienda del año 2010, Disponible en: www.indec.mecon.ar/nivel4_default.asp?id_tema_1=2&id_tema_2=21&id_tema_3=99
- *Cuidadoras de la Cultura*, Canal Encuentro, Ministerio de Educación, Argentina: www.conectate.gob.ar/sitios/conectate/busqueda/encuentro?rec_id=103092.

Diversidad de género y desarrollo evolutivo de la sexualidad humana



Se considera que la sexualidad es una dimensión constitutiva en el desarrollo de la personalidad. La conducta sexual humana es muy *diversa* en función de la interrelación de múltiples factores que actúan en los seres humanos. El sexo y sus manifestaciones interpersonales, sociales y culturales tienen gran implicancia en todos los aspectos de la vida del hombre y, en particular, en la preservación de su salud y bienestar.

Ya Hipócrates recomendaba, en su famosa escuela de Cos, el respeto por Hygeia (diosa de la Higiene) ¡pero también por Eros (diosa del amor)!

La palabra **sexo**, desde un punto de vista médico y antropológico, es multifacética y tiene por lo menos 9 componentes, a saber:

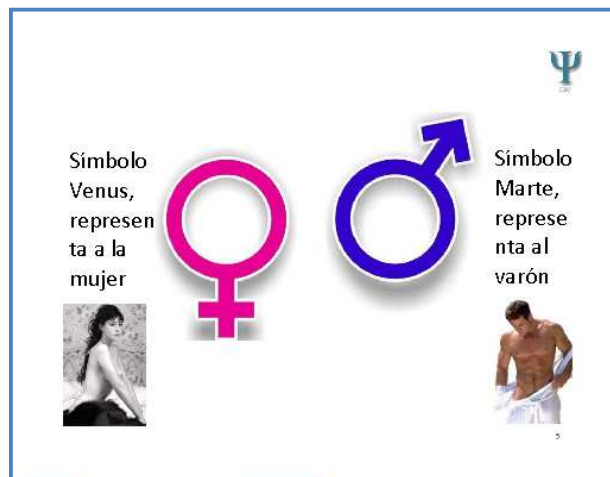
1. **sexo cromosómico;**
2. **sexo gonadal;**
3. **sexo hormonal fetal(hormonas fetales producidas por las gónadas);**
4. **sexo morfológico interno (genitales internos);**
5. **sexo morfológico externo (genitales externos);**
6. **sexo hipotalámico (sexo del cerebro);**
7. **sexo asignado y de crianza;**
8. **sexo hormonal puberal;**
9. **sexo de identidad de género y de roles.**

Se denomina Identidad sexual a la percepción de nuestra sexualidad auto percibida, es decir como cada uno la percibe. En realidad la misma resulta un destilado o cóctel de todos y cada uno de los 9 procesos anteriores, y consta por lo menos de 4 componentes:

- 1-Sexo asignado al nacer;**
- 2-Sexo de Identidad de género;**
- 3-Sexo de rol social;**
- 4-Orientacion sexual.**

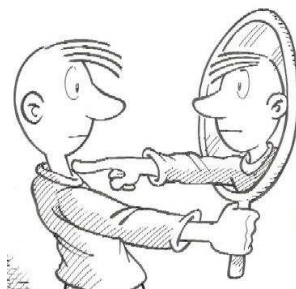
Veamos una por una:

Sexo asignado al nacer



En el nacimiento (o antes, por ecografía gestacional) se descubre el aspecto de los genitales externos: “nena” o “varón”. En caso de un defecto congénito, cuando no puede precisarse uno u otro, se asigna el diagnóstico de “*genitales ambiguos*”.

Sexo de identidad de género



Hace referencia al instinto básico de la persona de identificarse como varón, mujer o transgénero.

Sexo de rol de género

Describe el típico papel asignado por la sociedad en que se vive: masculino/femenino (“*las nenas con las nenas, y los nenes con los nenes*”).

Es nuestra forma de elegir como presentarse en sociedad: varón-mujer.

Sexo de rol social

También llamado comportamiento de rol de género. Son las características de personalidad, apariencia, y comportamiento que en un tiempo y cultura dada, se consideren masculinas o femeninas. Muchas mujeres y varones y personas transgénero pueden aparentar femineidad, o masculinidad de grados variables.

En otras palabras, la identidad de género y el sexo de rol social no siempre son coincidentes. Una persona puede exhibir un rol de género inconformista: un varón predominantemente femenino, o una mujer excesivamente masculina.

Orientación sexual y comportamiento

La orientación sexual describe la atracción, fantasía, y apego emocional hacia personas del sexo opuesto o del mismo sexo, o ambos. El comportamiento hace referencia a cualquier actividad sensual que brinda placer a uno mismo o a otra persona desde un punto de vista sexual.

Variante de género y transgénero

La persona que asume un género o rol de género opuesto al asignado al nacer, se denomina **variante de género**. El término *variante de identidad de género* también se usa a este fin y casi siempre es sinónimo de transgénero.

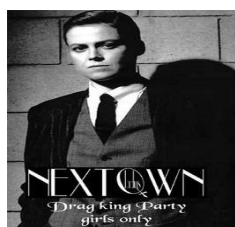
Transgénero describe un grupo variable de individuos que han cruzado o trascendido las categorías de género definidas por su propia cultura. En este subgrupo se incluyen:

Transexuales (que típicamente viven en el género opuesto y buscan terapias hormonales y soluciones quirúrgicas definitivas).

Travestis (de “travestismo”) que visten como el sexo opuesto y a veces adoptan prácticas sexuales compatibles con el género opuesto.

“*Drag Queens y Drag Kings*” o personificadores (“*impersonators*” en inglés) femeninos y masculinos.

Género queer que no es otra cosa que una variante de género ya explicada, y que deviene del idioma inglés donde la palabra “*queer*” significa singular, inusual, o raro. En general en países angloparlantes, “*queer*” significa homosexual o transgénero, en general en forma despectiva o peyorativa (ver la serie de HBO “*queer as folk*”).



Drag king



drag queen



La serie queer as folk

La teoría *queer* es una hipótesis sobre el género y la sexualidad de las personas, que afirma que los géneros, las identidades sexuales y las orientaciones sexuales de las personas, son el resultado de una construcción social y que, por lo tanto, no están esencialmente o biológicamente inscritos en la naturaleza humana, sino que se trata de formas socialmente variables. La *teoría queer* rechaza la clasificación de los individuos en categorías universales y fijas, como "hombre" o "mujer", "heterosexual" u "homosexual", "transexualidad" o "travestismo", pues considera que están sujetas a restricciones impuestas por una cultura en la que la heterosexualidad es obligatoria (heteronormalidad), y sostiene que estas categorías esconden un número enorme de variantes. Contra el concepto clásico de género, que parte de la distinción entre la "heterosexualidad" aceptada como normal (en inglés *straight*, es decir "recto") de lo "anómalo" (en inglés *queer* o "raro"), la teoría queer afirma que todas las identidades sociales son igualmente anómalas.

La teoría *queer* critica las clasificaciones sociales de la psicología, la filosofía, la antropología y la sociología tradicionales, basadas habitualmente en el uso de un solo patrón de segmentación —sea la clase social, el sexo, la etnia o la nacionalidad poscolonial— y sostiene que las identidades sociales se elaboran de manera más compleja como intersección de múltiples grupos, corrientes y criterios.

En América Latina han surgido corrientes que han cuestionado la coherencia de los referentes de la teoría queer estadounidenses y europeos, por reproducir muchos de los mecanismos normalizadores que dice combatir, mediante la imposición global de la

expresión inglesa *queer* y las agendas del Norte haciendo invisibles las del Sur, en la división Norte Sur, proponiendo líneas de reflexión autónomas, sobre la misma cuestión.

Factores fisiológicos que influyen sobre la identidad sexual

En el cromosoma “y” se localiza el gen XRY que induce la formación de testículos; en la vida fetal se produce en ellos testosterona, dirigiendo la formación de genitales externos e internos hacia el lado masculino. Si la herencia cromosómica es XX, se inducirá el desarrollo de genitales externos e internos femeninos. Las hormonas fetales, masculinas o femeninas podrían jugar un papel en la génesis del sexo cerebral.

La identidad de género está firmemente establecida hacia el 3er año de vida pos natal. Los niños primero aprenden a identificar su sexo y el de otros (*etiquetas de género*), para luego aprender que el género es constante en el tiempo (*constancia de género*). Por último, aprenden que su género es permanente (*consistencia de género*).

¿Qué o cómo se determina y establece la identidad de género? Aún no se conocen los mecanismos intervinientes pero se acepta que surge de la interacción de factores biológicos, ambientales y socioculturales. En la figura 6.1, se esbozan algunos conceptos para entender lo ya descripto hasta aquí.

Sexualidad humana



Figura 6.1. Algunos términos básicos en aprendizaje de la sexualidad humana.

Los adolescentes son capaces de mantener relaciones sexuales físicas, aunque esta conducta resulta interferida por el medio social y cultural que controla y orienta sus impulsos sexuales.

La masturbación (*onanismo*, por Onán, personaje bíblico que la practicaba) o auto estimulación, es un precursor normal de la conducta sexual interpersonal. En general, es muy común en la pubertad y adolescencia y también se observa en la infancia.

En los animales la actividad sexual es instintiva, regida por los períodos del celo y con inevitable función reproductiva. En el hombre es continua, controlada por su voluntad libre, selectiva, no necesariamente reproductiva y fuertemente influenciada por factores culturales.



Figura 6.2. Conceptos de sexo, identidad de género y orientación sexual.

En efecto, existen pocas manifestaciones de la conducta humana que resultan más sometidas a las presiones culturales que la conducta sexual.

La preservación de una sexualidad sana previene, no sólo las enfermedades de transmisión sexual, las perversiones y las disfunciones psicosexuales, sino que asegura un desarrollo psicosomático y psicosocial saludable.

La familia es el primer centro de interacción social que va a permitir el desarrollo de estos componentes básicos para una sexualidad sana ó patológica.

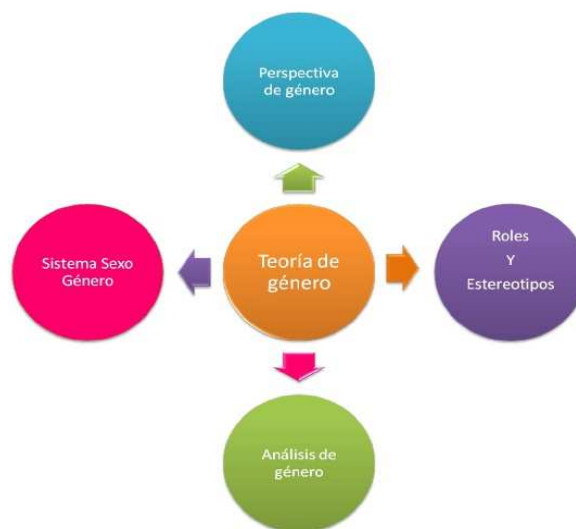


Figura 6.3. Teoría de género y factores asociados.

Conducta sexual sana

Desde un punto de vista clínico o médico, la conducta sexual puede ser considerada sana aún cuando no involucre exclusivamente una relación monógama o cuando no culmine en un orgasmo mutuamente satisfactorio. La conducta sexual que se desvía excesivamente de estos patrones limitados podría ser considerada sana siempre que no sea compulsiva, exclusiva, destructiva para el otro y sí mismo o acompañada de excesiva ansiedad o culpa. En todo momento, la evaluación de la índole sana o patológica de una conducta sexual no puede realizarse sin tomar en cuenta la personalidad de los individuos implicados.

Bisexualidad

Hace referencia a la atracción física, emocional y sexual que varones y mujeres sienten por personas de su mismo género, y por el opuesto. Entre ellos, en su jerga, se denominan “bi”. Representan el 2-3% de la población general.

Transexualidad

Aunque en general, el sistema límbico cerebral, condiciona los procesos que determinan que el sexo cerebral sea acorde con el genital, *en poco menos del 1% de*

personas, una señal equivocada desencadena la llamada **disforia de género**, o transexualidad. Estas personas (2,7%) son varones o mujeres correctamente conformados, pero que se sienten “atrapados” en el cuerpo equivocado. La novela de Guy des Cars “*La maldita*” fue una de las primeras en describir esta situación (1967). En la actualidad, esta condición ha ganado reconocimiento médico y biopsicosocial, permitiendo el avance de las cirugías destinadas a cambiar el sexo genital y permitir la terapia hormonal sustitutiva. En su propia jerga se autodenominan “trans”.

Travestismo

Distingue a aquellas personas (2-4%) que toman su placer sensual de usar ropas propias del sexo opuesto (vestimenta cruzada, o *cross-dressing*) en público o privado.

Personificadores (*impersonators*)

Son personas que recurren al transvestismo adoptando características del sexo opuesto. Pueden ser mujeres (kings) o varones (queens). En general lo hacen dentro de un trasfondo artístico laboral. El cine los ha representado en películas como “Tootsie” y “Víctor-Victoria”.

Heterosexualidad

Se refiere a la atracción exclusiva hacia personas del sexo opuesto y es la forma más frecuente de orientación sexual (85%). Suelen denominarse “heteros”.

Homosexualidad

Distingue la atracción emocional y sexual hacia personas del mismo sexo. Los varones homosexuales han adoptado, intencionalmente, la denominación de “gays” mientras que entre las mujeres se mantiene la de “lesbianas”.

Es difícil precisar que porcentaje de la sociedad refiere practicas exclusivamente homosexuales, pero según los estudios de Alfred Kinsey, biólogo estadounidense, en los años 50 esta cifra representaba alrededor de 10% de la población estadounidense. Una encuesta similar en EEUU a cargo del ginecólogo Masters y la psicóloga Virginia Johnson, encontró que esas cifras alcanzaban, en 1970, al 15%.

En la actualidad, se cree que las cifras se sitúan alrededor del 12%, dependiendo de países y culturas.

Sabido es que la homosexualidad ha existido desde siempre, ya que Platón y muchos griegos de la época la consideraban sin implicancias sociales. Los romanos también; el emperador Tiberio y su sucesor Calígula, la consideraban imprescindible. En el renacimiento, dos de sus máximos exponentes, Leonardo da Vinci y Miguel Ángel Buonarrotti eran homosexuales declarados. La historia de la homosexualidad en Argentina ha sido reseñada por Osvaldo Bazán en su libro “Historia de la homosexualidad en Argentina” (editorial Marea, colección Historia Urgente, Buenos Aires 2004).

Entre animales, las palomas de San Juan de Capistrano (California) cumplen ritos homosexuales. En ciertas culturas tribales, la misma se ejercita sin prejuicios sociales clásicos del mundo occidental. En nuestros días, y en Argentina, la legislación vigente permite las uniones matrimoniales y los plenos derechos.

Aunque existen aéreas societarias que discriminan de esta forma de orientación sexual, la medicina debe preservarse de juzgar y condenar, limitándose a comprender y asistir a los pacientes prescindiendo de su orientación sexual.

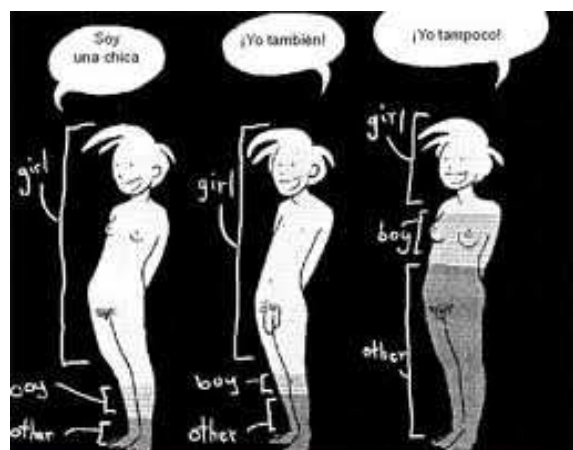
En la ciudad canadiense de Toronto, la sociedad médica, ha creado la especialización para pacientes del llamado colectivo GLBT (Gays Lesbianas Bisexuales Transgéneros).

Metrosexualidad

Señala al varón joven que se preocupa más por su apariencia exterior que por su desarrollo interno. No tiene connotación de alteraciones de género.

Asexualidad

Recientemente reconocida y aceptada, es la situación de un número no establecido de personas incapaces de desarrollar lazos afectivos o sensuales con personas de su mismo sexo ni del opuesto.



SEXO	GÉNERO
<p>MACHO Espermatozoides</p> <p>HEMBRA Óvulos</p> <p>NATURAL (se nace)</p> <p>DIFERENCIAS FISIOLÓGICAS NO CAMBIA</p> <p>EJEMPLOS:</p>	<p>HOMBRE (masculino)</p> <p>MUJER (femenino)</p> <p>PRODUCTIVO (más valorado)</p> <p>REPRODUCTIVO (menos valorado)</p> <p>SOCIO - CULTURAL (Se aprende)</p> <p>RELACIONES DESIGUALES PUEDA CAMBIAR</p> <p>EJEMPLOS:</p>
<p>•Sólo los hombres generan espermatozoides •Solo las Mujeres pueden gestar, es decir, estar embarazadas. •Solo las mujeres pueden dar pecho.</p>	<p>•Las mujeres pueden participar en la política y ser líderes. •Los hombres pueden hacer las tareas de casa. •Tanto el padre como la madre pueden darle biberón a un bebé.</p>

Figura 6.4. Resumen de los conceptos de sexo y género.

Actividades Prácticas

UNIDAD 6

Práctico N° 1: Pueblos Indígenas, Salud e Interculturalidad

Objetivo:

- Reflexionar acerca de la necesidad de desarrollar un modelo de atención de salud de aplicación integral eco-bio-psico-socio-cultural y espiritual, participativa, cálida, empática, no discriminativa e intercultural.

Analice el video: “Cuidadoras de la cultura” disponible en:
www.conectate.gob.ar/sitios/conectate/busqueda/encuentro?rec_id=103092

Luego conteste el siguiente cuestionario:

1. ¿Qué conceptos o elementos que leyó en el texto pudo reconocer en el video?
Enumere.
2. Si usted fuese la/el médico, mencione qué hábitos, procedimientos, lenguaje o creencias siente que dificultarían o que facilitarían una buena relación médico-paciente.
3. Si usted fuese la/el paciente o familiar mencione enumere las barreras que dificultarían o los puentes que facilitarían una buena relación paciente-médico.
4. Relacione lo que muestra el video con lo que conoce acerca de la realidad de los pueblos originarios a la hora de acceder a los servicios de salud en la provincia o localidad de la que usted viene. Redacte brevemente.

Trabajo Práctico 3: Diversidad de Género

1. Diferencie sexo y género.
2. Analice los hallazgos de Masters y Johnson y elabore.
3. Introspectivamente, ¿cuál sería su género e identidad de género?. Comente y elabore, si lo desea o si se anima.
4. Describa su postura ante sus amigos o conocidos que exhiben roles de géneros diversos y diferentes al suyo propio.

UNIDAD 7

FILOSOFÍA, MORAL Y PRINCIPIOS DE ÉTICA EN MEDICINA

Eduardo Patiño Porcel, Silvina Trucchia, Oscar Lazzuri

Introducción

No es objetivo de la Medicina Antropológica que los alumnos piensen como filósofos, psicólogos ó sociólogos. Pero sí es tarea de la cátedra brindar conceptos básicos de Filosofía y Ciencias Sociales, a la vez que generar un espacio de análisis que posibilite a los futuros médicos comprender al ser humano, más allá de su estructura somática, y reflexionar sobre los aspectos humanísticos de la Medicina.

La unidad 7, que a continuación se desarrolla, procura acercar a los alumnos de primer año conocimientos generales de Filosofía en estrecha relación con la Medicina y con la práctica médica.

La introducción de conceptos básicos de Antropología Filosófica, refiere a la necesidad de formar al alumno de Medicina en el conocimiento de las diversas concepciones de hombre aportadas desde las distintas líneas de pensamiento Filosófico (Idealismo, Materialismo, Fenomenología), para abordar el aprendizaje de la Medicina y en particular de la clínica desde un posicionamiento ético y humano para atender las necesidades de una persona-paciente con una visión integral y totalizadora, como así también de las aplicaciones que de ella se desprenden, tales como: la investigación, la epidemiología, la bioética, entre otras.

Teniendo en cuenta que el hombre sano o enfermo es el sujeto de la práctica médica, la incorporación de esta temática pretende orientar al alumno hacia la identificación de las cualidades esenciales del fenómeno humano (características que lo distinguen) a partir de las diferentes corrientes filosóficas que intentan definirlo.

Así, según sea el paradigma o modelo teórico epistemológico desde donde uno realice el estudio de la realidad, será la concepción de hombre que se tenga y por ende, éste orientará la forma de abordaje del profesional médico en relación a su objeto-sujeto de estudio.

De esta manera, a partir del aporte general de las diferentes líneas de pensamiento filosófico, se pretende que el alumno incorpore e integre la dimensión totalizadora o bio-

psico-social desarrollando una visión crítica sobre las diferentes teorías de abordaje de la realidad, evitando así, posiciones reduccionistas y otras falacias.

Fundamentación

La carrera de Medicina se ha convertido en un trabajo a tiempo completo. Los estudios médicos apenas permiten a los alumnos que escogieron esta profesión desviar su atención de los libros de texto, apuntes de cátedra, a fin de poder acreditar los conocimientos exigidos por los profesores en situación de examen.

Al concluir la carrera, el médico deberá enfrentarse a la realidad y a las exigencias de la práctica. Si sortea las condiciones de ingreso, realizará una residencia hospitalaria, donde el rigor del aprendizaje, la dedicación diaria y las guardias frecuentes, no le dejarán tiempo libre para pensar en otra cosa.

Además, -exigido por la velocidad de los avances científicos y tecnológicos vinculados a los problemas de salud- tendrá que participar en cursos, seminarios o ateneos intensivos, instancias de capacitación necesarias, pero que implican un tiempo y esfuerzo extra requeridos para completar y actualizar sus conocimientos y competencias.

Al finalizar este proceso de formación y de estudio (que estrictamente no acaba sino hasta el retiro de la actividad profesional), el médico descubrirá que la adquisición de conocimientos en el área de la Medicina, le impidieron descubrir otros campos del saber y desarrollar su pensamiento en direcciones diferentes.

Muy pocos se preguntan si ese paradigma en el que descansa la profesión médica está sufriendo algún cambio perceptible o imperceptible. En general, no se discute por qué -en el seno de la profesión- las cosas son de una determinada manera. Tampoco qué influencias filosóficas y científicas han determinado que la práctica de la medicina sea de la forma en la que la conocemos hoy.

Es probable que muchos de ustedes se pregunten:

- *¿Qué tiene que ver la Filosofía con la Medicina?*
- *¿Por qué tengo que estudiar Filosofía? ¿Corresponde esta asignatura a la carrera de Medicina?*

- *¿Para qué me sirve Filosofía si yo voy a ser médico?*
- *Cuando esté frente a un paciente ¿cómo aplicaré la Filosofía?*

Entre quienes sienten alguna curiosidad por la Filosofía, las preguntas que surgen son diferentes:

- *¿Por qué el pensamiento filosófico subyace en la medicina?*
- *¿Por qué se sostiene que hay una filosofía de la medicina?*
- *¿De qué saberes o conocimientos se ha valido la medicina para consolidarse como ciencia?*

Las respuestas a estos y a otros posibles interrogantes, se vinculan con la siguiente afirmación:

La Filosofía es la madre de todas las ciencias, aspira al saber total, busca conocer el fundamento de todas las cosas y supone una actitud reflexiva que intenta dar respuestas a todo lo que se nos presenta.

Aspectos filosóficos de la realidad humana

¿Qué es y cómo conoce el hombre?

Desde los orígenes de la filosofía occidental, a partir de los griegos, el hombre ha tratado de encontrar respuestas a los grandes interrogantes que se ha planteado acerca de las características y origen de la naturaleza y de sí mismo, del sentido de su existencia, del conocimiento, de las relaciones del hombre con el mundo social y cultural, de su destino personal. A ello han intentado responder las grandes corrientes del pensamiento desde posiciones más o menos coincidentes o antagónicas.

El conocimiento del hombre se ha intentado, desde dos puntos de vista:

- a) Como un objeto más de la realidad, susceptible de ser comparado, medido, analizado, como objeto de interés científico de cuya observación se pueden extraer leyes desde el punto de vista físico, sobre su conducta, su forma de asociarse, de producir y transmitir cultura, etc.
- b) A partir de la visión interior de sí mismo (introspección) o sea de fantasías, sensaciones, temores, sentimientos, que se conocen por referencia del sujeto o que se infieren a partir de su comportamiento observable.

Se establecen cuatro grandes líneas de pensamiento filosófico que han intentado definir conceptualmente al hombre, como así también la manera en que éste aborda el estudio y el conocimiento de la realidad y de sí mismo. Las principales líneas o corrientes de pensamiento filosóficas se han proyectado hasta nuestros días y su gravitación en el campo del conocimiento y práctica de la medicina se puede constatar en diversas áreas y disciplinas. Cada una de ellas destaca aspectos específicos de la realidad humana, en un intento por definirla y diferenciarla de los demás seres vivos, y establece un camino para arribar a su conocimiento.

Estas corrientes son:

1. *Idealismo y Racionalismo*
2. *Materialismo y Empirismo*
3. *Historicismo y Existencialismo*
4. *Fenomenología y Realismo Ontológico*

Antes de hacer una revisión de los principios más relevantes de cada una de estas corrientes filosóficas, es importante adentrarse en algunas consideraciones acerca de la Filosofía y sus orígenes.

La Filosofía y sus orígenes en Grecia

Filosofía: (*del griego filos: “amor” y sofos: “sabiduría”*). Es una disciplina que aspira al saber total. Busca conocer el fundamento, las causas primeras y últimas de las cosas. El por qué de su existencia y su *esencia*. (aquello que hace que una cosa sea eso y se diferencie de otra). Supone una actitud **reflexiva** que intenta dar respuestas a todo lo que se nos presenta.

La Filosofía es una ciencia que se divide en las siguientes ramas:

- ⇒ **Ontología:** (*ontos = ser*) Estudia al ser en cuanto tal, es decir, sus atributos, cualidades generales y esenciales.
- ⇒ **Gnoseología:** (*gnosis = conocimiento*) Estudia la relación del conocimiento con los objetos de la realidad, cómo se llega al conocimiento y cuáles son las limitaciones en el conocer.
- ⇒ **Epistemología:** (*episteme = ciencia*) Estudia los métodos para acceder al conocimiento.
- ⇒ **Axiología:** (*axios = valor*) Estudia la problemática de los valores; supone una teorización acerca de los valores.

⇒ **Ética:** (*ethikos = moral*) Estudia la moral de los actos humanos.

Los orígenes de la Filosofía occidental se desarrollan durante la civilización griega entre el año 600 y 200 a.C. La filosofía griega constituyó el fundamento de toda la especulación filosófica posterior en el mundo occidental. Las hipótesis intuitivas (conocimiento que se logra independientemente de la experiencia y la razón) de los antiguos griegos presagiaron diversas teorías de la ciencia moderna.

Los pensadores presocráticos

La búsqueda del conocimiento y la verdad a través de la reflexión interior se inicia en Grecia con Sócrates. Este filósofo fue precedido de numerosos pensadores, verdaderos precursores de las grandes formulaciones teóricas, pero que se basaron en el uso de la imaginación, el pensamiento mítico y estético. Estos filósofos fueron conocidos como los *presocráticos*, entre los cuales podemos mencionar a Tales de Mileto, Anaxímenes, Parménides, Demócrito, Heráclito, entre otros. Ellos intentaron encontrar una explicación de los fundamentos de la realidad en elementos visibles que por su presencia consideraban fundamento o causa de las cosas y los seres.

Filósofo	Elemento	Argumento
Tales	Agua	Si la realidad es física, su causa ha de ser también física como el agua.
Anaximandro	Apeiron	Era el origen de la realidad, apeiron significa: limitado o infinito.
Anaxímenes	Aire	"Así como nuestra alma, que es el aire, nos sostiene, así el soplo y el aire circundan al mundo entero".
Pitágoras	Números	Lo permanente, lo que constituye la esencia de las cosas, se encuentra en los números.
Heráclito	Logos o razón	Lo sabio es uno, es necesaria la razón para conocer el verdadero juicio de que manera las cosas se encaminan a través de todo.
Parménides	Ser	El no ser es impensable, pues en la medida en que lo pensamos ya es.
Empédocles	Tierra, Agua, Aire, Fuego	Todo está compuesto de los 4 elementos y 2 principios antagónicos: el amor y el odio. Formando los objetos concretos del mundo, los cuales dejan de ser cuando las partículas de estos elementos primordiales se separan.
Anaxágoras	Nous o mente	Añadió la inteligencia, se dice que elaboró una doctrina intermedia entre el naturalismo de los milesios y el idealismo socrático.
Demócrito	átomos	El principio de todo se explica a partir de la existencia de unidades o partículas pequeñísimas e indivisibles que son los átomos o cuerpos densos.

Figura 7.1. Principales filósofos presocráticos

Sócrates, Platón y Aristóteles

Sócrates, Platón y Aristóteles son los filósofos griegos que conforman el trípode que soporta la estructura teórica del racionalismo griego en filosofía cuya influencia se extiende hasta nuestros días.

Sócrates (469-399 a.C.).

Es el fundador del pensamiento racional en la historia de la filosofía griega, al encontrar las fuentes del conocimiento más allá de la mera experiencia sensorial y en contra de los mitos, la imaginación y la retórica de los sofistas. Mediante la razón hace surgir el conocimiento del trabajo interior del intelecto que descubre el concepto: *lo esencial de las cosas hasta lograr la **definición distintiva** que es producto del poder de abstracción de la razón que se eleva sobre la singularidad de las cosas.*

Utilizó una pedagogía basada en el arte de estimular mediante preguntas al alumno hasta que éste, por sí mismo, lograría descubrir la verdad por encima de las apariencias. A este método lo denominó *Mayéutica*.

Para Aristóteles, Sócrates es el descubridor del método inductivo: que va del elemento particular hasta lograr la idea, el concepto o la definición general. Si bien Sócrates no escribió su pensamiento, sus aportes son referidos por sus discípulos, en particular *Platón*. Éste lo menciona en los "*Diálogos Juveniles*". Sócrates parte de un conocimiento de sí de la propia ignorancia (conócete a ti mismo) y de allí la construcción del conocimiento por medio del diálogo. Se propone la búsqueda honesta de una verdad universal en forma de ideas que son el producto de la razón y no del sentimiento y los sentidos que brindan solo multiplicidad. La ética surge del conocimiento de la virtud que obliga al autodomínio.

Platón (427-347 a.C.).

El mayor discípulo de Sócrates. Es fundador del idealismo objetivo; la idea es el objeto verdadero y real por contener la totalidad de sus atributos esenciales y no las cosas del mundo, que son meras copias imperfectas. Esta forma de conocimiento de la verdad logra el hombre por la existencia de una substancia o realidad esencialmente inmortal, procedente de una dimensión sobrenatural; el alma se une al cuerpo al momento de nacer.

En esa realidad anterior, el alma contempla un mundo de ideas absolutas, perfectas, inmóviles y verdaderas.

Al unirse el alma con el cuerpo, el hombre olvida (amnesia) dichas ideas e ingresa al mundo material de las cosas singulares, imperfectas, mudables en el tiempo (este hombre, esa casa, etc.) que resultan sombras imperfectas o copias defectuosas de los objetos ideales. Pero gracias al alma, mediante la dialéctica, va descubriendo las esencias ideales de las cosas en una suerte de reminiscencia y de esta manera asciende hacia la realidad de las ideas perfectas. Por consiguiente, lo *esencial* del hombre *es el alma - psiquis*, que recupera por el saber las ideas perfectas. Platón ve la relación del alma con el cuerpo como accidental, comparable a un prisionero dentro de su prisión.

En esta concepción observamos cuatro elementos fundamentales de la relación entre la realidad singular y conceptual o ideal:

- a. *El innatismo de las ideas*
- b. *El Dualismo psiquis / soma*
- c. *El dominio del alma sobre el cuerpo con una supremacía de ésta sobre lo pasional e imperfecto.*
- d. *Almas e ideas forman una relación indivisible, no hay ideas sin almas ni almas sin ideas.*

Aristóteles (384-322 a. C.)

Aristóteles, fue discípulo de Platón, con quien tuvo, no obstante, grandes diferencias al oponerse a la separación que establece Platón entre dos realidades: una supra celeste e innata de ideas absolutas y un mundo o realidad material de cosas imperfectas que son copias de las otras.

La idea, para Aristóteles, se encuentra en las cosas mismas, no como participación, sino como forma o imagen, que es lo que le hace ser lo que son y en el intelecto como conocimiento. No existe, por consiguiente, para este autor una idea como algo independiente de ser concreto, la diferencia es que la forma en el objeto está unida a la materia en su singularidad y la idea en el intelecto de esa naturaleza abstracta y universal. A la idea, presente en los objetos de la realidad, la denomina *substancia*, que es esencial como predicado, en tanto su ausencia la hace desaparecer (ej. La razón de ser hombre). Los predicados que no son substancia, son accidentes, (ej: médico, paciente, obrero, procesado, discapacitado, etc.)

Aristóteles diferencia en la realidad la *potencia*: lo que tiene posibilidad de ser, y el *acto*: en el cual la posibilidad se concreta. El paso de la potencia al acto implica el *movimiento*. Aristóteles examinó asimismo el tema de la causalidad y conforme a su concepción de que las cosas tienen materia y forma, estableció cuatro tipos de causas:

- a. **Causas formales**: dan cuenta de la idea de las cosas.
- b. **Causa material**: aquello con lo que está hecho.
- c. **Causa eficiente**: el factor que determina la existencia del objeto.
- d. **Causa final**: hacia lo que tiende o para lo que está destinado.

En síntesis, Aristóteles desarrolla una visión óptica del universo, un mundo de cosas. Su ubicación corresponde a un realismo espiritualista. Realista por reconocer un mundo de entes singulares, mudables en tiempo y espacio, que porta una forma substancial que el intelecto convierte en ideas. El espiritualismo implica la existencia de un agente inmaterial o logos, agente que posibilita un conocimiento universal de ideas o conceptos. Se opone al innatismo de las ideas, ubicando su origen en la relación cognoscitiva espíritu - realidad. Rechaza el dualismo alma - cuerpo a favor de una unidad de forma y materia. Su concepción de un espíritu cognoscente le vincula con las corrientes idealistas.

El renacimiento y la revolución en el conocimiento

El renacimiento significó una verdadera revolución en el campo del pensar filosófico. El motor de estos cambios fue, entre otros, el gran desarrollo de las ciencias naturales; especialmente a partir de los descubrimientos de Copérnico, Galileo y Kepler en el ámbito de la Astronomía.

Copérnico fue quien enunció la *teoría heliocéntrica*, desplazando así la teoría de Tolomeo que sostenía que la Tierra era el centro del Universo. Este enunciado cambiaría radicalmente la concepción del mundo, poniendo en crisis la idea de lo que el hombre podía llegar a conocer.

Por consiguiente, la simple e ingenua percepción del mundo puso en crisis el conocimiento mismo. La reflexión filosófica se centró ya no en el ser (lo que existe), como lo planteó la ontología medieval de raíz aristotélica, sino en el conocer (gnoseología). Este cambio radical en la orientación del pensamiento filosófico tuvo dos orientaciones opuestas: el idealismo, en Europa continental y el empirismo en Inglaterra. Sus máximos representantes en el primer caso fueron Descartes, y Kant; Locke y Hume en el segundo.

Idealismo y Racionalismo

El Idealismo, es una teoría filosófica de la realidad y del conocimiento que atribuye un papel clave a la mente en la estructura y la forma de acceder al conocimiento del mundo. Es un sistema conceptual que toma como punto de partida para la reflexión filosófica no al mundo en torno o las llamadas cosas externas, sino al yo, sujeto o conciencia, pues el yo es generador de ideas.

El Racionalismo (del latín, *ratio*, razón), en filosofía, es un sistema de pensamiento que acentúa el papel de la razón en la adquisición del conocimiento.

La visión del hombre desde estas corrientes se ajusta a los siguientes conceptos básicos:

1. Un ser cuya cualidad esencial es la presencia de una sustancia única que no existe en el resto de la naturaleza y que tiene distintas denominaciones: Espíritu, Alma, Logos, Razón, Entendimiento, Intelecto, etc.
2. El hombre es un ser racional.
3. Se acepta el innatismo de las ideas o el intelecto (doctrina filosófica que afirma la existencia de ideas que no son adquiridas a partir de la experiencia, sino que existen en la razón misma antes de nacer). (Platón, Descartes, Kant).
4. El hombre conoce el mundo y la realidad mediante la participación activa y espontánea de la razón, que es identificada con la realidad (idealismo absoluto), o la construcción por la misma con la intervención de la intuición y analítica trascendental y no como un receptor o espejo pasivo.
5. Privilegia lo universal, abstracto y conceptual (el hombre, el ser, por sobre su realidad concreta, singular).
6. Establece las bases para el pensamiento teórico.
7. Sostiene una separación substancial entre idea, alma o mente y el cuerpo o materia. Esto se conoce en filosofía occidental, como un dualismo, y es la teoría según la

cual el universo sólo se explica como un todo formado por dos elementos distintos y entre sí irreductibles.

8. En el campo de la ética (disciplina que se ocupa del estudio de lo bueno y lo malo de los actos humanos) y el derecho se privilegia lo universal y el deber ser, por encima del querer y el poder (limitación ética que se opone al utilitarismo⁷ y la ausencia de límites en el actual basado en el éxito o el poder), conceptos esenciales que se reflejan en la bioética. (Estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y la atención de la salud, en tanto que dicha conducta es examinada a la luz de los principios y valores humanos).

Las concepciones idealistas y racionalistas, de gran importancia en el campo de las disciplinas nomológicas (Nomología: ciencia de leyes generales) resulta insuficiente para comprender la realidad humana personal y singular, el hombre concreto y el mundo vivencial de las personas. En oposición a esta tesitura surgirán durante el Siglo XIX los movimientos historicistas y el existencialismo, como se verá más adelante.

Empirismo, Materialismo y Positivismo

Empirismo

Doctrina filosófica que establece a la *experiencia* y los elementos particulares como única fuente del conocimiento. Sus pilares son: el método *inductivo* (de lo particular a lo general) y el uso de la técnica para penetrar la realidad y transformarla, y con ello construir la verdad, que no es absoluta sino relativa. El empirismo afirma que todo conocimiento se basa en la experiencia, mientras que niega la posibilidad del pensamiento a priori (*antes de...la experiencia*).

Materialismo

En la filosofía occidental, es la doctrina que sostiene que toda existencia se puede reducir a materia, cualquiera sea el atributo que lo causa. Para esta corriente filosófica, la materia es la última realidad y el fenómeno de la conciencia se explica por cambios fisicoquímicos en el sistema nervioso.

El materialismo se opone al idealismo, que sostenía la supremacía de la mente en donde la materia es consecuencia de la objetivación de la mente.

Concepto de materia: "*Substancia extensa e impenetrable que puede recibir toda clase de forma. Aquello con lo cual están hechas las cosas.* Demócrito (460-370-a. C.) redujo todo lo existente a átomos o partículas indivisibles. Para Aristóteles, materia era todo con lo cual está compuesta toda substancia concreta.

Positivismo

El materialismo positivista es un movimiento filosófico basado en la experiencia y el conocimiento empírico de los fenómenos naturales, o “los hechos” de la realidad.

Un principio esencial del materialismo positivista es el *Determinismo Causal*, que dio fundamento a la investigación experimental en el campo biológico, al establecer que “*todo fenómeno natural obedece a una causa y siempre que ésta actúa, se produce un efecto previsible*”. De esta manera, es posible reproducir los fenómenos naturales, estableciendo las supuestas causas (hipótesis), haciéndolas actuar en condiciones experimentales controladas.

Los principios básicos de estas corrientes de pensamiento son:

1. El empirismo establece la experiencia y los elementos particulares como única fuente del conocimiento la experiencia (empirismo inductivo). Sus pilares son la inducción y la técnica para penetrar la realidad y transformarla y con ello construir la verdad, que no es inmutable sino hija del tiempo (parcial).
2. La mayoría de estas corrientes rechazan la dimensión espiritual del hombre. Consideran a la naturaleza, incluido el hombre, como producto de un evolucionismo. La cultura sería el producto último de dicho proceso.
3. El hombre es un ser instintivo.
4. La mente y el espíritu son productos de la actividad biológica del cerebro. Dicha actividad se regirá por las leyes del determinismo causal.
5. Un principio esencial del materialismo positivista es el *determinismo causal* que dio fundamento a la investigación experimental en el campo biológico, al establecer que todo fenómeno natural obedece a una causa y siempre que ésta actúa se produce un efecto previsible. De esta manera es posible reproducir los fenómenos naturales, estableciendo las supuestas causas (hipótesis) haciéndolas actuar en

condiciones experimentales controladas. No obstante, el carácter artificial y parcializado del experimento y su concepto de la causalidad lineal sigue siendo aún uno de los métodos más utilizados en la investigación fisiológica.

6. Del punto de vista de la ética rechazan las concepciones formalistas y universalistas, adhiriendo a concepciones hedonistas y utilitarias. La moral es algo fisiológico, se aprueba lo agradable y placentero (hedonismo) y desaprueba lo desagradable; la utilidad es la base de toda valoración. Así, el hombre no es libre sino prisionero del mecanismo de los sentidos.
7. El positivismo ha posibilitado el desarrollo de la investigación científica en medicina con un profundo desarrollo de técnicas de diagnóstico y tratamiento en el plano farmacológico aunque en otro sentido, ha generado una cierta deshumanización de la práctica profesional.

Historicismo y existencialismo

El importante avance de las ciencias naturales o positivas durante el siglo XIX y principios del siglo XX, promovieron el desarrollo de una medicina centrada en el cuerpo, pero resultaron insuficientes para comprender la realidad humana personal y singular, el hombre concreto y el mundo vivencial de las personas.

En contraposición, van a surgir concepciones filosóficas -los movimientos historicistas y el existencialismo- que ponen el acento para la comprensión del hombre y su interioridad. Estas posiciones se oponen al racionalismo y al positivismo en la práctica médica y centran su crítica en la visión unilateral del mundo que descuida la interioridad, la libertad y la conciencia del hombre.

Lo humano no se asienta en una asociación mecánica, sino en una estructura básica que incluye los fenómenos psíquicos y a partir de ellos se organiza la vida mental.

Historicismo

Corriente de pensamiento que reconoce el valor de la historia como componente fundamental de la naturaleza y del sujeto humano.

Wilhem Dilthey (1833-1911) fue un filósofo alemán que combatió la dominación del conocimiento por las ciencias naturales “objetivas”. Pretendía establecer una ciencia “subjetiva” de las humanidades.

Según Dilthey, estos estudios humanos subjetivos (*que incluyen derecho, religión-arte e historia*), deberían centrarse en una “realidad histórica- social- humana”. Afirmaba que el estudio de las ciencias humanas supone la interacción de la experiencia personal, el entendimiento reflexivo de la experiencia y una expresión del espíritu en los gestos, palabras y arte. Sostuvo que todo saber debe analizarse a la luz de la historia; sin esta perspectiva el conocimiento y el entendimiento sólo pueden ser parciales.

No se puede negar el hecho de que el hombre es un organismo biológico, pero se debe afirmar también que el hombre “*es más que un organismo biológico*”.

El enfoque hermenéutico de la medicina

La filosofía hermenéutica (*hermeneutikos = arte de la interpretación*) surge en países de la Europa central. Se asocia a términos como Existencialismo, Fenomenología y Ontología.

Estos filósofos están preocupados por el problema particular de la existencia humana, al que no se acercan a través de la observación sino de la reflexión filosófica. Se interesan por los fenómenos experimentados por la mente humana y tratan de comprender e interpretar la acción humana.

La Hermenéutica propone una psicología que permite comprender al hombre como entidad histórica y no como algo inmutable y universal.

De esta manera, quedan planteadas dos aproximaciones científicas de la realidad:

- ❖ **Las Ciencias Naturales**, basadas en leyes generales donde rige el determinismo causal.
- ❖ **Las Ciencias del Espíritu**, que son históricas y comprensibles por ser referidas a personas o hechos irrepetibles y únicos. Centran su investigación en lo particular o idiográfico, en donde intervienen los aspectos ético-axiológicos que no están presente en las ciencias naturales. En el mundo del espíritu rigen los valores de la cultura.

Fenomenología y Realismo Ontológico

La Fenomenología es un movimiento filosófico del siglo XX que describe los fenómenos de la realidad tal y como se presentan en la conciencia.

El mayor representante de esta corriente fue Edmundo Husserl, quien a partir de 1910, definió a la Fenomenología como el estudio de las estructuras de la conciencia que capacitan al conocimiento para referirse a los objetos fuera de sí misma. En la realidad hay objetos “fenómenos” y cada uno de ellos posee cualidades o categorías que son descubiertas y descritas por la conciencia intencional. Se establece así una relación entre un objeto y un sujeto que dirige su conciencia (intención) hacia un objeto, el cual a partir de ese momento, cuando es observado para ser conocido, cobra sentido y significado para el sujeto cognoscente.

La vida ocupa un espacio físico, orgánico y ecológico (hábitat). Esa vida se manifiesta en individuos y solo una parte de ellos tiene conciencia de sí, reflexionan y proyectan: las personas.

Existencialismo

El Existencialismo, es un movimiento filosófico que resalta el papel crucial de la existencia, de la libertad y la elección individual. El término existencialismo en sí mismo sugiere un tema principal: el énfasis puesto en la existencia individual concreta y, en consecuencia, en la subjetividad, la libertad individual y los conflictos de la elección. Su más importante pensador contemporáneo fue Jean Paul Sartre.

Martín Heidegger, filósofo alemán, considera que el único existente es el hombre en tanto puede reflexionar acerca de lo que él es. El hombre es un ser que se debe construir a sí mismo con las opciones que le dé su libertad. Por eso es un ser nunca acabado, que se hace permanentemente en el tiempo, un *tiempo existencial* del cual él dispone (diferente al tiempo cronológico). En ese hacerse crea proyectos y se preocupa, se involucra en algo antes de ocuparse.

El existente vive una realidad, un mundo significativo, no solo un ambiente físico sino un entorno personal, una circunstancia vivencial. Esta circunstancia lo constituye, es una realidad de seres íntimos (familiares), amigos, situaciones, vivencias, etc.

La vivencia es algo que se revela, se descubre en el complejo anímico del sujeto. Es un modo de existir la realidad para cada persona. Las vivencias no pueden ser explicadas, sino descriptas a partir de un relato y, así, es posible que sean comprendidas.

El hombre resume la totalidad del Cosmos, es una realidad bio-psico-social y cultural. Por tanto, el organismo humano es explicable desde la biología, tanto en la normalidad como en la patología, pero es comprensible a partir de sus vivencias de enfermar. El profesional de la salud debe comprender que lo que importa no son sólo las alteraciones anatómicas y fisiológicas de su paciente, sino la forma en que éste se relaciona con la enfermedad.

Síntesis

Los intentos de definir al hombre a partir de un concepto o idea material, biológica, psicológica, etc. son estrechos y parciales. Todas las corrientes de pensamiento filosófico han aportado a su comprensión y han sido hipótesis para indagar niveles de su realidad.

El idealismo ha destacado la presencia de un principio autónomo, inmaterial, que conoce la realidad, que otorga al hombre el puesto más alto del cosmos y le permite diferenciarse de los otros reinos de la naturaleza.

El hombre es también materia viva, impulso instintivo, afán de dominio, pasión, egoísmo; un producto final de la evolución que la anatomía y la psicología permitieron destacar en el nivel biológico de estructuración y funcionalidad compartida con las especies inferiores y los modelos filogenéticos de la evolución del hombre.

Por otra parte, la corriente positivista-determinista, a través de las ciencias nomológicas, penetran analíticamente descomponiendo su complejidad para desentrañar los mecanismos más íntimos de su funcionamiento normal y patológico.

Los personalismos existencialistas rescatan su singularidad, circunstancialidad o condición de persona abierta al mundo, preocupada, un ser para la muerte o un ser trascendente.

Los empirismos asociacionistas destacan su reactividad frente al ambiente, el condicionamiento social que le convierte en emergente cultural, que como realidad humana

permite su progreso y adaptación pero que también es causa de su enfermedad, muerte y degradación.

La fenomenología posibilitó el desarrollo de la ontología existencial para aportar una visión comprensiva del hombre superando las concepciones explicativas y deterministas del positivismo.

Al resumir la totalidad del cosmos, el hombre es una realidad bio-psico-sociocultural; vida, mente y espíritu. Los niveles más inferiores de la realidad y los más antiguos pueden subsistir aunque se extinga el hombre y la cultura, pero no viceversa. Por tanto, como biología, el organismo humano es explicable, tanto la normalidad como la patología, pero es comprensible a partir de sus vivencias de enfermar.

Ejemplificando: si se afirma, esta urea tan elevada en sangre es consecuencia de una insuficiencia renal (el riñón alterado en su estructura y función no elimina o depura la urea del plasma); ello es una explicación, un dar cuenta de una cadena causal de hechos que responden a un desvío fisiológico de la función renal como órgano de excreción. Considerar el ámbito familiar y el contexto socio-cultural en que se encuentra inserto el paciente, el sentimiento de tristeza y abatimiento que experimenta la persona afectada de este trastorno se capta en forma descriptiva, comprensiva e intuitiva, así como el manejo de los aspectos emocionales pasa por una forma de comunicación que es personal y no técnica. En ello reside la diferencia entre la patología y la clínica y el porqué de la formación humanista del médico.

Glosario de términos filosóficos utilizados

Tomados del Diccionario Abreviado de Filosofía de Ferrater Mora.

- ◆ **Alma:** para Aristóteles, ser y principio de todas las cosas las que por medio de sus operaciones puede relegar todas las cosas. Platón sostuvo un dualismo casi radical del cuerpo y el alma atribuyendo a ésta una realidad esencial inmortal.
- ◆ **Empirismo:** doctrina gnoseológica según la cual el conocimiento se basa en la experiencia; se suele contraponer al racionalismo, para el cual el conocimiento se halla fundado en gran parte en la razón. No acepta el innatismo sino que el objeto cognoscente es como una tabla rasa (Locke) en la que se inscriben las impresiones procedentes del mundo externo. Para los empiristas el sujeto cognoscente es un gran receptáculo en el cual ingresan datos del mundo exterior por los sentidos. Las sensaciones o ideas se mezclan y combinan formando otras más complejas.
- ◆ **Estética:** objeto de la percepción sensible y de la belleza de los hombres.

- ◆ **Idealismo (filosófico).** Doctrina que toma como punto de partida para la reflexión filosófica no al mundo en torno o las llamadas cosas externas, sino lo que llamaremos el yo, sujeto o conciencia; para el idealismo, ser lo que es o existe es dado en la conciencia. Para los idealistas la conciencia impone a la realidad ciertos conceptos o categorías a priori.
- ◆ **Intuición:** método directo e inmediato del conocimiento de los objetos. Lo que es indirecto y mediato puede ser ... o intelectual... o existencial
- ◆ **Materialismo:** doctrina que acepta como única realidad la materia. Ésta sería el fundamento de toda realidad y causa de toda transformación. El materialismo atribuye a la materia el poder de producir todo, incluso las cosas que son propias del espíritu y la conciencia. Al igual que el idealismo ontológico, es un monismo.
- ◆ **Mecanicismo:** doctrina según la cual toda realidad o al menos la realidad natural tiene una estructura comparable a una máquina, o como si pudiera ser explicable a base de un mecanismo.
- ◆ **Monismo:** posición filosófica que no admite más que una sola sustancia. Puede ser gnoseológico, en cuyo caso reduce la realidad al sujeto (idealismo) o bien al objeto (realismo).
- ◆ **Ontología:** Ontos: ser. Rama de la Filosofía que se ocupa del estudio del ser.
- ◆ **Pluralismo:** sostiene, contra el monismo, que el mundo está compuesto de realidades independientes y mutuamente irreductibles.
- ◆ **Reduccionismo:** tesis según la cual una realidad determinada no es sino otra realidad que se supone más real o más fundamental.
- ◆ **Utilitarismo:** (del latín, *utilis*, “útil”), en el ámbito de la ética, es la doctrina según la cual lo que es útil es bueno, y por lo tanto, el valor ético de la conducta está determinado por el carácter práctico de sus resultados. En general, la teoría utilitarista de la ética se opone a otras doctrinas éticas en las que algún sentido interno o facultad, a menudo denominada conciencia, actúa como árbitro absoluto de lo correcto y lo incorrecto.

Bibliografía:

1. Casas, Manuel G. Introducción a la filosofía. Ed. Gredos, Madrid 1960
2. Ferrater Mora, J. Diccionario de filosofía Abreviado. Ed. Sudamericana. 1988.
3. García Astrada, A. Introducción a la Filosofía. Ed. Librecor. 1990.
4. Hirschberger, J. Historia de la filosofía. Ed. Herder. Barcelona 1967
5. Maritain, J. Introducción a la Filosofía. Ed. Club de lectores. Bs. As. 1980.

Ética y Moral

Conceptualizar al hombre como un ser bio-psico-social, condujo a un nuevo concepto de la patología, la práctica y la educación médica.

Así, la medicina se integra con otras disciplinas para lograr un enfoque total del problema de la salud individual y colectiva, incorporando la ética médica como territorio limítrofe entre la medicina y la filosofía.

La Ética Médica se ocupa de fijar los principios de conducta profesional en la Medicina y comporta obligaciones del médico para con el paciente, así como con respecto a los demás profesionales de la salud. En cada momento, los códigos que regulan esta relación médico - paciente cambian, no son eternos, ya que responden a los intereses de clases y a la formación socioeconómica vigente. Es así que podemos destacar que el legado más importante de la historia antigua es el “Juramento Hipocrático” formulación que data de unos 400 años antes de nuestra era y que mantienen principios vigentes en la actualidad.

Introducción a la Ética

¿Qué es la ética? ¿Qué es la moral? En un contexto filosófico, ética y moral tienen diferentes significados. La *ética* está relacionada con el estudio fundamentado de los valores morales que guían el comportamiento humano en la sociedad, mientras que la *moral* son las costumbres, normas, tabúes y convenios establecidos para cada sociedad.

Estos términos tienen diferente origen etimológico. La palabra “ética” deriva del griego “Ethos” que significa “forma de ser” o “carácter”. Mientras que la palabra “moral” provienen de la palabra latina “morales”, que significa “relativo a las costumbres”.

Entonces:

La ética es un conjunto de conocimientos derivados de la investigación de la conducta humana que trata de explicar las reglas morales de manera racional y teórica. La ética surge de la reflexión acerca de nuestros modos de habitar el mundo. Nace de la preocupación y el cuidado de nuestro modo o manera de obrar en nuestro hogar, el barrio, nuestro pueblo o comunidad, en la escuela, en la universidad, en nuestro trabajo o

profesión. Esta preocupación y cuidado son éticos, en tanto y en cuanto, en nuestra deliberación deseamos hacer las cosas bien. Desde que el hombre empieza a pensar, podemos aprender cómo la noción de “bien” de “lo bueno”, introduce en nuestras vidas la reflexión ética.

La moral es el conjunto de reglas que se aplican en la vida cotidiana y que todos los ciudadanos las utilizan continuamente. Estas normas guían a cada individuo, orientando sus acciones y los juicios sobre lo que es moral o inmoral, correcto o incorrecto, bueno o malo.

Vamos a conocer, a pensar las principales teorías éticas que marcaron la cultura de la cual nosotros somos herederos: las nociones de: el bien, el deber, la justicia, la felicidad, la responsabilidad están presentes en nuestro pensamiento como personas. Pero la ética no se termina de comprender sin su historia. Trataremos, brevemente, de las diferentes “éticas” pensadas por filósofos de diferentes épocas.

Comenzaremos por el mundo griego, ya que es en Grecia que comienza la aventura del pensamiento intelectual que más ha influenciado en nuestra cultura. Seguiremos después con la modernidad, en el pensamiento de Manuel Kant. Y por último abordaremos el problema de la ética contemporánea.

La Ética en Grecia.

El ideal ético es la formación del carácter (ethos) como una obra de arte que los individuos deben componer armónicamente. La armonía está en el Todo, y se quiebra o rompe cuando se aísla una parte y se la absolutiza. La belleza es el resultado de la armonía del soma (cuerpo) y de psique (alma), y es el bien el que introduce esa armonía. Por esto podemos decir que para los griegos las ideas éticas eran inseparables del mundo de la belleza. Se trata de adquirir una forma de vida capaz de armonizar las fuerzas de las pulsiones y las de la razón. En este sentido la ética es el arte de la bella formación de sí mismo.

La ética griega no es una moral individual del deber. Esta idea surgirá con el cristianismo y se afianzará con la modernidad. La ética griega es inseparable del contexto de la POLIS, es decir, de la comunidad política. Recordemos que POLIS es la palabra griega que comúnmente traducimos como ciudad-estado. Para los griegos la Polis tuvo su origen en el deseo de justicia. POLIS es, entonces, el nombre de la comunidad política en

la cual los más graves problemas morales y sociales del hombre eran resueltos. En definitiva la POLIS es el espacio conquistado por el hombre, dentro del cual es posible la vida humana.

Para los griegos la vida virtuosa consiste en saber elegir el bien, que produce la armonía en cada uno y en la comunidad, frente al mal que produce la discordia y la separación. La ética griega postula un modelo perfecto o arquetipo, el cual es el bien como ideal supremo a alcanzar. Por eso la pregunta es hacia qué fin orienta cada uno su vida, cuál es el máximo bien que se desea alcanzar.

Aristóteles y la ética como deseo del bien.

La ética de Aristóteles se denomina EUDEMONISTA, porque considera la felicidad como el bien supremo, el fin último al que tienden todos los actos humanos. ¿En qué consiste la felicidad? Es ésta la pregunta principal. Vamos a desarrollar el tema.

El Bien.

En su obra “ÉTICA A NICOMACO” (se llama así el texto porque Aristóteles tenía un hijo llamado Nicómaco, a quien dedicó las enseñanzas de su Ética), comienza diciendo *“Todo arte, toda investigación y toda elección parecen tender a algún bien. Podemos definir el bien como aquello a lo que todas las cosas tienden*

El bien es la meta deseada de nuestras acciones. Como hay múltiples acciones hay también múltiples cosas que consideramos bienes. Por ejemplo, el fin de la medicina es la salud, y la salud es considerada un bien a diferencia de la enfermedad. Lo mismo podemos decir de las riquezas y de todas las otras cosas decimos que son un bien en la medida en que nos permiten ser felices.

Entonces cabe la pregunta acerca de si existe un bien querido por sí mismo al cual se subordinen todos los otros bienes particulares. Éste sería el Bien Supremo y el fin último de nuestras acciones. Puesto que sería buscado por sí mismo y no como medio para alcanzar otra cosa. Este bien es la felicidad.

Hasta ahora hemos aprendido de Aristóteles que desear el bien es desear, en definitiva, **ser** felices. Pero como la ética es una especialidad práctica de la filosofía, el problema no sólo está en el desear sino en el **hacer**. La pregunta que surge es entonces, ¿Cómo ser felices? Para responderla debemos aprender lo que nos enseña Aristóteles sobre la VIRTUD.

La virtud es la disposición permanente de la voluntad hacia el bien. Según Aristóteles que la virtud no es ni por naturaleza ni contra ella. Esto quiere decir que nos hacemos virtuosos mediante el perfeccionamiento de nuestra naturaleza. La virtud es una acción voluntaria, es objeto de nuestra reflexión y de nuestra elección deliberada; por eso, el conocimiento es un momento importante en la formación de la virtud, sin ser ésta sólo un producto del conocimiento.

Aristóteles nos enseña que conocer el bien no implica necesariamente hacerlo. Es necesario desear realizarlo, la virtud requiere o exige una voluntad que sabe lo que quiere que elija el bien como resultado de una deliberación y que prefiera esa acción por sí misma y la sostiene en su realización. Entonces podemos definir la virtud como la disposición permanente del carácter (*ethos*) para obrar bien. Extraemos de todo lo dicho dos consecuencias:

1. *nadie puede considerarse virtuoso porque realizó un acto bueno.*
2. *nadie nace virtuoso sino que, más bien, llega a serlo.*

Uniendo ambas consecuencias podemos afirmar que se llega a ser virtuoso a través de acciones reiteradas conformes a la virtud. Es decir que la virtud es un hábito que se adquiere con el ejercicio: realizando actos de justicia es como el ser humano se va haciendo justo.

Debemos aclarar que Aristóteles distingue dos tipos de virtudes: las éticas y las diabéticas. Las primeras son las que forman el carácter: valentía, fortaleza, templanza, pudor, generosidad, mansedumbre, veracidad, justicia. Las segundas son las del intelecto: prudencia y sabiduría.

La virtud como justo medio

Aristóteles define la virtud como el justo medio entre dos extremos viciosos, uno por carencia y el otro por exceso. Ejemplos: el coraje es el justo medio entre la cobardía y la temeridad o audacia, la generosidad es el justo medio entre la avaricia y el despilfarro. Ahora bien, determinar el justo medio nos exige discernimiento y para ello es necesaria la prudencia.

Citemos a Aristóteles *“La virtud es por lo tanto un hábito selectivo, consistente en una posición intermedia para nosotros, determinada por la razón, y tal como lo determinaría el hombre prudente”*

La prudencia es indispensable. Se trata de un “*saber ver*” que implica saber qué es lo que hay que hacer, cuándo debe ser hecho, cuál es el momento oportuno para hacerlo y cómo debe ser hecho. La prudencia es la que impone sensatez en el juicio, es decir en la decisión. Aristóteles define la prudencia como “*el hábito práctico acompañado de razón sobre las cosas que son buenas y malas para el hombre*”

Para Aristóteles el hombre prudente es aquel que “sabe deliberar”. Esto se logra junto con el aprendizaje de las virtudes morales a través de la educación. Por ello es preciso de que quien apunte al término medio empiece por apartarse de los extremos.

Ética y Política.

La práctica del bien no queda circunscripta a la realización individual sino que implica el bien de todos, de la comunidad. Dice Aristóteles que “*es cosa buena hacer el bien, pero es más bello y divino hacer el bien común*”

De esta manera vemos que la ética alcanza su plena realización en la política. La vida política tiene como fin la realización del bien común, a través de la práctica de la justicia. Y esta tarea le compete al Estado, ante todo, pues éste es una comunidad que debe procurar la felicidad de los hombres.

El hombre, la vida humana, no puede pensarse fuera de la comunidad política. Aristóteles sostiene que el ser apolítico o es una bestia o es un dios, porque ser hombre es ser naturalmente político. Para esto los hombres se dan leyes y las practican.

El estado deber ser el primer educador, los hombres formados en la virtud perfeccionan su naturaleza y elevan la vida de la comunidad.

La Ética Moderna y su contexto.

Mencionaremos algunos de los puntos o tópicos propios de la modernidad que nos van a servir para situar el planteo ético de Kant.

1.- Centralidad de la razón. El sujeto racional es el eje partir del cual se organizan el saber, la ciencia, el arte y la moral. Se confía en la razón como la fuerza transformadora de la sociedad y de la historia.

2.- Primacía de la libertad frente a la naturaleza. El mundo del espíritu es el ámbito de la libertad y de las producciones humanas más elevadas (ciencia, arte, moral, filosofía); mientras que el mundo de la naturaleza es el ámbito del determinismo.

3.- **Especialización de la cultura.** Los distintos ámbitos del pensamiento se separan, la ciencia, la ética, y el arte. Cada uno de estas actividades humanas se constituye con un objeto propio y abordan sus cuestiones en forma específica.

Kant y la Ética del Deber.

La cuestión central, el interrogante clave de la ética de Kant es ¿Qué debo hacer? Esta pregunta nos indica que la moral tiene una relación directa con el deber, con lo que debe ser hecho y lo que debe ser evitado.

Para entender la teoría kantiana destaquemos dos rasgos centrales de su ética. La ética debe ser universal, esto quiere decir que sus principios deben valer para todos los seres racionales de un modo absoluto y necesario. Este principio de moralidad, para Kant, reside en la razón, y no puede derivarse de las sensaciones, inclinaciones o deseos, sino que por el contrario sino que debe ser determinado *“a priori”* por la voluntad. Debemos entender que *“a priori”* quiere decir independiente de la experiencia y de todo objeto de la sensibilidad.

Entonces, la pregunta por lo que debo hacer no significa qué me gustaría hacer, ni qué deseo hacer, ni que necesito hacer. No es una pregunta por la cual el sujeto pueda pensar en el placer, ni en su propio interés individual. El único móvil válido de la acción moral reside en la razón, única capaz de determinar a la voluntad a obrar libremente. Por lo tanto para Kant la ética debe ser racional.

Kant argumenta que la naturaleza le dio, a nuestra voluntad la razón como directora. Si el fin de la voluntad fuese la felicidad, la naturaleza se habría equivocado al darle a la razón el encargo de alcanzarla. Esto lo hubiera conseguido mucho mejor a través del instinto, pues muchas veces la razón exige sacrificar los intereses de los impulsos y por lo tanto la propia felicidad. Kant deduce que *“debe haber un propósito más digno que la felicidad al cual está destinada la razón y al que deben subordinarse todos los fines particulares del hombre”* y con ellos la felicidad. Este propósito más digno consiste en *“producir una voluntad buena en sí misma, y para esto la razón es absolutamente necesaria”*.

El Deber y la Buena Voluntad.

Entonces, la cuestión es saber ¿A qué llama Kant una voluntad buena? Convengamos que la

Voluntad es la capacidad para determinarse a sí mismo a obrar según un principio universal de la razón. Puesto que nada es en sí mismo ni bueno ni malo. *“Los talentos del espíritu, el valor, la decisión, la perseverancia en los propósitos, como cualidades del temperamento, son sin duda en muchos respectos buenos y deseables; pero también pueden llegar a ser extraordinariamente malos y dañinos si la voluntad que ha de hacer uso de estos dones de la naturaleza no es buena”*

Cuando el motivo que a lleva a la voluntad a obrar es un objeto que se desea, el principio a partir del cual se actúa es individual, particular. La decisión depende del sentimiento de agrado o desagrado que cause ese objeto que se quiere alcanzar. En otras palabras, depende del propio placer. Ejemplo: una persona por no perderse una fiesta, podría abandonar un trabajo importante que tiene que presentar con urgencia, o bien si debe un dinero en vez de devolverlo, pudiendo hacerlo, decide irse de vacaciones con ese dinero.

En cambio, cuando el principio que determina a la voluntad es una ley de la razón, éste principio es formal, y la voluntad se determina “a priori”, esto significa que el principio por el cual actúa no lo saca de la experiencia, sino que lo encuentra en sí misma, es decir en la propia voluntad. Por lo tanto la voluntad no depende de ninguna sensación de agrado o desagrado, de ningún deseo, de ninguna necesidad, sino solamente de sí misma, de lo que la razón determina.

Por lo tanto, UNA VOLUNTAD BUENA EN SÍ MISMA ES AQUELLA QUE:

- 1) Actúa por deber y no conforme al deber.
- 2) Es autónoma porque es ella misma la legisladora, esto quiere decir, que es libre para darse a sí misma su propia legalidad.

En referencia al primer punto, Kant está indicando la diferencia entre moralidad y legalidad. Una voluntad moralmente buena actúa siempre por deber. Veamos un ejemplo muy sencillo:

Cuando un comerciante, pensando en mantener y aumentar su clientela, cobra lo justo por las mercaderías que vende sin estafar a sus clientes, decimos que su proceder es honesto.

Pero entonces nos preguntamos ¿es éste un comportamiento moral ¿ Kant nos contesto que de ninguna manera se lo puede considerar un acto moral, porque si bien cumple con el deber, la acción realizada es un medio para conseguir otro fin distinto al mero cumplimiento del deber. El fin de esta acción es el interés propio del individuo y el cumplimiento del deber se convierte en un medio para su satisfacción. Ésta es una acción

conforme al deber pero que no tiene valor moral. En cambio, una acción es hecha por deber cuando el sujeto la realiza sin otro fin que el deber mismo.

De aquí podemos extraer dos afirmaciones: sólo una acción hecha por deber tiene valor moral; y el deber es la necesidad de una acción por respeto a la ley.

El imperativo categórico.

Entonces: ¿Cuál es esa ley que toda acción humana debe respetar para ser considerada moralmente buena?

Aquí Kant hace la diferencia entre máximas y leyes prácticas. Las máximas son principios subjetivos de la acción. Las leyes prácticas, por el contrario, son principios objetivos de la acción, o IMPERATIVOS, es decir, “*un deber ser que expresa la obligación objetiva de la acción*”.

Los imperativos mandan a obrar porque indican lo que toda persona debe hacer. Porque, recordemos, que si bien el hombre es un ser racional, no es la razón el único motivo que determina la voluntad. La voluntad también puede dejarse determinar por las inclinaciones, los deseos, las necesidades. Dicho de otro modo, como el hombre no quiere siempre lo que debe, es necesario que se rija por imperativos que le dicta la razón.

Estos imperativos pueden ser *imperativos hipotéticos* o *imperativos categóricos*. Los primeros determinan la voluntad en función de cierto fin deseado, son más bien preceptos de habilidad. *Ejemplo*: decir que “*se debe trabajar y ahorrar en la juventud para no morir de hambre en la vejez*”. Este precepto práctico de la voluntad surge de la razón pero no se puede exigir por igual a todos los hombres. De lo que se desprende que este imperativo está condicionado a la capacidad y a las condiciones de cada sujeto.

Por el contrario, un imperativo es categórico cuando manda a obrar de un modo necesario a todo el hombre por igual, independientemente de sus condiciones subjetivas, y siempre de esa manera, independientemente de las circunstancias. Por eso, solamente estos últimos son leyes prácticas.

Nos dice Kant que la ley moral es “*un imperativo que ordena categóricamente porque la ley es absoluta; la relación de la voluntad con esta ley es de dependencia, con e nombre de obligatoriedad, que significa una imposición para una acción que se llama deber*”

Esta ley no indica que debe hacerse esto o lo otro, sino que conserva sólo la forma pura de la legalidad.

Esa ley dice así:

“OBRA DE TAL MANERA QUE QUIERAS QUE LA MAXIMA DE TU VOLUNTAD SE CONVIERTA EN LEY UNIVERSAL”

Este es el imperativo categórico, única ley moral, principio absoluto y fundamento de la moralidad, porque es principio objetivo universal. Dicho de una manera muy sencilla, lo que vale para una persona debe valer para todos en esa misma situación.

Veamos un ejemplo sencillo: Si voy por la calle y veo que a alguien se le cae la billetera y sigue caminando sin darse cuenta, y nadie está mirando la escena ¿Qué debo hacer? Puedo quedármela puesto que nadie está mirando lo que sucede y la persona que la perdió no se dio cuenta de lo ocurrido o bien puedo devolvérsela. ¿Quién determina, en este caso, lo que está bien y lo que está mal?

Manuel Kant responde: *LA LEY MORAL*. Debo confrontar el principio subjetivo de mi acción con la ley moral: si cumple con lo que esta ley indica, la acción es buena y debe por lo tanto ser realizada, si no, es mala y debe evitarse.

La segunda característica de una buena voluntad es la autonomía. Es decir que la buena voluntad es autónoma porque se da a sí misma sus leyes. La autonomía es el fundamento de la dignidad de la naturaleza racional del hombre. Por esto afirmar que la voluntad es libre significa afirmar que es principio de su acción, no depende de otro para actuar, es causa de sus propio actos, porque tiene en sí misma el principio de determinación, el cual, como ya hemos desarrollado es el IMPERATIVO CATEGÓRICO.

La Ética Contemporánea: algunas cuestiones.

El pensamiento de la modernidad, la idea de que los avances científicos llevarían al hombre a un mundo feliz, confortable y que el progreso sería indefinido, la creencia en definitiva que la razón guiaría al hombre a un mundo mejor, hizo crisis a mediados del siglo XX, luego de que el mundo viviera la Primera y la Segunda Guerra Mundial, cuyo fin fueron las bombas atómicas de Hiroshima y Nagasaki en Japón en el año 1945. Los pensadores, entonces, comenzaron a re-pensar todos los temas filosóficos y especialmente los problemas planteados por la ética.

Los avances científicos, los problemas de la ecología, la bioética y muchos otros problemas comenzaron a ser estudiados y se hicieron y se hacen planteos teóricos.

Muchos intelectuales, científicos y filósofos denominan a éste cambio de época el pasaje de la modernidad a la pos-modernidad.

Con la denominación de pos-modernidad hacemos referencia a una nueva época de la humanidad. En ella las características principales del mundo moderno –como ya lo dijimos- se encuentran atravesadas por una profunda crisis, por ello podemos decir que la pos-modernidad es la modernidad en crisis.

El prototipo del hombre moderno es aquel que confía en que el curso de la historia debe estar orientado por el progreso, vive y proyecta la vida para ello. Para el hombre moderno el progreso garantiza que el día de mañana será mejor que el de hoy gracias al desarrollo de la ciencia guiada por la razón. En cambio en la pos-modernidad surge el descreimiento, la desconfianza y hasta el escepticismo. Ya no se cree que el progreso constituya necesariamente un bien para la humanidad. “*El progreso se ha vuelto rutina*” afirma Gianni Vattimo en su libro “*El fin de la modernidad*”.

En la pos-modernidad se desvalorizan todos los ideales y expectativas. La falta de confianza en el futuro, unido a la desaparición de los grandes proyectos comunes (ideologías de la emancipación, utopías), dejan un vacío que, generalmente, es llenado por el pesimismo, el desinterés, falta de participación, que conducen al hombre actual hacia un proceso de creciente aislamiento.

El filósofo Jean Lyotard (filósofo francés contemporáneo, que falleció en el año 1998 y autor de la “*Condición Posmoderna*”), describe la “condición posmoderna” como aquella instancia en la que el hombre se ve cada vez más lejos de poder incidir, influir, con sus actos en el curso de la historia. Experimenta la sensación de que los acontecimientos se han vuelto independientes respecto a la voluntad de los actos del hombre y que lo que cada hombre puede hacer es demasiado poco.

Otro autor Jürgen Habermas, a diferencia de Lyotard, defiende la vigencia del proyecto de la modernidad y afirma que debe ser completado. Y destaca, especialmente, que la modernidad se asienta sobre el proyecto de libertad fundado en la razón. Discutir, completar, defender el proyecto de la modernidad es defender la necesidad de fundamentar racionalmente nuestras acciones, mantener la autonomía del arte, de la ciencia y de la moral.

En definitiva, seguir sosteniendo que la racionalidad es la condición de la posibilidad de un mundo donde todos y cada uno de los hombres puedan llegar a ser libres. Todo el trabajo de Habermas se dirige, se orienta hacia un fin: pasar del paradigma de las ciencias fisicomatemáticas, que han dominado en la modernidad, al paradigma de las ciencias sociales y entonces desarrollar una teoría de la comunicación entre sujetos.

La Posmodernidad y la cultura de los Medios de comunicación.

Son numerosos los filósofos, intelectuales y estudiosos que afirman que la posmodernidad es una época producida y dominada por la llamada “Cultura de los Medios de Comunicación” (la televisión, la radio, el whatsapp, twiter, facebook). Estos medios de comunicación permiten el acceso a la opinión pública de minorías de todo tipo. Es un proceso de pluralización que hace imposible un punto de vista único a cerca de la realidad. Varios autores pensaron que la simultaneidad y la circulación de la información darían por resultado una sociedad transparente en la cual los obstáculos de la comunicación serían eliminados. Sin embargo, ha ocurrido lo contrario. Al multiplicarse los centros desde donde surge la información se multiplicaron también los sujetos y las narraciones (relatos), lo que dio lugar a una fragmentación de la imagen del mundo.

El predominio de los medios de comunicación (especialmente la televisión) en la sociedad de hoy ha generado que todo sea un espectáculo cuya finalidad es llenar bien los ojos y vaciar las cabezas. Al respecto, el filósofo francés Jean Baudrillard afirma que con el televisor el mundo se mete en nuestra casa. Así, límite entre lo que es público y lo que es privado se disuelve debido a la invasión de los medios. Esto se nota hoy más que nunca con el facebook, en que cada uno de los usuarios hace pública su vida privada y esto se multiplica por la cantidad de “amigos”, “seguidores”, etc. que replican lo que reciben.

El poder simulador de los medios produce una realidad más poderosa y, por ello, más real que la conformada por sujetos y objetos. Pareciera que lo que no pasa por la televisión o lo que no se ve en la televisión, no es.

Ética: Principios Generales

Ética de la virtud en el ejercicio profesional

La Ética es una rama de la filosofía dedicada al análisis y estudio de las cuestiones morales. El origen etimológico de la palabra ética se remonta al latín *ethicus*, y este del griego antiguo *ἠθικός* (*êthicos*), derivada de *ethos*, que significa carácter o perteneciente al carácter, equivalente al modo de conducirse, actuar u obrar.

Por tanto, la ética como gobierno de sí mismo, gira en torno a la cuestión de la felicidad o *eudemonia aristotélica*, combinando cuestiones de bien privado (ética) con las de orden público (política), para obtener de este, el “saber práctico” tendiente a regular las

acciones entre humanos y con el medio . Poder acceder a esta “felicidad” se requieren medios o instrumentos, con los cuales uno puede facilitar u obstaculizar su acceso. El medio por el cual uno alcanza la dicha de la felicidad es la virtud y los obstáculos que la confrontan son los vicios y pasiones. *La virtud o areté (del latín virtus) resulta la condición o cualidades del vir, o sea del varón, entendiéndolo a ésta como fuerza o valor. Se liga a perfección o a la excelencia del cuerpo y del espíritu (1)*

La ética debe diferenciarse de la moral (del latín *mos: costumbre*), porque ésta se basa en la obediencia a las normas, costumbres, preceptos o mandamientos culturales, jerárquicos o religiosos; mientras que la primera, busca fundamentar la manera de vivir por medio del pensamiento y comportamiento humano. De este modo, la ética, centra su objetivo en la descripción de los comportamientos y en las acciones que devienen de la aplicación de las conductas humanas, jerarquizando el modo de conducirse que tienen los seres humanos respecto de sí mismos y para con los demás, buscando como objetivo primordial o “fin” el bien individual y colectivo. Actuando de este modo, se llega con el conocimiento y el obrar a ejecutar acciones justas, con sabiduría práctica (*phrónesis: prudencia*) seleccionando la decisión más apropiada o adecuada acorde con el contexto de lugar y circunstancias (1,2)

La ética, puede compararse con los cimientos de un edificio; son invisibles, no se perciben a simple vista, pero soportan el peso de todo el edificio: Si son sólidos, podrán resistir todo tipo de tensiones, si por el contrario resultaran frágiles el edificio podría derrumbarse (3)

El fin de la ética tiene como resultado una acción o suma de acciones emprendidas o ejecutadas sustentadas siempre sobre la base de la deliberación (*doxa*) entre sujetos que analizan hechos o circunstancias. Las diversas miradas y posturas del conflicto o dilema son siempre fundamentadas por principios normativos o reguladores, constituyendo las argumentaciones de la sentencia que se concluye o afirma. Las consideraciones o argumentaciones éticas así elaboradas (dialéctica aristotélica) no resultan por lo tanto certezas absolutas, son verdades probables sustentadas en la diversidad o pluralismo, con bases en la contingencia, que respetan la libertad e historicidad de los individuos involucrados en tales considerandos, analizadas por un grupo de personas dentro de lugar y un tiempo particular (1).

Desde la perspectiva aristotélica la conducta ética de un individuo (acción), pone en juego concepciones subjetivas del individuo (*héxeis*) en combinación con las costumbres y el carácter (*ethos*), que al repetirse a lo largo del tiempo toma la denominación de hábito y

que al sostenerse o perdurar temporalmente se transforman en virtudes. De este modo siguiendo, sirviendo y perfeccionando el saber práctico de primer orden, tiene lugar la ciencia ética cuyos argumentos resultan suficientes para exhortar y orientar a quienes son generosos, tienen carácter noble y aman la bondad. En *Ética a Nicómaco*, Aristóteles expresa que la virtud es un modo selectivo de ser, resultando un término medio relativo determinado por la razón y por aquello que decidiría el hombre prudente.

En medicina existen dos tipos de saberes: el *práctico o phrónesis* y el *productivo técnico o techne*. En su conjunto constituyen el saber aplicado necesario para las intervenciones humanas propias de la disciplina en cuestión. Entre ambos tipos de saberes, existe el saber ético, que tiene como fin poder discernir lo que resulta conveniente y por ende lo que es bueno para el hombre, no solo desde una mirada parcial sino integral, con el objeto de llevar una vida lograda y buena. De este modo, una acción técnicamente buena para la salud de sujeto-persona, puede ser desde el saber ético moralmente inadecuada o desproporcionada, tal como acontece en pacientes terminales sometidos a intervenciones tecnocráticas, desmesuradas o desproporcionadas, olvidando la dignidad y moralidad del ser sufriente. Por lo tanto, todo saber ético conlleva siempre implícito el conocimiento del bien (principio de beneficencia) a diferencia de la sabiduría técnica de la cual pueden esperarse efectos contrarios a los buscados o deseados (voluntario indirecto o principio tomista del doble efecto).

El fin (*telos*) de cada saber, debe mensurarse siempre por su éxito, entendido como el mejor logro o mejor opción. La finalidad de las producciones técnicas está en lo producido (*poíesis*) a través de lo que denominamos praxis o práctica. Cuando el resultado de una buena acción (*eupraxia*) da por finalidad un acto bueno (*eupoiesis*) los saberes en su conjunto han obrado de acuerdo a recta moral y sabiduría, en conjunción con acciones y producciones humanas virtuosas. Acciones y producciones son conceptos diferentes pero intrínsecamente relacionados ya que siempre la acción es inherente a la producción o resultado (1).

Toda la ética aristotélica se organiza en torno a los conceptos del bien y de la virtud. El bien, resulta allí definido como todo lo que tiene un fin bueno o noble y a su vez conlleva, una acción noble o virtuosa. Desde esta perspectiva el bien como fin mismo es aquello hacia lo que las cosas tienden. El bien que realiza o debe realizar todo hombre, según la concepción aristotélica es la resultante de la interrelación entre deseo (*órexis*) e inteligencia o razón práctica. De este concepto, surge el concepto de decisión o elección que es el principio insustituible de toda acción o praxis, sin descontextualizarlo del fin

último y bien supremo, necesario para el actuar decir y vincularse en el medio. El fin último no es el último resultado pretendido de una acción, sino que es el aspecto desiderativo de lo que pretendemos alcanzar antes y después de hacer o planificar algo, es el horizonte o la meta de nuestras acciones y pretensiones, es lo que da coherencia y lógica a nuestro modo de vida y accionar profesional.

Volviendo nuevamente a Aristóteles, las virtudes o acciones virtuosas, se subdividen en éticas_o asociadas al carácter y dianoéticas, cardinales o intelectuales. Las primeras, son la consecuencia de la capacidad natural que tenemos para desarrollar hábitos saludables y de cómo éstos pueden modificar nuestras acciones o conductas para así completarnos como sujetos morales a través de ellos. Concretamente estas virtudes pueden medirse y valorarse por los hábitos que emprende el individuo para consigo mismo y para con sus semejantes. Las virtudes éticas se sostienen en el término medio (*mesoles*) y en la justa razón (*orthoslogos*), siendo destruidas por el exceso, defecto o vicio. Así, como ejemplo diremos que quien huye de todo y tiene miedo se vuelve cobarde, el que se lanza contra todo potencial peligro, se transforma en temeroso, al igual que el que disfruta de todo poder, sin abstenerse de ninguno es licencioso, pudiendo ser insensible si evita sistemáticamente todos y a todo (2).

Las virtudes intelectuales son diversas y se ligan al conocimiento (*sophia*), a la inteligencia (*nous*), a la ciencia (*episteme*) a la tecnología (*teckne*) y a la prudencia (*phrónesis*). Otras subdivisiones de este tipo de virtudes, tratadas por otros autores las categorizan en templanza, prudencia, fortaleza y justicia.

La justicia (*jus*), es el principio regulador y rector por excelencia de todas las acciones humanas y por ende éticas. La prudencia, es definida como la sabiduría del intelecto, la fortaleza es el valor de la voluntad o actos volitivos y la templanza es el atributo personal necesario para medir y moderar los apetitos (*orexia*) y las tendencias de la conducta.

Al grupo de virtudes civiles o de orden público deben adicionarse otras vinculadas con las creencias (*teo*) denominadas teologales, como son la fe (dar testimonio o crédito por lo que no se puede ver o tocar), la esperanza (esperar con ansias) y la caridad (benevolencia).

Para la aplicación y ejecución de los actos virtuosos, Aristóteles propone el concepto de término medio o justo medio, definición que encuadra la acción entre los extremos de los opuestos. Este concepto tiene gran aplicabilidad a la hora de la toma de las decisiones éticas, resultando ser una posición relativista en vez de numérica absoluta. De

este modo, sobre la base de este concepto la virtud resulta por fin ser un medio vinculado a la relación que existe entre dos extremos de vicios; sustentado en una posición subjetiva que permite actuar de un “modo virtuoso”.

Sobre la base de todo lo expresado podemos simplificar y concretar diciendo que la virtud es un hábito de decidir por la razón (*logos*) tal como lo ejecutaría el hombre prudente (*hōphrónimos*), de este modo a través de la virtud ética se pueden tomar decisiones rectas, elegir acciones que se condicen con el fin último de la vida, y que se sustentan en factores desiderativos y cognitivos.

Así debe ser la forma de proceder en las acciones cotidianas personales y profesionales que lleva a adelante el agente de salud de salud para dar por bien cumplido los preceptos del juramento hipocrático que rige como credo la profesión del arte de curar.

Bioética: definiciones y alcances

La bioética resulta una ética aplicada; es por tanto una reflexión interdisciplinar tendiente a la resolución de conflictos que emergen tras el uso de la manipulación técnica de la vida (ética del inicio y final de la vida de las personas) y del medio, sobre la base de condicionantes que los amenazan de forma individual o colectiva.

La disciplina tiene características que le son propias o distintivas:

Laica: No ligada a una moral concreta pero respetuosa de todas

Racional: Basada en una deliberación y argumentación lo más razonable posible dentro de una comunidad científica determinada.

Dialógica: que reconozca cualquier interlocutor válido a cualquier persona capaz de comunicarse.

Plural: Capaz de mantener un diálogo con las distintas culturas y moralidades reconociendo la diversidad de planteamientos y valores como elementos válidos.

Critica: Capaz de plantear una deliberación abierta y contextualizada de los problemas, sin prejuicios.

Principalista: orientada por grandes principios y no por normas, deberes o reglas concretas de acción (3).

El marco regulador de esta nueva disciplina está basado en el respeto humano desde la concepción hasta su muerte, reconociendo todos los derechos humanos legítimos e impostergables que lo asisten, sobre la base del concepto de dignidad humana.

El origen del término se remonta a los años 1927, en Alemania cuando un pastor protestante llamado Fritz Jahr, utilizó los términos de BIO ETIK para empezar a analizar la

problemática de los hombres desde una mirada múltiple teológica y filosófica. En 1970 van Rensselaer Potter (famoso oncólogo estadounidense, creador de la ética en medicina), habló de BIOETHIC, como ciencia de la supervivencia y el 1971 el mismo autor de biooncología edita el libro “Puente hacia el futuro” en donde deja planteado los cimientos e interrogantes de la disciplina. Experiencias en humanos durante la segunda guerra mundial, con leucémicos en EEUU, la necesidad de establecer fistulas arteriovenosas para pacientes renales crónicos que serían sometidos a procedimientos dialíticos en adición con el advenimiento de enfermos con estados vegetativos persistentes, abrieron los debates públicos y científicos dando origen a esta subespecialidad disciplinar (4).

Actualmente la bioética se rige por **principios reguladores** para el análisis y enfoque de los diversos problemas que le atañen, tanto en lo clínico como en los procesos de investigación científica. Tales principios, son **la autonomía, la beneficencia, la no maleficencia y la justicia.**

El respeto por el principio de **AUTONOMIA** (conocimiento de lo propio) implica reconocer los puntos de vista y decisiones libres del paciente o de sus representantes naturales o legales, ante las diversas situaciones que puedan acontecer durante el proceso de atención médica. Se sustenta en el **CONSENTIMIENTO INFORMADO** (CI), por el cual se recibe la información veraz y completa a cerca del proceso mórbido que lo aqueja, otorgando a través del asentimiento el permiso y la autorización para todas las prácticas que sean necesarias tendientes a curar o paliar dicho estado.

La **BENEFICENCIA** (del latín, *bene*: bien, *facere*: hacer) es tributo del médico y demás integrantes del equipo de salud y tiene como sustento el obrar acorde a lo establecido por el Juramento Hipocrático en consonancia con los valores éticos naturales y religiosos. Implica además ser competente e idóneo en la materia o especialidad, tener empatía y sólidos conocimientos vinculados al área en la que se brinda el servicio. Se liga al **paternalismo médico** ya que el profesional actuante sobre la base de sus conocimientos, praxis y moral debe seleccionar la mejor opción de varias, sin provocar daño alguno al enfermo.

El principio de **NO MALEFICENCIA**, se apoya en la beneficencia y en la vieja expresión hipocrática, traducida al latín como “*primum non nocere*” (primero, no hacer daño). La falta de observación de este principio hace caer al profesional en daños punibles deontológica, civil y penalmente (imprudencia, impericia, negligencia) o las obstinaciones terapéuticas contrarias al respecto de la dignidad de la persona.

El principio de **JUSTICIA** es tributario de la sociedad en su conjunto, con base en los pensamientos e ideología de John Locke (siglo XVII), siendo universal y por ende extensivo a toda la población. Contribuye a regular las acciones médicas aplicables a pacientes sobre la base de los conflictos de intereses o dilemas generados por la confluencia de los principios precedentes, equilibrando con sentido utilitarista las prestaciones asistenciales (5).

Toda vez que existan o coexistan situaciones definidas como dilemas (dos caminos o salidas) o conflicto de intereses resulta imperioso abordar la problemática con consultorías en los Honorables comités de Bioética Clínica de cada centro asistencial (HCBC) , para que dentro de un ambiente de debate pluralista y sobre bases de la biografía del sujeto-persona sobre el cual se esté considerando, en adición con los datos obtenidos de la Historia Clínica como de las valoraciones que emergen de los indicadores emocionales y sociales, se pueda elaborar la **recomendación de carácter no vinculante** que será aplicada por el equipo de profesionales de cabecera, sobre la base de los principios previamente analizados. Los mismos conceptos y principios pueden y deben aplicarse a las investigaciones en seres humanos pero para ello las valoraciones se centralizan en los Comités de Ética de la Investigación, los cuales para su funcionamiento se rigen por estatutos universalmente reconocidos (códigos de Núremberg y Helsinki) (6).

La ética es conducta, conducta de un hombre para con los demás, respetándose entre sí, ya que son todos iguales en dignidad y derechos.

Eso se logra considerando la persona enferma en su cabal integridad e individualidad, atendiendo en la persona del enfermo: la enfermedad (lo biológico, el diagnóstico, es decir ¿qué es lo que el paciente tiene?), los padecimientos (lo subjetivo, es decir, ¿qué le pasa y siente?), y los predicamentos o sufrimiento (lo social).

Con respecto a la atención integral de los pacientes enfermos, considerando los padecimientos y predicamentos que la vivencia de enfermar conlleva, se debe tener en cuenta que toda persona se siente íntimamente afectada ante una enfermedad, ya sea frente a una amenaza potencial, como a una realidad vivida por uno mismo o como sufrimiento de un ser querido.

La enfermedad toma necesariamente sentido y significado en la historia de un individuo. Sentido que se desprende de los trastornos y de los efectos de ruptura y cambio

en la continuidad de la vida y realización de los proyectos personales, todos estos introducidos a partir de la irrupción de la enfermedad.

Bibliografía:

1. Escribábar A. W; Perez M. Bioética, fundamentos y dimensión práctica. Ed. Mediterráneo,2004.
2. Aristóteles. Ética a Nicómaco. Libro Segundo, pag45-62
3. Martinez Gonzales C; Sanchez Jacob M. Bioética, pediatría y medicina basada en valores: An Pediatr.Contin.2011,397-402.
4. MacIntyre A. Historia de la ética: :Paidós 1998.
5. Rawls J. Teoría de la Justicia. México: Fondo de cultura económica, 1979.
6. Singer P. Ética Práctica 2ºed.Cambridge.New York, 1995.

Dolor y sufrimiento humano

Desde el punto de vista fenomenológico entendemos por **sentido**, la “capacidad o facultad que tiene un ser vivo (hombre o animal) de percibir a través de órganos corporales la impresión exterior de los objetos externos”.

Desde el punto de vista evolutivo el **Homo sapiens faber patiens** posee capacidad de entendimiento, fabrica su conocimiento y la última adjetivación le confiere la capacidad de transformación de las cosas, por lo que **sentido** adquiere connotación de significado y obliga a la acción. También admite el término acepciones como dirección, orientación de interrogantes de finalidad como el por qué, el para qué, el hacia o a donde va dirigido o hacia quien va el fin a aplicar.

El **sufrimiento o padecimiento** es una palabra originaria del idioma alemán y significa: tristeza, **infelicidad, desagrado, pasividad**. Racionalmente hablando, se trata de un sentimiento complejo, en el que se combinan factores naturales, personales, sociales, culturales, creencias y convicciones. Se lo liga a menudo en forma indiferenciada al **dolor**, constituyendo un padecimiento intransferible y profundo, vivenciado e interpretado de forma variable por quien lo soporta quien solicita a menudo la presencia o compañía del otro para hacer más aceptable o tolerable el proceso. Para autores como Robert Spaeman, basado en el principio del *lex artis*, el sufrimiento, constituye el límite de la praxis, dicho de otra manera el sufrimiento acontece cuando a través de los medios ordinarios o

extraordinarios no se consigue alivio de una situación definida como dolorosa. El padecimiento por ese dolor, desde lo corporal, emocional y espiritual constituye el sufrimiento verdadero. Esa vivencia, con todo su entorno define un estado de displacer con cambios físicos, autonómicos, de la *timia* y de la vida social, que resultan más limitantes y notorios cuanto más severa es la determinante o causal (1).

Toda vez que emprendemos acciones tendientes a disminuirlo o atenuarlo y las mismas alcanzan el límite de resultar ineficaces, debe plantearse al igual que el precedente autor, cual es el verdadero sentido que justifica tal accionar. El dolor es una sensación subjetiva, particular o propia que da aviso al organismo de que una situación desagradable acontece o va a acontecer. Son necesarios para que exista manifestación de dolor, un estímulo álgido, un receptor estimulado por la noxa, una vía aferente que conduzca el impulso, un centro integrador de la señal, una vía eferente que conducirá la respuesta, un efector que se encargará de expresar las manifestaciones del dolor y moduladores de la señal dolorosa que elaborarán las manifestaciones objetivas y subjetivas del proceso.

Ahora bien, si el sufrimiento en determinadas ocasiones no puede ser suprimido ni abolido y la persona sufriente padece de forma extrema, atravesando toda su hominidad y no encuentra significación alguna con el dolor que lo traspassa, puede plantearse desde un sentido filosófico cual sería el sentido de ese sufrimiento si no se consigue alivio alguno, ni tiene un fin benefactor. En sentido estricto, el sufrimiento en estas ocasiones sería un verdadero contrasentido para el proceso vital, reservándose para cada intérprete la diversidad de considerandos que hubiere lugar desde lo teológico o religioso (1,2).

Desde el punto de vista fisiopatogénico, el sufrimiento se relaciona con toda situación inesperada que genera **temor o miedo a la adversidad o impredecible**. El miedo al sufrimiento, constituye en sí mismo el sufrimiento propiamente dicho. Por lo que podríamos relacionarlo entonces con el **Miedo al Miedo** por redundantes que resulten los términos. Un dolor físico puntual, una molestia inesperada o vaga, puede **no constituirse** en sufrimiento en la medida que ambos sean atendidos, valorados, calmados o consolados a través de acciones farmacológicas o no farmacológicas. Contradictoriamente, cuando una sensación como la de hambre, no se logra saciar material y humanamente, la misma se transforma en sufrimiento o padecimiento, con repercusiones físicas, mentales y emocionales diversas.

El sufrimiento **estructuralmente posee dos componentes** bien definidos, uno provisto por la **naturaleza** y el segundo de origen **social o cultural**. Son determinantes naturales del sufrimiento: tipo, intensidad, lugar de origen, irradiación, cronología, situaciones de acalmia o exacerbaciones; en definitiva todas propiedades de índole semiográficas o semiotécnicas que permiten caracterizarlo, rotularlo o definirlo. Tales caracteres, permiten cuantificar y calificar de modo objetivo lo que el sujeto sufriente vive desde lo personal y subjetivo, de la situación definida como dolorosa. Las creencias religiosas, los principios filosóficos, las experiencias similares previas y su significado, la interpretación libre de las vivencias, los intentos de vencer o superar escollos, el aporte de la sociedad junto a las herramientas que ésta provee; constituyen los componentes culturales del sentido del sufrimiento. La evolución histórica del hombre y de las comunidades han sido las responsables de las modificaciones e interpretaciones sobre sentido y sufrimiento, actuando como responsables del mismo o aportando conocimientos o estrategias para poder vencerlo, sublimarlo, controlarlo o modificarlo (2,4).

En la antigüedad y con un modelo biologista como base, se lo consideraba como “el perro guardián que defendía la salud”, daba aviso de que existía una lesión potencialmente riesgosa para el organismo o para una parte de él. El pensamiento cristiano más tarde, lo asociaba a la pérdida del paraíso terrenal y en la TEODICEA Leibniz, define tres variedades de MAL como expresión del sufrimiento:

El MAL METAFISICO: representado por la **cesación de las funciones vitales**, muerte biológica, finitud del hombre, ligada a la imperfección en contraposición con la eternidad divina. Este mal representa el producto de la disolución entre Dios y hombre.

El MAL MORAL: constituido por el **pecado y la maldad**, está condicionado por el libre ejercicio de la libertad. Cuando, con mis acciones daño la integridad de terceros, o si tras la evocación o repaso de acciones sin la verdadera constricción no logro repararlo o enmendarlo aparece entonces la mencionada tipología del mal.

El MAL FISICO es la **repercusión orgánica** de las formas anteriores aisladas o combinadas y tiene en esencia un sentido pedagógico y superador, ya que promueve la perfección de las acciones humanas. Este dolor obliga a la búsqueda incesante de ayuda mutua, permite la interrelación e hipervínculo e incorpora incesantemente el concepto de alteridad (el otro).

Séneca, en el mismo período plantea el concepto de BREVEDAD DEL DOLOR, a fin de que sea soportable y su duración en la línea del tiempo, lo relaciona al concepto de TRISTEZA. Aristóteles iguala dolor y pasión, planteando una ausencia de significado para ambas, dejando librado a cada intérprete la vivencia e interpretación de cada una de ellas. La fuerte impronta teológica de la edad media, relacionan al sufrimiento con la pérdida del estado de gracia y constituyen móviles para la solicitud de misericordia.

Las representaciones en dibujos de la época relacionan actividades de la medicina con intervenciones sin anestesia pueden demostrar que el dolor y padecimiento era una preocupación que trascendía y preocupaba a la humanidad, que trataba de buscar una salida para el control del síntoma o de los síntomas molestos. Con la llegada de la edad moderna, aparecen gases inhalatorios para las primeras intervenciones regladas. Sertume en 1804 descubre la morfina y aparecen progresivamente en las sociedades modernas asociaciones para categorización y manejo del dolor general y específico (sociedad americana para el control del dolor y para el estudio de las cefaleas, asociaciones de cuidados paliativos con el objetivo final de aliviar dolores en pacientes terminales o moribundos).

Los pacientes sufrientes, agónicos o terminales se asisten en los hospicios u hospicios (Cicely Saunders), tratando de dar control a los síntomas molestos y calidad de vida en la etapa final de las personas. Para algunos mortales, el sufrimiento sigue representando la idea de abandono de Dios, para otros en cambio es una forma de redención o expiación de los pecados terrenales. A través del padecimiento terrenal y del sufrimiento se consigue recorrer el camino de la cruz y siendo un paso al cielo, dando significación a la pasión de Jesús (5).

Sea como sean las consideraciones diversas basadas en las percepciones personales, la muerte pone fin o libera el dolor o sufrimiento y permite acceder a la eterna compañía del creador. Desde lo material, la ausencia de estímulos dolorosos a partir de la materia muerta pone también final al sufrimiento.

Una división más definida entre cuerpo y alma, permite diferenciar **males físicos de morales** y elaborar estrategias de tratamiento específicas. El compartir las experiencias traumáticas y dolorosas con mis semejantes, enseña que en los otros puedo encontrar el entendimiento de mis males, aceptar colaboración y ayuda (etapa socializadora del sufrimiento relacionada con corrientes educativas pedagógicas).

Lévinas, **señala que el acompañar a otro en su dolor permite que este encuentre sentido al dolor o padecimiento** (2).

Si se incorporan además conceptos de **transcendencia y significación del dolor** como camino o nacimiento hacia un mundo nuevo, se puede encontrar el sentido de ese sufrimiento, tal cual lo expresa el poeta Bernárdez: “**Al fin y al cabo he comprendido que lo que el árbol tiene de florido vive de lo que tiene sepultado**”. La trascendencia que propone el sufrimiento, tiene su origen en la génesis del dolor y en los esfuerzos sistemáticos por domesticarlo y transformarlo. Tras lograrlo se nace a otra vida, se es otro y es allí donde radica la verdadera esencia del sufrimiento. Si bien el sufrimiento determina perfeccionamiento espiritual, en su pico más alto genera **impotencia o fracaso**.

En la contemporaneidad, existe un desafío constante para buscar factores sociales, sexuales, de riesgo, relacionados con el sufrimiento; como así también estrategias de investigaciones que pretenden a diario, anular, enmascarar o transfigurar el sufrimiento. Se promueve así un **infantilismo** ante el dolor y sufrimiento a través de una **desesperada e infructuosa batalla tecnocrática**.

El sufrimiento tiene por fin un sentido pedagógico, permitiendo aceptar al mismo, constituyéndose con el paso del tiempo y en adición a las experiencias vividas en una **alquimia** a través de la cual **el barro se transforma en oro** (2,4).

La acción que se desprende de la categorización del hombre en sapiens faber patiens, implica **saber aceptarlo con actitud positiva y distendida**.

Se deberá plantear, junto al psiquiatra **V. Frankl**, más bien un **COMO enfrentarlo** en contraposición con lo expuesto por **Mark y Kant**, quienes plantearon la dirección o el sentido a través de los interrogantes: **POR QUE Y PARA QUE**. Revelarse frente al padecimiento no se saca provecho residual, por el contrario se produce una peligrosa obsesión que lo agudiza y lo profundiza.

Por último siempre hay que considerar que **ni el sufrimiento, ni la culpa, ni la muerte (tríada trágica) pueden privar a la vida de su auténtico sentido**.

Bibliografía:

1. Frankl V. El hombre doliente. Fundamentos Antropológicos de la psicoterapia, Barcelona, Editorial Herder 1987.
2. Frankl V. El hombre en busca de sentido, Barcelona Editorial Herder 2004.
3. Casell, E. The Nature of Suffering and Goals of Medicine, second edition, Oxford University, 2004.

4. De Barbieri Sabatino, A. Sufrimiento y sentido de vida, Publicación autónoma, 2005.
5. Pifarré, L. El sentido del sufrimiento en Victor Frankl, mercaba.org-2008

El Temor a la Muerte

El episodio de la enfermedad es vivido por el paciente como un acercamiento al final de su existencia. Pero ¿qué es la muerte? Una primera definición indica que es la cesación de la vida, la suspensión permanente de todas las funciones corporales vitales, de forma irreversible.

Aunque se sepa con certeza que se van a morir, sin embargo todas las personas quedan perplejas ante el fenómeno de la muerte. La muerte es considerada un tema tabú en la sociedad actual. En este tiempo, en que se exaltan los cuerpos sanos y jóvenes, el momento de la enfermedad sufrido por los pacientes, es vivido como un anticipo de la muerte, un signo que implica que el cuerpo comienza a deteriorarse y, por lo tanto, contrario a los ideales sociales antes mencionados.

La muerte es un tema del que se piensa pero que ninguno discute abiertamente. El temor a la muerte es una fuente potencial de tensión, sobre todo para aquellos pacientes que se encuentran alguna vez al borde de la misma.

La enfermedad incapacita al sujeto -al menos temporalmente- y sus actividades ya nunca pueden ser las mismas. El enfermo debe elaborar un proceso de duelo por el cuerpo sano y por las actividades que se dejan de practicar. Esto supone un ataque a la autoestima del paciente, que se ve disminuida por el cambio laboral que, seguramente, los sujetos deberán implementar.

La medicina debe mucho a la psiquiatra suizo alemana Elizabeth Kübler-Ross por sus investigaciones realizadas en Estados Unidos (donde se radicó), sobre la importancia de morir con dignidad. Su libro, “La muerte: etapa final del crecimiento” debería ser de lectura obligatoria.

Cuidados Paliativos

Los cuidados paliativos (CP) comprenden una serie de prestaciones asistenciales basadas en la atención integral de enfermos con enfermedades terminales (pacientes con

sobrevidas menores a noventa días) sobre la base principal **centrada en el acompañamiento**. El origen de la palabra deriva de *pallium* que en latín significa **capa o manto**, como la que en la antigua Roma servía para abrigar o cubrir a los enfermos.

La propuesta de los CP van más allá del arte de curar, se centran en el cuidar observando los detalles del **confort y bienestar integral** de los sujetos sufrientes en trance hacia la muerte. La OMS define a los CP como el **cuidado total y activo de aquellos pacientes no susceptibles de tratamiento curativo, obteniendo la mejor calidad de vida para el paciente y su familia** (1).

Gómez- Sancho sostiene que en la medida que las ciencias médicas comenzaron a tener éxito se olvidó de aliviar, siendo el **control y alivio de síntomas molestos un mandato de la medicina moderna** (2).

Los objetivos de los CP son **reafirmar la importancia de la vida como bien personalísimo e impostergable**, considerando a la vez que **la muerte es un proceso, que acontece en el devenir de la vida** que transcurre o como parte de una enfermedad sin alternativas terapéuticas posibles. Los CP por otro lado, desarrollan estrategias de asistencia médica y humana integral para los estados de terminalidad de las personas, sin acelerar la llegada de la muerte, pero a la vez permitiendo que esta llegue de la forma que corresponda, haciendo **sostenible y manejable el control de todos los síntomas que resulten molestos o desagradables** para el paciente que agoniza. El **control del dolor y del sufrimiento** integrando todos los aspectos que hacen a la persona es la columna vertebral de los cuidados paliativos. Si bien el manejo se centra en el sujeto sufriente o muriente **no se lo descontextualiza del componente familiar**, y todos los miembros que lo rodean reciben además apoyo técnico, emocional y espiritual para que puedan tolerar tan cruel pesar.

Su creadora Cicely Saunders (1967) definió a los CP como **cuidados compasivos eficientes**. Se entiende desde esta perspectiva como cuidados a las acciones que en su conjunto complementan las acciones del curar. Por compasivos se hace referencia a la capacidad de empatía que se establece entre el cuidador y el cuidado, sostenida por virtudes como la caridad, solidaridad y benevolencia hacia el prójimo. Son además eficientes porque están centrados en las mejores prácticas profesionales y con sólidas bases en fundamentos sostenidos por las evidencias clínicas (3).

La aplicabilidad de este tipo de CP no solo se aplica a las personas o sujetos con cáncer incurable o intratable, se extiende además a todo proceso mórbido que resulte

incurable o progresivo y que no tenga una salida terapéutica apropiada, tales como enfermedades respiratorias crónicas, SIDA, renales crónicas o neurodegenerativas.

Los cuidados paliativos, tienen características propias que lo diferencian de otras especialidades médicas y es que el **trabajo en equipo** es la piedra angular del cuidado de los pacientes. Además de un profesional médico y de enfermería, debe haber un psicólogo, un trabajador social, kinesiólogo, farmacéutico, terapeutas ocupacionales, voluntarios como acompañantes terapéuticos y hasta un ministro de la fe, de acuerdo con la religión que profese el padeciente.

Centrarse en el paciente más que en la enfermedad es otra diferencia que los separa de la medicina tradicional, exitista y triunfalista. **Aceptar la muerte como hecho natural y fisiológico, mejorando la calidad de vida por corta que pueda ser** es otro de los postulados de los CP. Paciente, familia e integrantes del equipo de CP constituyen el **trípode vital** de la relación y la **sanación es el objetivo central más que la curación.**

Desde el año 2001 en la República Argentina las políticas gubernamentales de salud y el programa médico obligatorio (PMO) han incluido estas prácticas, siendo obligatorias y reconocidas por las obras sociales con un 100% de cobertura. En un anexo del año 2002 el Ministerio de Salud Nacional, hace extensiva estas prácticas a espacios domiciliarios con el objetivo de desinstitucionalizar a los enfermos cuando médica y éticamente resulte posible (4).

Bibliografía:

1. Tripodoro, V. *Te Voy a Acompañar Hasta el Final: vivir con cuidados paliativos*, Capital Intelectual, 2011.
2. Gomez Sancho, M, De Simone G. et al. *Avances en Cuidados paliativos*, Ediciones GAFOS, España, 2003.
3. Saunders, C. *Cuidados de la enfermedad maligna terminal*, Editorial Salvat, 1984.
4. Gherardi, C. *La muerte intervenida*. Medicina (Buenos Aires) 2002.

Alfabetización Médica

La alfabetización informacional (AI) proviene del inglés *Information Literacy*, expresión adoptada por las universidades anglosajonas para agrupar el conjunto de procedimientos, conceptos y valores necesarios para la búsqueda, selección, organización,

análisis, comunicación y difusión de la información. La AI es un marco intelectual para que las personas comprendan, encuentren, evalúen y utilicen adecuadamente la información; que inicia, sostiene y extiende el aprendizaje a lo largo de toda la vida, a partir de la adquisición de una serie de habilidades que se potencian actualmente con el uso de las TIC (TECNOLOGIA -INVESTIGACION -COMUNICACIONES). Aunque muestre una estrecha relación con las habilidades en el manejo de las tecnologías, la alfabetización informacional es un área distinta y más amplia de competencia, que enfatiza el contenido, la comunicación, el análisis, la búsqueda, evaluación y uso de la información, sin que esta herramienta desplaze o reemplace la buena dicción y el buen hablar dentro de la jerga médica tradicional (1).

La Asociación de Bibliotecas Americanas define la alfabetización informacional, como un conjunto de habilidades que requieren las personas para reconocer cuando necesitan información, cómo localizarla, evaluarla y utilizarla eficazmente. La mayoría de los estudios realizados sobre el tema, apuntan que una persona alfabetizada en información debe ser capaz de:

1. *Determinar la magnitud de la información que necesita.*
2. *Acceder a la información que requiere efectiva y eficientemente.*
3. *Evaluar la información y sus recursos críticamente.*
4. *Incorporar la información seleccionada dentro de su base de conocimientos.*
5. *Utilizar la información con efectividad para lograr un propósito específico.*
6. *Comprender los aspectos económicos, legales éticos y sociales relacionados con el uso y el acceso a la información.*

Hoy no es suficiente que las personas, y especialmente los profesionales y técnicos, sepan leer y escribir, usar una computadora, el teléfono o cualquiera de las tecnologías emergentes de la sociedad post-industrial. Es necesario estar alfabetizado informacionalmente, y ello implica, no sólo saber que la información existe, sino también conocer cómo encontrarla, utilizarla, manipularla para que se convierta en conocimiento, individual y social. Las habilidades en el uso de la información deben desarrollarse fundamentalmente en las universidades, y ello redundará inexorablemente en que los futuros profesionales adquieran capacidades para encontrar y utilizar información, así como revertir esa información en conocimiento socialmente útil. De esta manera, los centros de

enseñanza superior están llamados a desarrollar cursos sobre alfabetización informacional, que deben incluirse en el currículum, para que los estudiantes, desde su formación en pregrado, obtengan las habilidades y competencias necesarias (2). En este empeño, deben aunar esfuerzos los profesionales y técnicos de la información, junto a profesores y educadores.

Estar actualizados y en vanguardia con la tecnología es esencialmente superador, pero se deben modular las acciones y los accesos a la información buscando el término medio que no transforme la herramienta en un material peligroso, desmesurado y contraproducente. Por otro lado la cultura actual generadora de modismos técnicos desvirtúa y transforma las comunicaciones propias y naturales de la comunidad a la que se pertenece, siendo prioritario establecer un equilibrio entre las pasadas y nuevas tecnologías (3).

Bibliografía:

1. Bawden D. Revisión de los conceptos de alfabetización informacional y alfabetización digital . An Doc 2002.
2. Morales FB. Nuevas necesidades, nuevas habilidades. Fundamentos de la alfabetización en información. En: Gómez Hernández JA (coord.). Estrategias y modelos para enseñar a usar la información; guía para docentes, bibliotecarios y archiveros. Murcia: KR, 2000.
3. Ponjúan G. De la alfabetización a la cultura informacional: rol del profesional de la información. En: Congreso Internacional de Información INFO'2002; octubre 4-8; La Habana; Cuba.

Actividades Prácticas

UNIDAD 7

Filosofía y Medicina

- 1- ¿Cuál es el objetivo al incorporar conocimientos de Antropología Filosófica en la formación del médico?
- 2- ¿Qué es la Filosofía y cuáles son sus ramas?
- 3- ¿Cuáles son las líneas o corrientes de pensamiento más representativas dentro de la Filosofía? Mencione la concepción de hombre y la fuente de conocimiento que destaca cada una de ellas para llegar al conocimiento.
- 4- En el renacimiento, ¿qué descubrimientos se producen e instalan una situación crítica en el campo del pensamiento filosófico? ¿Por qué?
- 5- ¿En qué consiste el método experimental? ¿Cuál es su limitación para el estudio del hombre?
- 6- ¿Qué significa la expresión: “Reconciliar el Método Científico con el Humanismo”?

Trabajo Práctico para Ética

Lea el artículo del Dr. Francisco Maglio. **El “escuchatorio” en la relación médico-paciente.** La necesidad ética del “otro”. El valor de la narrativa.

<http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=74516>

Luego conteste el siguiente cuestionario.

- 1) ¿Cuál sería la actitud que asumirían en cada caso en particular como futuros profesionales?

- 2) ¿Cree que el enfoque de la medicina antropológica puede contribuir a dar un enfoque más humano a casos similares?

- 3) ¿Cómo le gustaría que lo trataran si estuvieran en lugar de esos pacientes?

Caso práctico para trabajar la temática Cuidados Paliativos

Lea el siguiente caso:

Valentina es una niña de 08 años de edad que se encuentra internada en sala de oncología del hospital de niños desde hace 126 días, con diagnóstico de leucemia linfática aguda (L.L.A.). Desde el ingreso se han intentado diversos tratamientos pero no han dados resultados los tratamientos de inducción y de rescate. Ha tenido dos interurrencias infecciosas, una durante la fase de inducción y otra en la fase de mantenimiento ambas por bacilos Gram negativos, necesitando esta última internación en UTIP por shock séptico descompensado.

Ha recibido múltiples transfusiones de hemocomponentes y tratamientos antibióticos diversos. Actualmente tiene progresión de su enfermedad, con infiltración pulmonar y pleural bilateral, gran visceromegalia, poli adenopatías, presentando sangrado por encías, epistaxis anterior, hematuria y enterorragia. Su peso ha descendido desde el ingreso 3,4Kgrs, está exhausta, con gran astenia y presenta dolor intenso en todas las extremidades posiblemente por infiltración ósea de su enfermedad de base. La disnea es intensa, adoptando posición semisentada constante. Su boca sangrante, está además con una mucositis severa. Solo quiere estar con su madre, ahora su abuela, toma de a sorbos agua que le da su madre con una cuchara y solicita que le froten los brazos y piernas para atenuar el dolor. La analítica sanguínea última que le realizaron muestra una leucocitosis severa con predominancia absoluta de blastos, plaquetopenia severa y anemia severa. Existe además hiperpotasemia, hiperfosforemia, hipocalcemia, uremia e hiperuricemia. La radiografía de tórax muestra derrame pleural bilateral moderado e infiltrado intersticio alveolares bilaterales. Se observa en toda la superficie de la piel de colorido pálido amarillento hematomas extensos especialmente ostensibles en sitios de ven punción. Hay edemas en ambos miembros inferiores y en párpados. Las extremidades óseas se marcan exageradamente y hay una evidente hipotrofia muscular.

Ella es del interior de la provincia de Córdoba y vive con su madre y su abuela materna. cursaba el 6° grado de la primaria y era, antes del inicio de la enfermedad, la mejor de las alumnas del grado. Su padre abandonó el hogar donde vivían cuando apenas tenía dos años. Su madre es comerciante en su lugar de origen (mercería) y su abuela, ahora atiende el negocio mientras ella permanece en el hospital junto a su madre. Con los medios actuales de telefonía mantiene comunicaciones frecuentes y la abuela le manda fotos de su perra Camila. Los amigos del colegio les envían cartas, carteles y presentes elaborados de forma conjunta con las docentes los que están alrededor de Valentina en la sala de aislamiento del hospital.

Ante la falta de respuesta terapéutica los profesionales de cabecera han hablado detalladamente con la madre proponiéndole cuidados paliativos (CP), de manera que se han implementado de forma progresiva oxigenoterapia de apoyo con cánula nasal, hidratación oral a libre demanda, e infusión de morfina continua para sedación paliativa. Se limitan las extracciones de sangre y otros métodos diagnósticos favoreciendo las medidas de confort y acompañamiento, notificando las decisiones a la madre que parece no comprender demasiado las decisiones por lo que ella ante la inminencia de la muerte y etapa agónica de Valentina, decide llamar a su padre para que la vea y se notifique de su estado.

Tras la llegada del papá, él solicita al equipo médico que la pasen a una unidad de cuidados intensivos para que le realicen el tratamiento que corresponda para el estado actual.

Los profesionales de cabecera, ante la petición del padre y de la madre, que se suma al pedido de aquel, deciden enviar una solicitud de interconsulta al Comité de Bioética clínica del hospital para que elabore una recomendación aplicable al caso presentado.

Sobre la base de los datos biográficos y clínicos presentados, imagínese que Usted es uno de los integrantes del Comité consultado, elabore en consecuencia y sobre la base de los principios bioéticos reguladores, una recomendación para el equipo de cabecera discutiendo:

- 1) ¿Resulta correcto definir cuidados paliativos sobre el estado clínico actual determinado por la enfermedad?
- 2) ¿Son correctas las medidas terapéuticas definidas y aplicadas por los profesionales de cabecera de Valentina, respetando el concepto de calidad de vida y dignidad de la persona?
- 3) ¿Cree usted que se jerarquizan con estas medidas el bien supremo de la vida?
- 4) Aun cuando la sedación paliativa, pudiera deprimir los centros respiratorios y ocasionar una parada cardíaca, ¿sería lícita su aplicación?
- 5) ¿Considera que la intervención del padre es oportuna y que deben atenderse los reclamos de ambos progenitores de darle pase a una UTIP?
- 6) Sobre la base de los principios de AUTONOMIA, BENEFICENCIA, NO MALEFICENCIA Y JUSTICIA DISTRIBUTIVA ¿qué recomendación final propondría?

UNIDAD 8

MEDICINA. MUSICOTERAPIA. ARTES Y HUMANIDADES

Eduardo Halac, Héctor Pedicino,

ARTES Y HUMANIDADES “*La vida imita al arte*” (Oscar Wilde)

Si partimos de la base que la medicina es **ciencia y arte** (como ya se ha dicho en otras unidades) parece innecesario explicitar el estrecho vínculo que une a ambas. Como se ha estudiado en Historia (Unidad 2), desde los orígenes existe una variopinta iconografía que describe prácticas médicas como sustento del arte, y viceversa.

La estatua en mármol de la llamada “*Venus de Milo*” (realizada en el siglo II AC) por el escultor griego Alejandro de Antioquía, y expuesta hoy en el Museo del Louvre, presenta una inusual belleza, pero también un tórax tan perfecto, que, como verán más adelante, en Semiología y en Medicina Interna, se considera que la misma es la representación del tórax femenino ideal.

Idéntica situación se da con el tórax masculino, representado idealmente por el “*Apolo*” de Belvedere (de autor y fecha desconocidos), que se exhibe en los museos Vaticanos.

En la actualidad, numerosas universidades europeas como Oxford, Leeds, Sorbona, Padua y estadounidenses como las de Johns Hopkins, Shands, Harvard, Yale, New York University, ofrecen y exigen en su currícula de medicina de grado, una exposición de los alumnos a las actividades de bellas artes, humanidades y medicina. Existen, además, numerosas revistas periódicas dedicadas a esta materia.

LITERATURA Y MEDICINA

Es en el campo de la literatura donde la conjunción entre arte y medicina se nota con más solidez.

Escritores que escriben sobre medicina: numerosos escritores han ahondado sobre sus percepciones acerca de temas médicos. León Tolstoi, claro ejemplo de la fatalidad rusa,

describe en “La muerte de Iván Illich” un caso de muerte que ilustra como las percepciones internas y externas de la muerte inminente afectan al protagonista y su entorno. En su trascendental “Anna Karenina” describe los cambios psicológicos de los protagonistas de un triángulo amoroso consentido. Mary Shelley, en 1818, concibió su obra cumbre “Frankenstein” para describir los límites que un médico de la época no debía sobrepasar. Con los avances contemporáneos, esa novela ha recuperado vigencia plena.

El checo Franz Kafka describe las peripecias de la medicina en aéreas inhóspitas en “El médico rural”. Y también la transformación psicobiológica de un hombre transformado en cucaracha en su cuento fascinante “La metamorfosis”.

El alemán y premio Nobel de Literatura, Thomas Mann en su novela “La montaña mágica” describe la peripecias de Hans Castorp, el protagonista, en su lucha contra la tuberculosis en un sanatorio de montaña (similar a lo que fuera el Hospital de Santa María de Punilla, en las sierras de Córdoba). Y en su famosa novela, varias veces llevada al cine, “Muerte en Venecia” describe la afluencia de sentimientos reprimidos por años de un distinguido profesor alemán, quien de vacaciones en Venecia se enamora perdidamente, pero en forma platónica, de un adolescente polaco. El también alemán Herman Hesse y premio Nobel, sugiere, en su clásica “El lobo estepario” una aproximación a la psicopatología de la soledad.

El gran escritor franco-argelino Albert Camus plasmó como nadie, las respuestas psicopatológicas de un grupo de pobladores cercados por una epidemia, en su cuento “La peste”. Por este análisis Camus recibió el premio Nobel. “El pájaro canta hasta morir” y “Tim” ilustran relaciones de poder y de medicina, relatadas con maestría por la australiana Colleen Mc Cullough. Más recientemente, la neoyorquina Susan Sontag escribió su propia experiencia con el cáncer que le quitaría su vida en un texto clásico: “La enfermedad y sus metáforas” y “El sida y sus metáforas”. Ambos escritos deberían ser de lectura obligatoria para estudiantes de medicina. El portugués José Saramago en “Intermitencias de la muerte” imagina un escenario donde los médicos deben debatirse entre la muerte que dura unos días y luego reaparece.

En el continente americano se destacan entre los escritores estadounidenses, Sinclair Lewis con su “Doctor Arrowsmith” y el premio Nobel William Faulkner con “El sonido y la furia”, sobre las desdichas de un discapacitado mental. El mexicano Juan Rulfo escribió una sola novela “Pedro Páramo” donde relata la llegada de un forastero a un pueblo de muertos. El colombiano Gabriel García Márquez describe como nadie la consecuencia de la endogamia en “Cien años de soledad” y ha creado una antológica

narración de una crisis de prostatismo en las páginas iniciales de “El amor en los tiempos del Cólera”. Jorge Luis Borges analiza como nadie la psicología criminal en “Emma Sunz”; Julio Cortázar es autor de “La salud de los enfermos” que los alumnos de medicina deben leer, por su humor sarcástico y su análisis de la comunicación entre doctor y pacientes. Adolfo Bioy Casares, en “La invención de Morel” detalla los desbordes psicológicos de un genio de la invención. Más recientemente, Ana María Shúa, ha descrito la atención hospitalaria en nuestro medio. La reconocida lingüista argentina y gran escritora Iyonne Bordelois en su “A la escucha del cuerpo”, presenta una obra cuyo valor para estudiante de medicina y médicos se hace indispensable.

Médicos devenidos escritores: En Argentina se destacan José Ingenieros, médico, psiquiatra, psicólogo, criminólogo, farmacéutico, sociólogo, filósofo, masón, y docente, autor de “*El hombre mediocre*”. Florencio Escardó, eminente pediatra, autor de “*Moral para médicos*” y numerosas publicaciones. René Favaloro relata su vida de médico rural en “*De la Pampa a los Estados Unidos*”. Francisco Maglio es el autor de “*La dignidad del otro*” (Ediciones del Zorzal). En Córdoba, la editorial Raíz de Dos ha publicado: “*Letra de Médico*” del Dr. Carlos Presman, volúmenes I y II, y su más reciente “*Vivir cien años*”. El pediatra Enrique Orchansky ha publicado varios textos, siendo “*Cre-cimientos*” uno de los más importantes. El Dr. Eduardo Halac, ha publicado, también en Raíz de Dos, su “*Médico de Niños*”.

A nivel internacional, William Somerset Maugham, médico inglés de principios del siglo XX, escribió su controvertida novela “De la esclavitud humana” (“*Of human bondage*”) donde relata, por primera vez, a una pareja dedicada a su solventar sus necesidades psicosexuales a través del sometimiento sadomasoquista. Imaginen este tema, pero en ¡1910! Se diferencia de la actual “50 sombras de Grey”, en que la primera es una obra clásica de la literatura, escrita con conocimiento médico; la segunda adolece de valor literario, y no llama a la reflexión ni al estudio, ya que en este tiempo, el tema es muy conocido. Su compatriota, Sir Arthur Conan Doyle, brillante médico clínico y forense, nos ha legado la saga del detective Sherlock Holmes y su ayudante Watson. El oftalmólogo estadounidense Robin Cook escribió -en la década del 70- varias novelas, aunque la más famosa, también llevada al cine es “Coma”. Su colega Henry Denker, en 1969, publicaba su novela clásica “Médicos”. Con el seudónimo de Martin Winckler, el médico franco-argelino, residente en Francia, Marc Zaffran, escribió “La enfermedad de Sachs”, publicada en nuestro medio por Akal Literaria. Su versión en cine, “Las confesiones del

doctor Sachs” del director Michel Deville, está disponible en video.

¿Qué es medicina narrativa?

"La medicina narrativa es un movimiento médico que pretende revisar sus modelos profesionales, tomando en cuenta su práctica asistencial y sus propias experiencias como pacientes. Lo que se pretende es enseñar la comunicación y la capacidad de escuchar e interpretar la historia de los pacientes" (Dr. Nicolás Cacciarelli, Buenos Aires).

“Hemos aprendido que la Medicina Narrativa es la práctica clínica por parte de un médico, enfermero, trabajador social o capellán que está fortalecida por la capacidad de saber qué hacer con las historias que el paciente nos cuenta. Es necesario saber que en la clínica podemos capacitarnos para recibir esa historia. Las historias que nos cuentan los enfermos son historias muy complicadas. Algunas se cuentan con palabras, otras con silencios, algunas mediante las expresiones faciales o gestos, y también a través de los hallazgos físicos como el reborde duro del hígado o el pie equino. Nosotros, los receptores de esas historias, debemos estar capacitados para relacionar todo lo que se nos transmite y convertirlo en una “narrativa”. Los médicos, enfermeros o trabajadores sociales no adquieren esas capacidades en sus facultades, no aprenden a ser lectores, intérpretes y a absorber esos signos. Eso es lo que creemos que puede aportar la Medicina Narrativa. (Dra. Rita Charon, Nueva York)”.

Los médicos, enfermeros, fisioterapeutas y otros clínicos tenemos mucha suerte. Somos terriblemente afortunados, porque se nos permite usar nuestro entendimiento del mundo material y del mundo metafórico. Creo que hay pocas ocupaciones en que esto sucede. Nosotros comprendemos en gran detalle el mundo material de las moléculas, los órganos, los huesos y la piel. Éste es el mundo material y también, por definición, necesitamos un entendimiento del mundo metafórico. ¿Qué significa cuando un paciente dice que se siente cansado? ¿Qué significa cuando nos dice que siente una opresión en su pecho? Para ser grandes profesionales necesitamos adquirir grandes habilidades no sólo en el mundo material, no sólo en el mundo metafórico, sino en cómo se relacionan entre ellos. Es muy complicado.

Algunos colegas en la Medicina quedan atrapados en el cuerpo, en el mundo material y entienden el hepatocito, pero no logran aumentar su entendimiento para

comprender lo que significa decir: “*Me estoy muriendo*” o “*Tengo náuseas*” o “*Tengo miedo*”. Creemos que la capacitación en medicina Narrativa mantiene vivas y permite que las metáforas del entendimiento crezcan, el entendimiento del lenguaje, del valor y del significado. ¿Qué necesitan las personas a medida que envejecen, enferman y se aproximan a la muerte? Además de un entendimiento del mundo material del colesterol y de la placa de la arteria, necesitan una comprensión de la experiencia vivida del envejecer.

En el esfuerzo para ayudar a los médicos a comprender lo que él y sus pacientes experimentan en presencia de la enfermedad, los educadores médicos han prestado mucha atención a la **capacidad narrativa**, definida como el conjunto de habilidades para reconocer, captar, interpretar y emocionarse por las historias que uno escucha o lee.

Esta competencia requiere una combinación de habilidades **textuales** (identificar una estructura narrativa, adoptar sus múltiples perspectivas, reconocer las metáforas y las ilusiones), habilidades **creativas** (imaginar muchas interpretaciones, fomentar la curiosidad, inventar múltiples finales) y, habilidades **afectivas** (tolerar las dudas acerca del desarrollo de la historia, entrar en el estado de ánimo de la historia). Al mismo tiempo, estas capacidades dan lugar a un lector o un oyente con la posibilidad de captar las noticias de las historias y comenzar a entender su significado.

"La competencia narrativa brinda al médico no solo los medios para comprender al paciente sino también permite comprender a la enfermedad misma".

Cuando un médico practica la medicina con competencia narrativa, puede rápidamente y con precisión escuchar e interpretar lo que el paciente intenta decir. El médico con competencia narrativa utiliza eficientemente el tiempo de la interacción clínica, utiliza al máximo los conocimientos médicos acerca de lo que el paciente expresa sobre su enfermedad y cómo lo transmite. No solo la historia de una enfermedad, sino la propia enfermedad se desarrolla como una narración. Una enfermedad tiene una evolución y duración características, una mezcla compleja de causas y contingencias, particularidades y similitudes genéricas respecto de las enfermedades relacionadas, una tradición textual dentro de la cual puede ser comprendida, y aun un **sistema metafórico** que lo revela (considerar, por ejemplo, el significado metafórico complejo de la palabra “*inmunidad*”).

La competencia narrativa brinda al médico no solo los medios para comprender al paciente sino también permite comprender a la enfermedad misma.

Entrar en una historia es dar cabida al narrador, y el médico con habilidades narrativas habitualmente confirma el valor de la participación del paciente en el proceso de prestar atención seriamente a lo que dice. Ese médico demostrará preocupación por el paciente mientras se concentra en lo que él relata y, como resultado, puede lograr el verdadero contacto intersubjetivo necesario para una **alianza terapéutica** efectiva. La competencia narrativa incluye la preocupación de la complejidad ética de la relación entre el narrador y el oyente, una relación marcada por la obtención de un conocimiento privilegiado y la gratitud por ser escuchado.

Lo que una vez fue considerado un barniz de civilización para el médico honorable, respetable -lector de literatura, estudioso de humanidades, escritor en forma literaria de su práctica- está siendo reconocido como fundamental para formar al médico en la empatía y la reflexión.

Las capacidades de las que actualmente **carece** la medicina: adaptación a la individualidad del paciente; sensibilidad para atender los aspectos emocionales y culturales; compromiso ético con los pacientes a pesar de la fragmentación y la subspecialización; reconocimiento seguido de la prevención, pueden proporcionarse a través de un riguroso desarrollo de las habilidades narrativas. Quizás el fortalecimiento de la competencia narrativa de los médicos los ayudaría a alcanzar los objetivos ausentes, como el humanismo y el profesionalismo, brindándoles habilidades graduadas para adoptar los puntos de vista del paciente, imaginando cómo lleva la enfermedad, deduciendo qué es lo que necesita y reflexionando sobre lo que los propios médicos experimentan en la atención de sus pacientes.

Ya se han identificado las habilidades narrativas importantes para la práctica médica y se han desarrollado los métodos para enseñarlas. Los programas que han surgido en la “*medicina narrativa*” o “*medicina basada en la narración*” enseñan los aspectos específicos de la competencia narrativa. Este entrenamiento alienta a los profesionales de la salud y a los estudiantes a escribir acerca de sus pacientes en un lenguaje no técnico, ayudándolos a descubrir y comprender sus sentimientos implícitos. Estos programas brindan un entrenamiento riguroso en la lectura de textos literarios para dar a los profesionales de la salud las herramientas para interpretar las historias de los otros y sensibilizarlos por el contenido del relato. Los médicos así entrenados alientan a sus pacientes a que escriban, hablen y relaten en un flujo narrativo ininterrumpido acerca de

su enfermedad, demostrando el beneficio terapéutico para los pacientes que proviene de dicha narración.

Muchos médicos han comenzado a creer que los estudios narrativos pueden brindar la “*ciencia básica*” de una medicina basada en la historia, que puede respetar a los pacientes que sufren la enfermedad y nutre a los profesionales que los atienden.

Son muy útiles los ejercicios que apelan al recuerdo y a la escritura de situaciones personales o familiares relacionadas con la salud y la enfermedad, así como la lectura de obras literarias que describan situaciones relacionadas con estos y otros aspectos, como la relación médico-paciente o la muerte. Asimismo, escuchamos los relatos de nuestros pacientes y de sus padres, y las narraciones de estudiantes y médicos en formación, y de los profesionales de la salud en general que involucran experiencias acerca de situaciones con las personas que atienden.

Por otra parte, el trabajo con historias clínicas permite incentivar la imaginación con ejercicios de reescritura de las mismas, durante los cuales se cambia el lenguaje técnico a coloquial y se modifica el relator (padre, madre, niño, médico, enfermero). Finalmente, el uso de imágenes –dibujos de pacientes, arte pictórico, cómics– que reflejen situaciones relacionadas con nuestro quehacer, el recurso del cine, que aporta múltiples ejemplos para poder reflexionar, y la práctica del *rol play o del clown* en salud completan las opciones para este abordaje.

Desde hace años, se ha intentado, aunque en grupos reducidos, enseñar la medicina basada en narrativa. Y la propuesta fue siempre bien recibida. ***Los estudiantes dicen: “Es algo que tendríamos que aprender y ejercitar desde los primeros años de la carrera”. Y los médicos manifiestan que les ayuda a tomar su trabajo de una manera más reflexiva, al tiempo que “disminuye el desgaste profesional”.*** Nuestra idea es enseñárselas desde aquí y ahora en nuestra Cátedra de Medicina Antropológica.; de hecho, el grupo va incorporando integrantes de distintas disciplinas. Y aspiramos también lograr que esta experiencia se pueda replicar en otros ámbitos.

La cátedra apuesta por la Medicina Narrativa como elemento importante de la educación médica por su valor personificado y estimulador de la reflexión, además, de su mejor memorización. De cara al paciente se trata de un medio terapéutico y favorecedor de

la recuperación, ya que además señalan **la propia percepción de la enfermedad** y estimulan la tan manida empatía médico-paciente.

Aunque pueda parecer un trabajo artístico o literario, no nos engañemos; simplemente aprendamos a tomar la ***Medicina Narrativa como parte integrante del proceso de aprendizaje médico y como pilar de apoyo*** importante a las cifras y los textos de los tratados y manuales.

Porque **detrás de la enfermedad hay una persona tratando de comunicarse y esperando ser comprendida** y escuchada; más incluso que ser curada.

En los programas de medicina narrativa se lee literatura, textos en los que los protagonistas son médicos y enfermos en un determinado contexto.

Una cuidadosa selección de lecturas y de actividades con esos textos, sirve de vehículo para desarrollar la empatía, estimular la imaginación, incrementar el conocimiento humano y promover la reflexión moral. Los estudiantes se entrenan en reescribir o contar estas historias en un lenguaje cotidiano (no en el lenguaje técnico propio de las historias clínicas), en analizar y comprender las perspectivas personales de los protagonistas y en confrontar sus percepciones y vivencias, la distinta interpretación de la experiencia del cuerpo, de la enfermedad, del sufrimiento.

El movimiento de la medicina narrativa apunta a acercar a la medicina a los estudios humanísticos. Puede ayudar a los médicos a ser conscientes de la imposibilidad de relatar “lo que pasa” sin una interpretación, a considerar el grado de incertidumbre en que se desarrollan sus prácticas y a aceptar que la perspectiva, el punto de vista propio y del otro, no son un estorbo que se debe eliminar, sino la única manera posible de describir la realidad.

Algunos desarrollos de la medicina narrativa sostienen que las narraciones cumplen una función de “puente” entre médicos y pacientes. Este puente puede ayudar a acortar la distancia entre *saber* acerca de la enfermedad del paciente y *comprender* su experiencia.

A través de este puente, se avanza y se retrocede convirtiéndolas en historias: el mismo acto de contar y escuchar una historia, cambia esa historia. Las narraciones otorgan sentido, contexto y perspectiva a la experiencia, porque las cosas que nos suceden no

tienen ningún significado, independientemente de los relatos que contamos acerca de ellas. El acto de narrarlos vuelve comprensibles los acontecimientos. Cuando los médicos pueden jugar un papel en el desarrollo e interpretación de esas narraciones, se convierten en “miembros honorables” de muchas familias.

Cuando, en cambio, suprimen las historias personales de sus pacientes y las convierten en una historia clínica, en la historia de un caso que más se parece a una crónica, pueden ofrecerles los beneficios de “la ciencia moderna” pero, si hacen sólo esto y no dan lugar a sus narrativas, los sustraen de su humanidad, de su posibilidad de comprender su situación lo que, en definitiva, incrementará su sufrimiento.

¿Saben ustedes que los estudiantes de medicina aprenden cinco mil palabras nuevas en el primer año de su carrera? Y luego las repiten “como loros” porque no saben ni entienden su significado (Ivonne Bordelois, “A la escucha del cuerpo” ediciones del Zorzal, Buenos Aires, 2009).

“Che -comentan los alumnos de clínica- hoy vimos al tuberculoso ese de la sala 356” sin esperar que el paciente los escuchara y le contestara, no soy tuberculoso, soy solo una persona afectada de tuberculosis (Francisco Maglio, “La dignidad del otro”, ediciones del Zorzal, Buenos Aires, 2008).

Como se puede observar en estas descripciones, la medicina narrativa o medicina basada en narración, pretende crear un espacio de comunicación integral, donde el interrogatorio al paciente, se convierta en un *escuchatorio*, y en una entrevista también.

Las narraciones de los pacientes, se refieren a la manera en que padecen o están enfermos y esto solía ser para los médicos un dato central para el diagnóstico. Comprender el contexto narrativo de la enfermedad, permite acercarse no ya a la patología, sino al problema del paciente de una manera holística y brinda una posibilidad crucial para su comprensión. Vuelve más difícil la tendencia de los clínicos, de ver lo esperado y rechazar inconscientemente lo que es infrecuente o desacostumbrado. Como señala Richard Asher, *“Tenemos que cuidarnos de esta sorprendente facultad que, produciendo sordera selectiva, ceguera selectiva y otras negaciones de los sentidos, pueden tan fácilmente suprimir lo significativo y lo relevante.”*

Comunicar no es sólo hablar, sino crear una alianza terapéutica y para ello resultan claves las capacidades de escuchar e interpretar. La pregunta que puede formularse es si, en el transcurso de su formación y en el contexto donde desarrollan sus prácticas, los médicos pueden reconocer el valor de estas historias y reflexionar sobre el proceso que supone su reformulación en la elaboración de las “historias clínicas”.

Luego, vemos aquí la importancia de comunicar; el arte de la comunicación,preciado entre los clínicos de antaño, debe ser recuperado sin más trámite, porque como se ha mencionado antes, es la falta de comunicación (diálogo de sordos) entre paciente y médico, lo que ha fomentado el recelo, desconfianza y hasta resquemor hacia nuestra profesión en los últimos tiempos.

Con el auge de la biomedicina, las habilidades de comunicación y de generar empatía, que alguna vez fueron consideradas inherentes al rol del médico, pasaron a tener un papel secundario, electivo y se dejó librada su adquisición a los propios recursos e intereses de los estudiantes. Esta capacidad comunicativa, intenta ser hoy reinstalada como una de las competencias centrales de la práctica profesional que la educación médica tiene la obligación de asegurar. Reconocer que como seres humanos vivimos todos dentro de narraciones (aún las de la ciencia), puede hacer que, tanto pacientes como médicos, consideremos hasta qué punto, narrativas diferentes pueden producir significados.

HUMANISMO EN MEDICINA- HUMANISMO MEDICO

“El médico que solamente sabe medicina, ni siquiera sabe medicina”. (Gregorio Marañón)

El humanismo, como movimiento renacentista, promueve el retorno de la cultura grecolatina como medio de restaurar valores humanos no parece ser la definición que tenemos en mente cuando se habla de los valores humanos que debe tener un médico. Cuando se nos reclama que seamos más humanos, ¿que se nos está pidiendo?

Veamos la definición del diccionario de la Biblioteca esencial de la lengua: *humano* adj. de la humanidad o el ser humano y sus características: caritativo, solidario, bondadoso, persona, hombre. También, como muchas otras cosas de la vida podríamos definirlo por lo

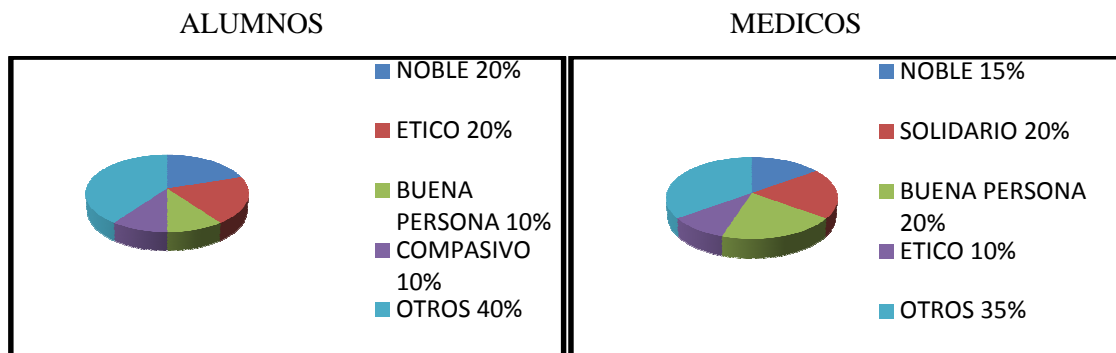
antagónico, lo opuesto. El antónimo de humano es *cruel*.

La definición muestra aspectos que tiene que ver con competencias y actitudes que los profesionales del equipo de salud tenemos que incluir en nuestro modo de relacionarnos con los demás; sean estos otros los pacientes, otros médicos y demás integrantes del equipo.

Para conocer que es lo que creemos sobre estos temas se realizó una encuesta en el Hospital Italiano de Córdoba a médicos y estudiantes de 5 y 6 año de la carrera de medicina de la Universidad Nacional de Córdoba. Se encuestaron 52 médicos y 104 alumnos. Se estudiaron en ambos grupos las mismas variables:

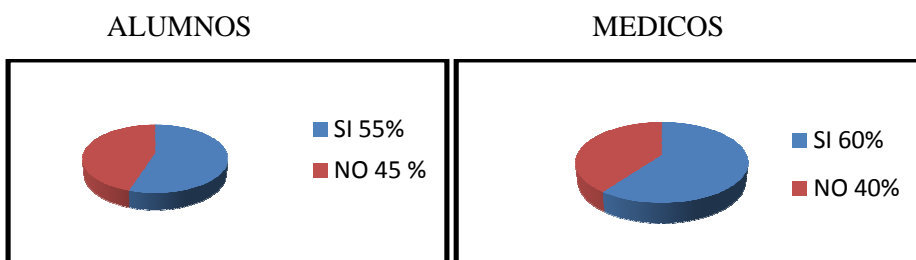
Resultados

A- Adjetivos con los que asocia el concepto HUMANO:

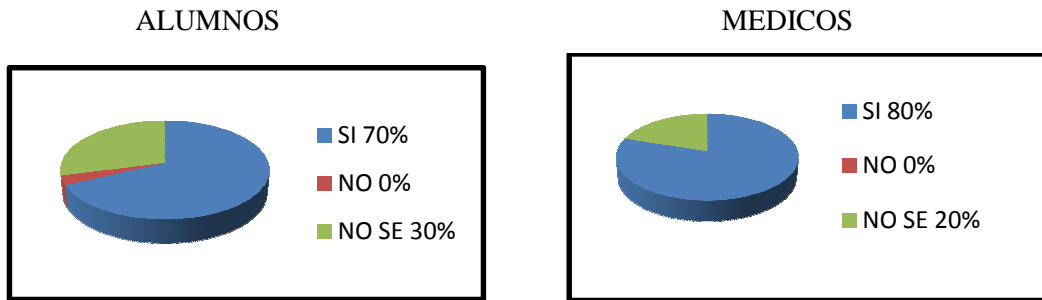


Conclusiones: Los médicos a diferencia de los alumnos encontraron importante la valoración de la palabra solidario que significa “interesarse por el otro”, tal vez esto sea porque en el desarrollo de práctica médica interpretaron este valor como útil y tangible.

B- Participación en actividades docentes en humanismo médico

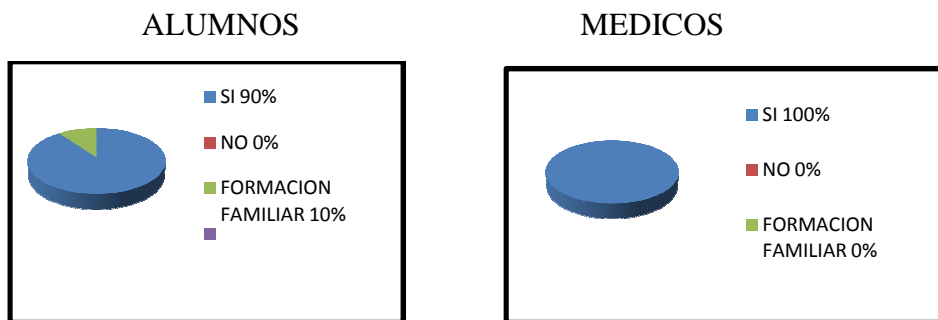


C- Los que SI tuvieron actividad ¿creen que les fue útil?



El hecho de que el 55 % de los alumnos y el 60 % de los médicos hayan tenido alguna actividad docente relacionada con la humanidades y a su vez algunos de ellos (A 30% M 20%) no lo visualizaron como posiblemente significativo para su actividad profesional, nos muestra que desde la currícula, y la actitud docente estos contenidos no son asimilados como importantes. El 100% de los alumnos tuvo farmacología, microbiología o anatomía patológica, materias en “serio” con carga horaria y recursos suficientes para desarrollar los objetivos propuestos. Las humanidades son, alguna vez, alguna actividad como simplemente un recreo entre materias “útiles de verdad”.

D- Los que NO tuvieron actividad ¿creen que les hubiera sido útil?



Parece que en el ejercicio cotidiano y con personas reales, los médicos creen necesitar formación humana y que no le son suficientes las herramientas que desde el seno de su familia trae, no por escasas, sino porque ahora debe desempeñarse en un rol que le es diferente y dificultoso, donde hay tantos matices como personas que le toca atender.

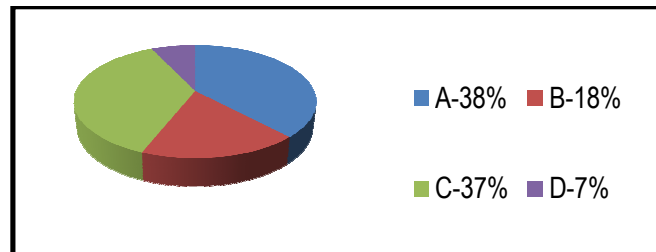
Pero sería parcial si sólo vemos el integrante “médico” de la diada médico-otra persona (paciente); entonces, se interrogó a los pacientes sobre cuáles son las virtudes, según su parecer, que debería tener su médico. Para ello se les pidió que ordenaran de mayor a menor según la importancia que los pacientes le otorgan a:

A- SABER ESCUCHAR

B- SER AFECTUOSO

C- CONOCIMIENTOS CIENTIFICO

D- MAS TIEMPO EN LA CONSULTA



Vemos que el primer lugar lo ocupa que *escuchemos*, acción fundamental del diálogo y de intercambio de ideas. Más aún, este pedido se acentúa cuando vemos que los que no lo pusieron en primer lugar (37% que resaltaron como primer valor el vasto conocimiento científico) lo pusieron en el segundo. Así el la capacidad técnica-científica fue quedando relegada a un segundo plano. Parece que lo que buscan los pacientes son seres HUMANOS, con quienes compartir la vivencia de la salud y enfermedad, y, que además, tengan saberes médicos. Creo que buscan corazones inteligentes y capaces.

La medicina nos plantea dos polos de un mismo mundo. La ciencia o el "cientificismo" (frío, abstracto, racional) y el humanitarismo (visceral, pasional, afectivo). Del equilibrio entre las dos posturas saldrá el hacer medicina humana. Pero estas situaciones no deben ser solo para los médicos. Abogados, arquitectos también pueden bascular entre estas posturas. Lo fundamental sería que los hombres todos, cualquiera sea nuestra profesión u oficio, fuésemos más humanitarios.

Para lograrlo habría que cultivar áreas de las ciencias humanas:

- La *palabra* (la lengua) como un experimento de comunicación de dos seres integrales (cuerpo y alma).
- La *historia* en el sentido de dar contexto a la realidad y vivencias de ese "otro".
- Las *artes* como manera de sublimar el alma y los valores del hombre.

Como dice el profesor mejicano Ruy Pérez Tamayo: “...un médico culto, es mejor médico, no porque sea médico, sino porque es mejor ser humano...”

Si bien existen normas, decálogos, escritos varios sobre la "ética médica", estos se corresponden más bien a la medicina, a la ciencia médica y no al médico como individuo. Este profesional debe guiarse por la "ética del médico" que no debe diferir de la ética del hombre en general. La medicina *no es humana ni inhumana*, somos los médicos quienes le damos uno u otro adjetivo. No hay médicos deshumanizados, hay personas deshumanizadas. Seguramente este defecto lo traía de antemano. Lo que sí sucede es que el sistema deshumanice. La forma de trabajar que hoy tenemos no facilita que la relación se fortalezca, ni que el vínculo se acentúe.

Escaso tiempo de consulta, deficitaria remuneración médica que hace que tengamos que trabajar en varios lados para subsistir y estemos más ocupados por el horario de salida de esta clínica y llegada a otro consultorio, que por los problemas que viene a contarle su paciente. Los auditores, abogados, contadores, administradores que han irrumpido en la práctica médica no lo han hecho para favorecer la interdisciplina, tan importante, sino para entorpecerla.

Debemos recordar que el núcleo central de la medicina es la relación médico paciente, relación humana como tantas otras, como la amistad o la relación padre-hijos, con la diferencia que el objetivo es buscar la salud, a veces, o la calma siempre. Y como relación humana, necesita el condimento indispensable del amor. Hay que sumar amor a nuestro quehacer médico. El afecto acerca, supera barreras, ilumina, y ayuda a entender la *diversidad* de los individuos y de sus historias.

A medida que avanzamos en el tiempo de ejercicio profesional cada día se habla más y se prescribe menos. Muchos pacientes consultan más por temores, tabúes o banalidades que por patologías clínicas. Lo que es una posibilidad que nos permite conectarnos con otro ser humano en un plano de diálogo igualitario. A modo de ejemplo, he aquí una historia que muestra como una visión amplia, nos puede acercar a otra alma que sufre, que vibra.

LA PINTURA Y LAS BELLAS ARTES EN MEDICINA

“El arte es una poderosa medicina preventiva. Mirar un cuadro es como caminar a través de una serie interminable de puertas, que sucesivamente nos abren paso a una experiencia cada vez más rica y profunda. Este viaje estimula nuestra mente, emociones y almas; nos hace sentir vivos. Finalmente, la experiencia estética nos sana devolviéndonos la plenitud de nuestro ser”. Robert Pope. Enfermedad y curación, imágenes del cáncer, 1991.

Desde hace siglos la pintura, en todas sus formas conocidas, pictogramas, iconografía rupestre, jeroglíficos) ha plasmado diferentes actos de la vida, la muerte y la enfermedad.

Los orígenes de la anatomía se encuentran en la pintura renacentista. Las “madonas” o maternidades (madre embarazada o madre y su hijo) son pinturas que durante siglos y hasta hoy siguen demostrando el tangible eslabón de apego entre mujer y prole.

Si se mira con atención el famoso cuadro de Leonardo da Vinci “*La Mona Lisa*” también llamado “*La Gioconda*” (exhibido en el museo del Louvre, en París) se percibe, al mirar la imagen desde diferentes posiciones, que los ojos de la Gioconda siguen con atención nuestra mirada.

El análisis de algunas pinturas consideradas clásicas es importante para que los alumnos de medicina desarrollen sus estrategias de pensamiento visual (EPV). Algunos ya la tendrán desarrollada, sea ya porque pintan, o porque tienen formación (familiar o académica) en bellas artes.

La lección de anatomía del Dr. Nicolas Tulp es un cuadro del pintor neerlandés Rembrandt. Fue pintado en 1632. Se trata de una pintura al óleo sobre lienzo, que mide 169,5 centímetros de alto y 216,5 cm de ancho. Se conserva en el Mauritshuis de La Haya (Países Bajos).

Es el primer retrato de grupo pintado por Rembrandt, que tenía entonces 26 años. Fue un encargo del potente gremio de los cirujanos, de los cuales Tulp, famoso médico de Amsterdam, era un representante eminente. En 1828 se decidió la venta pública de este cuadro en favor de la caja de las viudas de cirujanos. El rey Guillermo I impidió esta venta y ordenó comprar esta obra maestra para su «gabinete real de pinturas».

El cuadro muestra una lección de anatomía impartida por el doctor Nicolás Tulp a un grupo de cirujanos. El doctor está representado explicando la musculatura del brazo a profesionales de la medicina. El cadáver pertenece al criminal Aris Kindt de 41 años, ahorcado ese mismo día por robo a mano armada. Algunos de los espectadores son varios patrones que pagaban comisiones por ser incluidos en la pintura.

El evento puede fecharse el 16 de enero de 1632: la cofradía de cirujanos de Amsterdam, de la que Tulp era el anatomista oficial de la ciudad, permitía sólo una disección pública al año, en invierno, para mejor conservación del cuerpo, y éste tenía que ser de un criminal ejecutado. Por ello, las clases de anatomía con disección fueron en el siglo XVII actos poco frecuentes y espectaculares, hasta el punto de convertirse en acontecimientos sociales. Tenían lugar en salas de conferencias que eran realmente teatros; en este caso era el Waag, un «teatro de anatomía». Podían atender a la lección estudiantes, colegas y el público en general, a cambio del pago de la entrada. Los espectadores están vestidos de manera adecuada a una ocasión social tan solemne. Se piensa que, con la excepción de las figuras del fondo y la izquierda, estas personas fueron añadidas a la pintura más tarde.

Este cuadro de Rembrandt fue restaurado varias veces y en vida del pintor sufrió varios cambios que pueden observarse en estudios por rayos X. Se pueden observar dos datos médicos interesantes: el brazo diseccionado es más largo que el derecho, por lo que se supone que el modelo es de otro "paciente". Adolece también de un error anatómico, pues el músculo flexor superficial no se inserta en el húmero, en el sitio donde fue pintado. También la mano derecha es distinta y se supone que fue pintada después, de otro modelo.

Falta una persona: el preparador, cuya tarea es preparar el cuerpo para la lección. En el siglo XVII un científico importante como el doctor Tulp no se involucraba en la tarea menor y sangrienta de la disección y tales tareas se dejaban a otros. Es por esta razón que la pintura no muestra instrumentos con los que cortar. En lugar de ello se ve en la esquina inferior derecha un enorme libro de texto abierto, sobre anatomía, posiblemente el de 1543 *De Humani Corporis Fabrica (De la estructura del cuerpo humano)*, de Andrés Vesalio.

Especialistas modernos han comentado la exactitud de los músculos y los tendones pintados por un Rembrandt de 26 años. No se sabe dónde obtuvo tal conocimiento; es posible que copiara los detalles de un libro de texto de anatomía.

El cadáver está tumbado al estilo de Cristo muerto, con lividez cadavérica. La cara del cadáver queda parcialmente en sombra, sugiriendo la *umbra mortis* (sombra de la muerte), una técnica que Rembrandt utilizaría con frecuencia.

En 2006, en el diario neerlandés de medicina (*Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*), aparece un artículo en el cual la lección de anatomía del Dr. Nicolás Tulp fue a su vez objeto de una verdadera disección. La disposición anatómica, tal como se presenta sobre el cuadro, no parece exacta.

Es cierto en todo caso que, si toda lección de anatomía comienza sistemáticamente por una evisceración, ésta de Rembrandt que se concentra en el movimiento de los dedos y la anatomía de la mano oculta un profundo misterio.

La imagen del cuadro “El Doctor”, transmite una de las más bellas percepciones de la tarea médica. Pintado por Sir Samuel Luke Fildes (1843-1927) pintor e ilustrador victoriano inglés. Influenciado en su etapa de formación por el trabajo de Frederick Walker, líder del movimiento del realismo social en el Reino Unido. Compartió las preocupaciones sociales de su abuela y formó parte de la redacción de *The Graphic* desde 1869, una revista semanal editada por el reformista social, William Luson Thomas. Ambos compartían la creencia en el poder de las imágenes para influenciar en la opinión pública en materias como la pobreza y la injusticia. Se estrenó en el primer número con una ilustración denominada “Sin Casa y Hambrientos” que mostraba una cola de “sin casa” en demanda de un tiquet para pasar la noche en un asilo. Dicha ilustración llamó la atención de John Everett Millais que se lo contó a Charles Dickens, que quedó tan impresionado que encargó a Fildes las ilustraciones de *The Mystery of Edwin Drood*, su última obra, que dejó inacabada cuando la muerte interrumpió la publicación de la misma por *fascículos*.

Todo parece indicar que la obra fue un encargo de Sir Henry Tate, magnate azucarero y mecenas de bellas artes y que Fildes decidió libremente el tema, tomándose cuatro años para su realización y cobrando 3.000 £, una suma muy importante para la época, que fue abonada sin discusión por el Sr. Tate, quien donó toda su colección en 1900 al gobierno inglés, para ser exhibida en lo que hoy se conoce como la “Tate Gallery” de Londres. Lo que sí se sabe es que la pintura fue realizada en el estudio londinense de Fildes donde construyó un escenario detallado y que el ‘doctor’ era un modelo profesional con

cierto parecido con el propio pintor. Fildes comenzaba a trabajar muy temprano, para captar con la mayor exactitud la luz del amanecer que quería reflejar en el cuadro.

Han corrido ríos de tinta acerca de la intención del autor. Para Fildes trata de la esperanza: su trabajo muestra el momento en el que el niño muestra el primer signo de recuperación, la “crisis” de las enfermedades infecciosas de la época pre-antibiótica a partir de la cual el paciente podía recuperarse. La luz que entra por la ventana era para él la esperanza que llegaba con el amanecer. Otros piensan que el tema del cuadro es el paciente, no el médico. Cuando el espectador se identifica con el niño, que nos representa a todos cuando estamos enfermos, ese es el tipo de médico solícito y entregado que querríamos que nos cuidara a nosotros o a nuestros hijos.

Fildes debió revolverse en su tumba cuando en 1949, hace ya 60 años, la American Medical Association (AMA) utilizó su cuadro *El Doctor* en una campaña contra el propósito del Presidente de USA Harry S. Truman de crear un servicio nacional de salud público. Se distribuyeron 65.000 posters y decenas de miles de folletos reproduciendo “The Doctor” con el eslogan “Mantengamos a los políticos fuera de este cuadro” (“*Keep Politics Out of this Picture*”). Obviamente Truman no consiguió su propósito. Actualmente, parece que el Presidente Barack Obama tampoco.

Robert Pope (1956-1992) era un excelente artista plástico y pintor en Nueva Escocia, Canadá. Su temprana muerte sucede después de diez años de lucha constante contra el linfoma de Hodgkin. Mucha de su resistencia y fuerza vital para sobrevivir ese periodo sobrevino de la pintura. Su obra “*El Señor S es informado de su muerte inminente*”, fue pintada, como otras, inspirada en su experiencia de enfermo de cáncer. La misma será analizada en el trabajo práctico de esta unidad. Su libro: “*Enfermedad y sanación: imágenes del cáncer*” ha sido citado como el relato de una singularidad pocas veces vista. Actualmente la Fundación que lleva su nombre decidió pedir a las autoridades de la Escuela Médica de la Universidad de Dalhousie (Nueva Escocia), que los alumnos de medicina asistieran a la exposición de sus pinturas. Desde entonces el entrenamiento en percepciones visuales es una técnica empleada en muchas escuelas de medicina de Norte América.

LA RISA Y LA ALEGRÍA. EL ESPÍRITU ALTERNATIVO

Aunque los efectos beneficiosos de la risa y alegría como coadyuvantes terapéuticos se conocen desde el siglo 13, es en 1964 cuando el analista político y periodista Norman Cousins, aquejado de una grave dolencia, distraía sus pensamientos leyendo historietas cómicas y viendo programas televisivos de alta comicidad, con gran poder de inducción a la risa. El beneficio por él reportado, en su clásico texto “Anatomía de una enfermedad”, sirvió de disparador para los trabajos de Berk y sobre todo del Dr. Hunter (Patch Adams) inmortalizado por Robin Williams en la película homónima.

En la actualidad numerosos trabajos y estudios clínicos y psicológicos han establecido firmemente el poder paliativo (sino curativo) de la risa y alegría como aliviadores del estrés y miedo a la enfermedad. De ahí el surgimiento de los “paya médicos”, grupo de medios devenidos en payasos que alegran las salas de muchos hospitales, sobre todo de niños.

MUSICOTERAPIA

“La música calma a las fieras” (dicho popular, originalmente atribuido a William Shakespeare en su obra: “La fierecilla domada”).

La musicoterapia es una especialidad paramédica joven, pero con suficientes fundamentos científicos de orden clínico terapéutico que permiten establecer claramente una metodología de trabajo y una serie de técnicas, que deben estar en manos exclusivas de un graduado en musicoterapia.

La musicoterapia no se improvisa, y como auxiliar de la Medicina, es una terapia no verbal. Además de la Música, integra el sonido, el ruido, el movimiento, etc. Desde el punto de vista científico, la Musicoterapia se ocupa del estudio e investigación del complejo sonido-cuerpo humano; por eso se llama también Sonoterapia.

La musicoterapia usa la Música y el movimiento para producir efectos regresivos y abrir canales de comunicación para recuperar así al paciente. En una sesión de Musicoterapia, el ritmo opera como base de sustentación.

Hacer Musicoterapia es convocar las experiencias lúdicas del paciente, es decir, en posición de juego, donde no hay nada que defender ni conquistar. Se utiliza generalmente el instrumental Orf: maracas, caja china, raspador, palitos de entrechoque, caja, pandero, triángulo, etc.; toda clase de instrumentos que el paciente pueda manipular con facilidad para extraer sonidos de los mismos. De esta manera, afloja sus tensiones y se suelta sin temores. Para el mejor aprovechamiento de la Música, podemos dividir la Musicoterapia en dos partes.

- a) Musicoterapia para personas atípicas (psicóticas, autistas, etc.), donde la música favorece la comunicación al ser un lenguaje no verbal y universal. Sonido, vibración, ritmo, pulso, sensaciones, juego, etc. al servicio de la terapia.
- b) Musicoterapia para la Evolución (para todos), conocimiento del principio de Iso (Identidad Sonora), lo que ayuda a usar la música adecuada para cada caso, y conocimiento de nuestra estructura o esqueleto cósmico, como son los vórtices magnos. Debemos aprender a utilizar dicha estructura porque resulta muy beneficioso para evolucionar, saber que la música no se consume solamente a través del oído.

Vale más utilizarla como terapia, en forma inteligente, porque al estar armonizada nuestra parte biológica, que es nuestro instrumento, éste se afina y podemos resonar mejor. Este método, después de un tiempo de ejercitación, ayuda a la mente a liberarse y hacer lo suyo, es decir, estudiar, sin intervenir en la parte biológica.

Es un método muy eficaz, porque si bien es cierto que la música ha sido usada desde antiguo como complemento de los ejercicios físicos, o como mero acompañamiento, o para crear un estado de serenidad en la mente del practicante, en este sistema su función es totalmente diferente, ya que su rol es activo y su aprovechamiento máximo, pues ayuda al desbloqueo y al desarrollo energético del organismo. Se dice que todo es música, sin embargo, no todo tipo de música nos cae bien. Hay que investigar nuestra herencia genética musical y también nuestro acervo cultural, que tiene que ver con nuestras raíces, si queremos beneficiarnos. Existe una nueva disciplina, la *biomúsica*, llamada también Musicoterapia de la Nueva Era. No se trata de una disciplina psicoterapéutica en especial, sino para las personas que buscan un equilibrio holístico, es decir del cuerpo y de la psiquis. Antiguamente, el equilibrio psicológico de la sociedad estaba en concordancia con la armonía que la música ofrecía. Ejemplo: Música Clásica. En la actualidad no hay

equilibrio psicológico, la sociedad está en crisis y la música moderna está llevando a un estado de degeneración física y psicológica a la sociedad. Ejemplo: Música Heavy y Punk.

Hay temas que sirven para crear una perfecta "sensación atemporal" para reducir la ansiedad, o para relajarse y quedarse dormido, olvidando así el sufrimiento. Ambas músicas son usadas en centros médicos. Los tres métodos expuestos valen para la terapia. Sólo hay que saber discernir. (Texto adaptado de Mary Remorino)

En la Secretaría de Extensión de nuestra Universidad, se puede consultar sobre los diferentes cursos de musicoterapia, algunos de ellos dictados por la Profesora Susana Guzmán. Idéntica actividad se encuentra en la Facultad de Psicología. En nuestra facultad de medicina se dictan numerosos espacios académicos sobre musicoterapia y danza-terapia.

Actividades Prácticas

UNIDAD 8

1. Lea y analice los dos cuentos que se presentan a continuación.
2. Luego de la lectura, realice su propia interpretación.

Algo más *

*(Autor: Dr. Hector Pedicino. Publicado en la columna mensual "Historias de Consultorio"- Suplemento Salud diario La voz del Interior de Córdoba- 16/10/13)

Los lunes tienen esa dificultad reiterada de romper la inercia de retomar la cotidianeidad. El segundo día de la semana nos da aviso de que el asado en familia, el fútbol, el servicio de taxi de hijos y algún descanso regresan, recién, en 6 días.

Me consulta Luciana, la joven mamá de Joaquín, porque el niño..."hace como 2 meses que no me come"

- Que suerte, digo en broma- Sino sería caníbal...

Con una sonrisa tibia, que no desdibuja su rostro de preocupación continua: "Pero Doctor, antes comía bien"

Joaquín de, cuatro años recién cumplidos, estaba sentado, mirando hacia donde yo estaba, pero sin la luz, que sus ojos deben, merecen tener.

Ya más serio, trato de bucear en la inquietud que trajo a Luciana. Pero también en esos ojitos, en esa mirada que poco se parecía a la del año pasado, cuando revolucionó el consultorio con un torbellino de preguntas...

- " Que e eto?"...

-Una balanza, para saber cuánto pesas, contesté, mientras Luciana buscaba por el piso los desparramados bajalenguas que había tirado Joaquín.

- ¿Ha pasado algo en la casa, ha cambiado algo en la familia? Pregunto mientras comienzo a revisar a un Joaquín tristemente calmo.

Los ojos de Luciana, se humedecen y me cuenta que hace 2 meses se separó de su marido, y que desde entonces Joaquín no ve a su padre.

Casi instantáneamente, finalicé el examen físico que obviamente, era normal.

*Luciana, ¿vos crees que un niño, en esta situación querrá comer? Vos, con todos los recursos que podemos tener los adultos, ¿quieres comer? Cuando nos pasa algo feo, ¿no sentimos que se nos "cierra el estómago"? Imaginate, entonces a Joaquín, que cree, o peor, **siente** que su papá no lo quiere... está muy bien, que consultes, te preocupes, te ocupes, pero quizás el tiempo y el afecto que puedan darle podrán hacer que vuelva el Joaquín, inquieto y alegre.*

Las lágrimas de Luciana, no pudieron contenerse y se derramaron por sus mejillas y hasta la cabecita de Joaquín que se había sentado en su regazo. Con un beso me despidieron.

Los adultos, no debemos descartar que los niños puedan estar tristes. Las mayores situaciones de estrés que puede vivir un niño son la separación de sus padres, la muerte de algún ser querido, las mudanzas. Todas ellas pueden significar para el niño que puede sentirse abandonado o alejado de sus afectos. La medida del dolor es la de él, el que lo sufre. Si nos toca separarnos que solo sea de la pareja, no de los hijos.

-Vení a charlar cuando quieras... chau Joaquín...

Los despedí con un abrazo más fuerte que los de siempre.

"Chuequera" (Autor: Dr. Eduardo Halac. De "Médico de Niños" Editorial Raíz de Dos. Córdoba, 2011)

-Hola doctor, ¿Cómo estás?

-Bien Mary ¿y vos?

-Bien. Ella es mi mamá que vino de Salta a pasar unos días con nosotros.

-Mucho gusto Señora.

-Lo mismo digo doctor. Ay perdone que mi hija lo tutee. Al doctor siempre hay que tratarlo de "Usted" pero no entienden estos chicos de hoy.

-Sin cuidado. Conozco a Mary y a Arielito desde hace mucho ya.

-Pero igual. ¿Sabe usted que a mí de chica me atendió una vez su padre?

-Bueno me alegro.

-Por una fiebre reumática, que antes había y ya no. Pero al final no era, tal como dijo su señor padre.

-Bueno mira "doc". Arielito pinta para chueco. Cada día se le nota más. ¿Qué decís vos?
-No tanto, Mary, pero nunca viene mal una opinión del especialista, que justo hoy atiende en el consultorio de al lado.
-Ah sí lo conozco. Es un divino.
-¡Nena! Permítame doctor decirle que en la familia hay chuecos. Fíjese que mi primo Salustiano, que viene a ser como tío abuelo de Mary era chueco y sus hijos también. Los varones. Las nenas no le salieron así. Y también mi primo Oscar es medio chueco, el que está ahora en Cafayate. Lo vimos hace poco con tu padre, Mary. Yo a Arielito lo veo chuequito, como si recién se bajara del caballo.
-Ja ja. Si un poco. A ver Ariel, camina un poco hacia mí. Si se le nota algo.
-Recuerdo que en casa trabajaba una señora, Higinia, ¿te acuerdas de ella Mary? Era india. Siempre me decía que a los chicos había que hacerlos caminar descalzos al principio para que los piecitos se les hicieran derechos.
-No estaba tan equivocada. Hoy sugerimos lo mismo. Si el piso está limpio y es seguro, al caminar descalzos los nenes asientan mejor el pie.
-Bueno, dejame que te diga doc y a vos mami que un poco de chuequera a ese de la tele en Buenos Aires no le ha venido nada mal, ja.
-Nena, ese mas que chuequera lo que tiene de notable es la chequera.
-Ay gracias doc. Le pido turno a las chicas con del ortopedista. En una de esas, quien te dice, me lo ve ahora mismo. Chau besos.
-Adiós, doctor. Me ha dado mucho gusto en conocerlo. No le doy saludos para su padre porque Mary ya me ha dicho que ha fallecido hace un tiempo. Mis respetos igualmente para usted. ¿No le parece que esté raquítrico, no? Porque como ahora las madres les dan de comer cualquier cosa...
- Por supuesto que no, Quédese tranquila. Adiós Señora. Gracias de todos modos.

3. Trace un paralelismo entre la conducta médica manifestada por el protagonista de la serie Dr. House, y del Dr. Patch Adams. (Consulte previamente videos específicos de ambos.

4. Observe detenidamente las pinturas presentadas según su orden de aparición en el texto.

- Responda primero ¿Qué cree que sucede en la escena pintada?
- Luego, diga que ve Ud., para poder sostener lo que dice.
- Responda ahora, ¿Qué otras cosas puede encontrar?



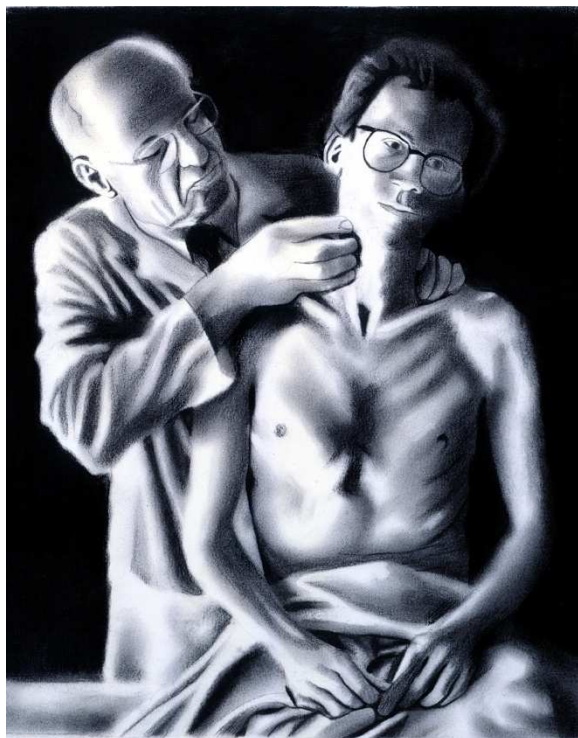
La lección de anatomía del Dr. Nicolas Tulp. REMBRANDT, 1631



El Doctor. Autor: SIR SAMUEL LUKES FILDES. 1891.



El Señor S, recibiendo la noticia de que va a morir. Autor: ROBERT POPE. 1990.



Mi revisión médica. ROBERT POPE, 1990.

UNIDAD 9

MEDICINA Y SOCIEDAD

Nora Krabbe, Mónica Sabadías, Lic. Silvina Trucchia

Esta unidad está pensada para **estudiantes de medicina**; en otras palabras, no van a ser sociólogos, pero deben incorporar los conocimientos básicos que les serán útiles para el desarrollo de su quehacer profesional.

LA SOCIOLOGÍA Y SU RELACIÓN CON LA MEDICINA Y LA SALUD PÚBLICA

La salud humana es una realidad y un problema de enorme significación social. El desarrollo del hombre se produce en un contexto o marco social. Debido a ello, el análisis del complejo proceso de salud-enfermedad -tanto a nivel individual, así como familiar, comunitario y poblacional- se encuentra estrechamente relacionado con este contexto o escenario social, constituido por la sociedad y por los factores que intervienen en ella, a los que se conoce como determinantes de salud.

Entre estos últimos se encuentran factores ambientales, económicos, sociales, educativos y culturales, que condicionan la salud y la enfermedad, tal como son analizados por la Salud Pública.



Figura 9.1. Sociología y medicina.

Los estudios realizados en los últimos tiempos han dado cuenta de aspectos de la realidad social, que son preocupantes a nivel nacional y mundial en relación con el problema de la salud; tales como el agravamiento y extensión de la pobreza, la marginación, la exclusión social, la violencia familiar, las adicciones, etc.

El sector salud debe contribuir a minimizar las barreras que impiden el acceso a la salud de las poblaciones menos favorecidas. Tiene como responsabilidad identificar y conocer dichas poblaciones. Para cumplir con este objetivo, es necesario conocer -de cada comunidad y de cada familia en particular- sus prácticas habituales, sus modos de pensamiento y expresión y, en especial, sus representaciones sobre la salud y sobre el proceso de atención, en el que se incluye el marco institucional que brinda dicha atención.

La *Sociología* es una disciplina descriptiva que estudia los fenómenos sociales, examina la trama social desde el punto de vista estructural, las formas sociales, los sistemas y subsistemas, los factores de estabilidad y cambio. En cierto sentido, la Sociología no trata sobre individuos en sus manifestaciones singulares, sino más bien, busca las tendencias generales de los fenómenos humanos, las interrelaciones entre componentes de la estructura social. Así, por ejemplo, estudia la influencia de los medios de comunicación social en la violencia y la accidentología, o la relación entre cambio de los sistemas económicos y la vida familiar, etc.

La *Sociología Médica* se interesa por estudiar la influencia de los sistemas de organización sanitaria y las prácticas de los agentes sanitarios y de los sujetos usuarios de las instituciones de salud (hospitales, maternidades), los conflictos de representaciones y los sistemas de regulación y normatización del comportamiento micro social en las mismas. Al operar sobre la sociedad como realidad histórica integrada y dinámica, establece una relación estrecha con la *epidemiología*, disciplina sanitaria que estudia la salud y la enfermedad como fenómeno social -a diferencia de la clínica, que estudia la enfermedad como fenómeno individual y personal- y las implicancias en la dinámica familiar y en las acciones del equipo de salud.

Las condiciones de vida, la convivencia, los hábitos, costumbres y creencias, la actividad laboral, el aprovechamiento del tiempo libre, el desarrollo cultural, las posibilidades para el progreso personal y del grupo de pertenencia, los derechos humanos, etc., son todos factores que influyen en la salud de la comunidad. Por otra parte, la enfermedad implica un impacto de grado variable, según su índole, en el bienestar psicofísico de las personas y en la economía de los países. No hay enfermedad individual, sea por su transmisibilidad, por el efecto psicológico y social que provoca en el equilibrio de los sujetos sanos, por la discapacidad laboral, etc.

También podemos afirmar que la economía -ciencia dedicada al estudio de la producción y distribución de la riqueza en los países y comunidades humanas- tiene una importante relevancia en la utilización racional de recursos materiales y humanos que se disponen para preservar y recuperar la salud humana. Existen enfermedades estrechamente vinculadas con las condiciones socioeconómicas y culturales de una región dada. Entre ellas se deben mencionar: tuberculosis, alcoholismo, desnutrición, enfermedades de transmisión sexual, desórdenes mentales, enfermedades psicosomáticas, etc.

Por otra parte, los actos médicos son sociales en tanto implican relaciones interpersonales del médico con el paciente, miembros del equipo de salud, familiares del paciente, grupos de reflexión, terapéuticos, etc. Estas relaciones se dan en el seno de instituciones de salud con diversos grados de organización y niveles de complejidad. Algunos factores que hacen a la inserción social del hombre en el contexto de la salud son:

- ⇒ **Gregariedad:** se convive en comunidad y no en aislamiento.
- ⇒ **Vulnerabilidad:** invulnerabilidad (a mí no me puede pasar).
- ⇒ **Susceptibilidad:** a enfermarse o a mantenerse sano.
- ⇒ **Dignidad:** al reconocer nuestra finitud y limitaciones.

Los conocimientos incorporados por cada individuo mediante el proceso de socialización serán la guía de acción para sus conductas y, al mismo tiempo, para el desarrollo de su personalidad y de sus relaciones sociales. Este aprendizaje se realiza dentro de grupos sociales que actúan como agente de socialización, especialmente la familia.

La *socialización básica* se desarrolla durante los primeros años de vida. La *socialización secundaria* -que contribuye a la adaptación individual a las diversas circunstancias que se viven- continúa a lo largo de toda la vida de las personas.

Cuando las personas van creciendo, la función de socialización se amplía a otras esferas y grupos sociales que comparten el rol socializador con la familia; como son la escuela, los grupos de pares, vecinos y otras instituciones sociales.

A continuación se presentan las formas sociales del comportamiento humano y los elementos estructurales en las cuales se inserta.

Ubicación de los individuos en la trama social

Toda sociedad muestra una trama de relaciones humanas, instituciones, niveles de organización y desarrollo. Las sociedades se mantienen estables y soportan grados variables de cambio.

En la sociedad los individuos tienen una identidad y ubicación social, es decir, son padres, hijos, médicos, docentes, estudiantes, carpinteros, recolectores de residuos, etc. A esta posición se la denomina *status* (*del latín: estado*). Los status pueden ser *adscriptos* o *adquiridos*.

Se consideran *status adscriptos* a las posiciones sociales definidas a partir del nacimiento -edad, la familia en la que ha nacido la persona, sexo, etc.- que se dan en los individuos con independencia de su voluntad. Ser hombre, mujer, hijo, hermano, padre, joven, etc. son algunos ejemplos de ellos.

Los *status adquiridos* son aquellas posiciones a las que accede un individuo a partir de decisiones, elección y esfuerzo personales. Se logran sólo luego de demostrar sus capacidades para ocuparlos; por ejemplo: maestros, directores, policías, médicos, etc.

Los status se asocian con determinados grados de poder, influencia, responsabilidad o nivel socioeconómico. Ello provoca subordinación y diferencia jerárquica de los individuos en un grupo o institución. Esta ubicación por niveles de importancia, poder o jerarquía origina la *estratificación social* o clases jerárquicas. Así, la emergencia de los status produce la *diferenciación social*.

Los status implican derechos y obligaciones - el médico tiene autoridad y derecho de prescribir, certificar, ordenar el alta, y está obligado a atender la consulta, cubrir una guardia, certificar un diagnóstico, establecer y controlar un tratamiento, etc., y se expresan mediante *roles* o *papeles*.

Los *roles* son unidades de conducta que los individuos juegan o desempeñan a partir de un determinado status o posición social. Un alumno estudia, rinde examen; un maestro enseña, corrige pruebas, explica, etc. El juego de un rol implica la interacción con el rol complementario: el médico interactúa con el enfermo, con un enfermero; un maestro con un alumno; un vendedor con el cliente. El no cumplimiento de la conducta esperada - es decir, del rol compatible con un status- hace pensar en una situación anómala, irregular, ilegal. Cuando la desviación es muy acentuada se torna sospechosa de desorden mental. Si tal posibilidad no se confirma, la conducta desviada, (particularmente si es o tiene carácter antisocial) puede implicar sanciones legales o morales que constituyen diferentes formas de control social.

- ❖ **La Movilidad Social:** Hace referencia a los cambios que experimentan los individuos como consecuencia de la evolución social. Existen tres modalidades de movilidad social:
 - *Movilidad espacial:* La producen las migraciones humanas con sus implicancias demográficas, políticas y económicas.
 - *Movilidad generacional:* Corresponde a los cambios de status y roles en generaciones consecutivas. Esta movilidad es escasa en las comunidades rurales donde abuelos, padres e hijos han desempeñado la misma tarea y el mismo rol. En el medio urbano, por el contrario, el cambio es significativo: el abuelo puede ser obrero manual, el hijo técnico y el nieto profesional universitario.
 - *Movilidad de carrera:* Es el cambio de status y roles en el decurso vital de un mismo individuo: estudiante de medicina, médico, director de hospital, profesor universitario. En la sociedad actual la movilidad social es intensa. Las personas cambian de actividad o desempeñan numerosas tareas en distintas instituciones. Existe una sobreestimación y un exceso de empleos (sobre ocupación) que afectan su equilibrio psíquico y favorecen la aparición de las denominadas enfermedades psicósomáticas.

Sistema Social: Factores de Estabilidad y Cambio

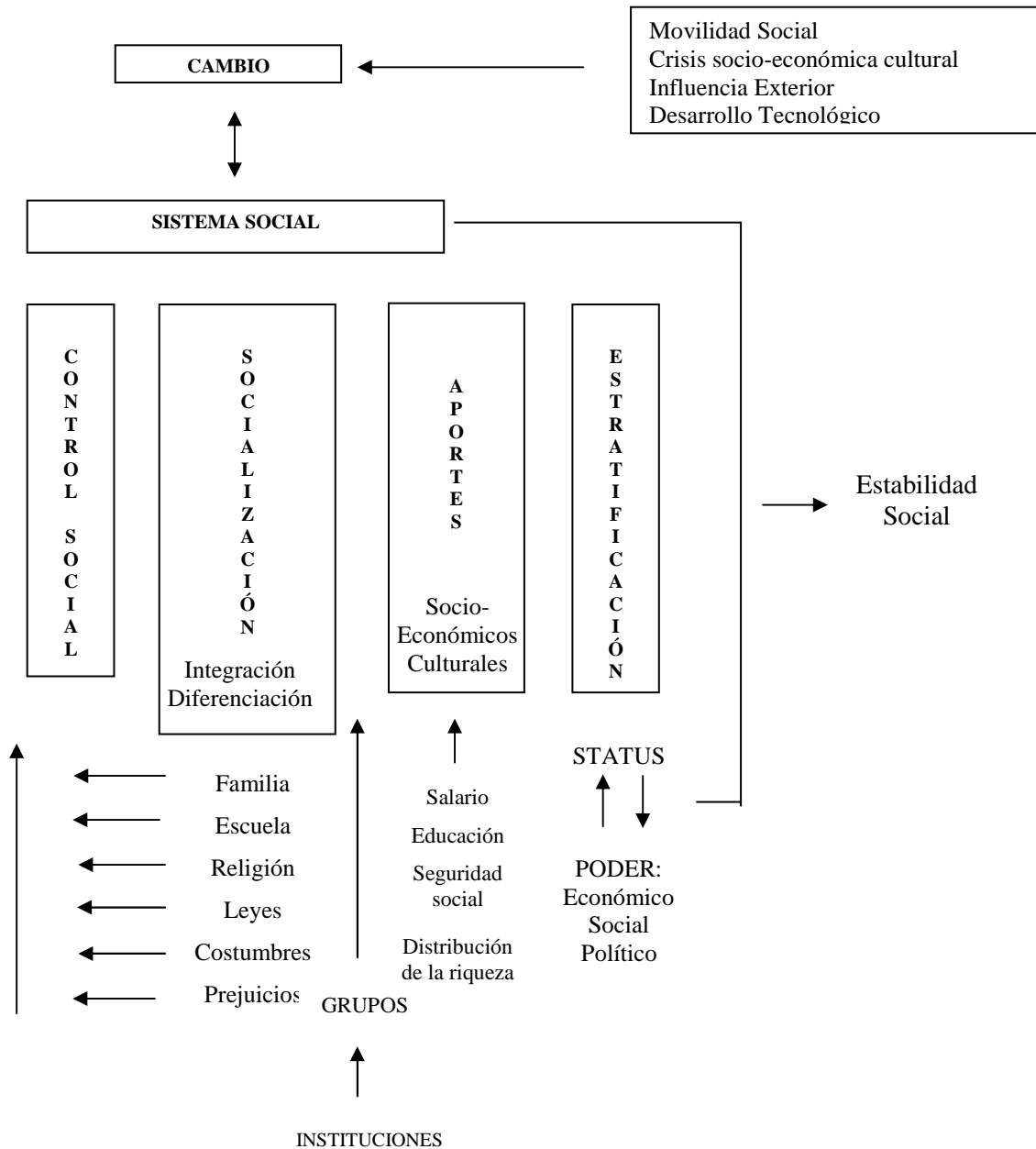


Figura 9.2 Movilidad social y sus factores operativos

- ❖ **Crisis Socioeconómica y Cultural:** Las situaciones de crisis se asocian con desocupación, inestabilidad política, aumento de la pobreza y exclusión social; también con la agudización de problemáticas tales como los de la violencia familiar, el maltrato infantil, las adicciones, etc.

Anomia Social

El cambio social -cuando es brusco- provoca desequilibrios en la sociedad y en los individuos. Las crisis sociales pueden desorganizar la vida de un país, romper la unidad, estimular la desintegración y generar conflictos sociales, precipitando lo que sociólogos como Émile Durkheim y Robert Merton denominaron ***anomia*** (*palabra griega que significa “ausencia de ley o norma”*). Esto provoca, a su vez, el incremento de conductas desviadas y el aumento de las tasas de criminalidad, suicidio, alcoholismo y drogadicción.

Una sociedad está bien organizada cuando ofrece a cada individuo y/o grupo la posibilidad de desarrollo, y desde él se desempeña entre las diferentes situaciones y actividades.

Cuando sobreviene la desorganización parcial del sistema social y la sociedad no puede dar respuestas a estas necesidades se produce la anomia social.

La Sociología observa estos fenómenos con el fin de descubrir en qué medida están causalmente relacionados. Para mencionar uno de los factores, se puede establecer que la pobreza -más que factor de marginación- es la consecuencia de la marginación social.

La brecha entre los países desarrollados y los del tercer mundo o subdesarrollados aumenta progresivamente. Mientras se avanza en la conquista de leyes a favor del niño y de la mujer, se desmontan progresivamente los sistemas de protección, especialmente aquellos vinculados a los derechos económicos, sociales y culturales. Contra estos derechos atentan procesos como los de flexibilización laboral, privatización de la sociedad y deserción de los estados en lo referente a asegurar justicia y bien común.

La llamada “*feminización de la pobreza*” en América Latina y en el mundo, constituye sin duda uno de los problemas sociales más relevantes para todos aquellos preocupados en la construcción de sociedades más equitativas.

La “*feminización de la pobreza*” está estrechamente relacionada con el incremento de hogares pobres a cargo de una mujer, tanto en países en desarrollo como en países industrializados. Esto afecta no sólo a las mujeres del mundo, sino también a sus hijos y sus familias. Los niños que crecen en la pobreza a menudo resultan afectados de manera permanente por la falta de alimento y de oportunidades.

INCIDENCIA DE LA POBREZA EN LAS CONDICIONES DE SALUD

Es importante poner en consideración a qué se hace referencia cuando se habla de pobreza. Siguiendo a M. Rozas, se entiende a la **pobreza** como "*una complejidad resultante de un cúmulo de carencias de diverso orden* (económicas, sociales, culturales, políticas, etc.) *tanto en su faz interna* (la familia) *como en su faz externa* (la sociedad).

Algunos autores hablan de **tres categorías de pobreza**: pobres estructurales, nuevos pobres y empobrecidos.

Los *pobres estructurales* son aquellos que nunca conocieron otra cosa más que la pobreza. La pobreza estructural, se mide a través del método de NBI (necesidades básicas insatisfechas), índice que determina si un hogar cuenta con servicios sanitarios básicos, con una vivienda aceptable, con acceso a la educación, entre otros indicadores censales.

Los *nuevos pobres* se caracterizan por estar dispersos en las grandes ciudades. Esta dispersión -y la desorientación que produce- transforman a la nueva pobreza en una pobreza casi invisible, que se cristaliza en el proceso de salud-enfermedad.

Los nuevos pobres se detectan a través del método de LP y LI (Línea de pobreza y Línea de Indigencia), método de medición de pobres por el ingreso. La principal limitación de estos índices es que la información censal que utiliza (nivel de ingresos y condiciones laborales), queda rápidamente desactualizada, debido a las variaciones que éstos experimentan.

La Línea de Pobreza identifica los hogares que, aunque cuentan con una vivienda decorosa y acceso a los servicios, ya no pueden satisfacer adecuadamente sus necesidades debido a la baja de sus ingresos.

La Línea de Indigencia (falta transitoria o crítica de recursos necesarios para vivir) detecta aquellos hogares que, dentro de la población pobre, carecen de ingresos suficientes para cubrir las necesidades alimentarias (canasta básica de alimentos).

Hablar de **nueva pobreza y salud** implica pensar en un fenómeno relativamente nuevo, que se caracteriza por su heterogeneidad. El único eje que aparece como común en

esta población es la pérdida de la condición laboral pensada en términos de cobertura económica y social y/o de estabilidad en el nivel de vida y condiciones de salud. Por lo que, entre la situación de pobreza y la situación de salud, se establece un vínculo directo.



Figura 9.3. La reducción de la pobreza es mayor en Perú, algo menor en Chile, y escasa en Argentina y Venezuela.

El empobrecimiento en el escenario de la salud, permite visualizar el aumento de la demanda en los hospitales públicos y el cambio en las características de la población que pertenece a otros sectores sociales, con un capital cultural y social diferente y, por consiguiente, con una modalidad de relación diferente con los profesionales que forman parte del Equipo de Salud. Tales modificaciones comprometen a la realización de un abordaje diferente, que requiere de una capacitación oportuna para la comprensión de este fenómeno social por parte de las Instituciones de Salud, para facilitar la implementación de nuevas estrategias de atención, prevención y promoción, respetando la realidad social a la que se dirigen.

La dinámica inclusión/exclusión puede evidenciarse en las siguientes dimensiones:

1. Equidad, entendida como igualdad de oportunidades de toda la población, es decir igualdad de derechos. El modelo económico generó fragmentaciones en la sociedad creando nuevas formas de desigualdad en la vida social, siendo así más los excluidos que los incluidos dentro de este ámbito.

2. Calidad de vida, referida a una mejor distribución y uso de la riqueza, la tecnología y a la garantía de un ambiente de desarrollo ecológico y participativo que dé lugar a la preservación del hombre y del medio con el menor grado de degradación y precariedad. Como consecuencia del fenómeno del desempleo y subempleo, el ingreso familiar se vio disminuido, lo que trajo aparejado la imposibilidad de satisfacer las necesidades básicas. Frente a esta problemática en la cual la sociedad enfrenta una progresiva caída en los distintos niveles de calidad de vida, es necesario encontrar políticas sociales que eviten un mayor deterioro de la situación y que, vinculadas a políticas económicas, promuevan el bienestar del ser humano en su vida individual, familiar y comunitaria.

3. Autonomía, entendida como autoabastecimiento en las dimensiones económicas, culturales y materiales de los individuos, con la participación del Estado en la seguridad social y con políticas públicas específicas. Las políticas actuales, tanto económicas como sociales, generan situaciones de vulnerabilidad y exclusión que cada vez abarcan a un mayor número de ciudadanos.

El proceso de exclusión (dejar fuera o rechazar a personas y/o grupos por razones psicosociales y económicas que favorecen la separación de la comunidad a la que pertenecen) que en nuestro país padecen amplios sectores de la población, no queda reducido solamente a la faz económica -es decir, a necesidades e ingreso- pues se presenta una situación más compleja que integra otras dimensiones tales como la política, la sociocultural, la territorial, etc. Este proceso ofrece la particularidad de representar distintos niveles de marginación, a tal punto que los sectores de pobreza han sido categorizados como una “*subclase*” que los ubica por fuera de la estructura social.

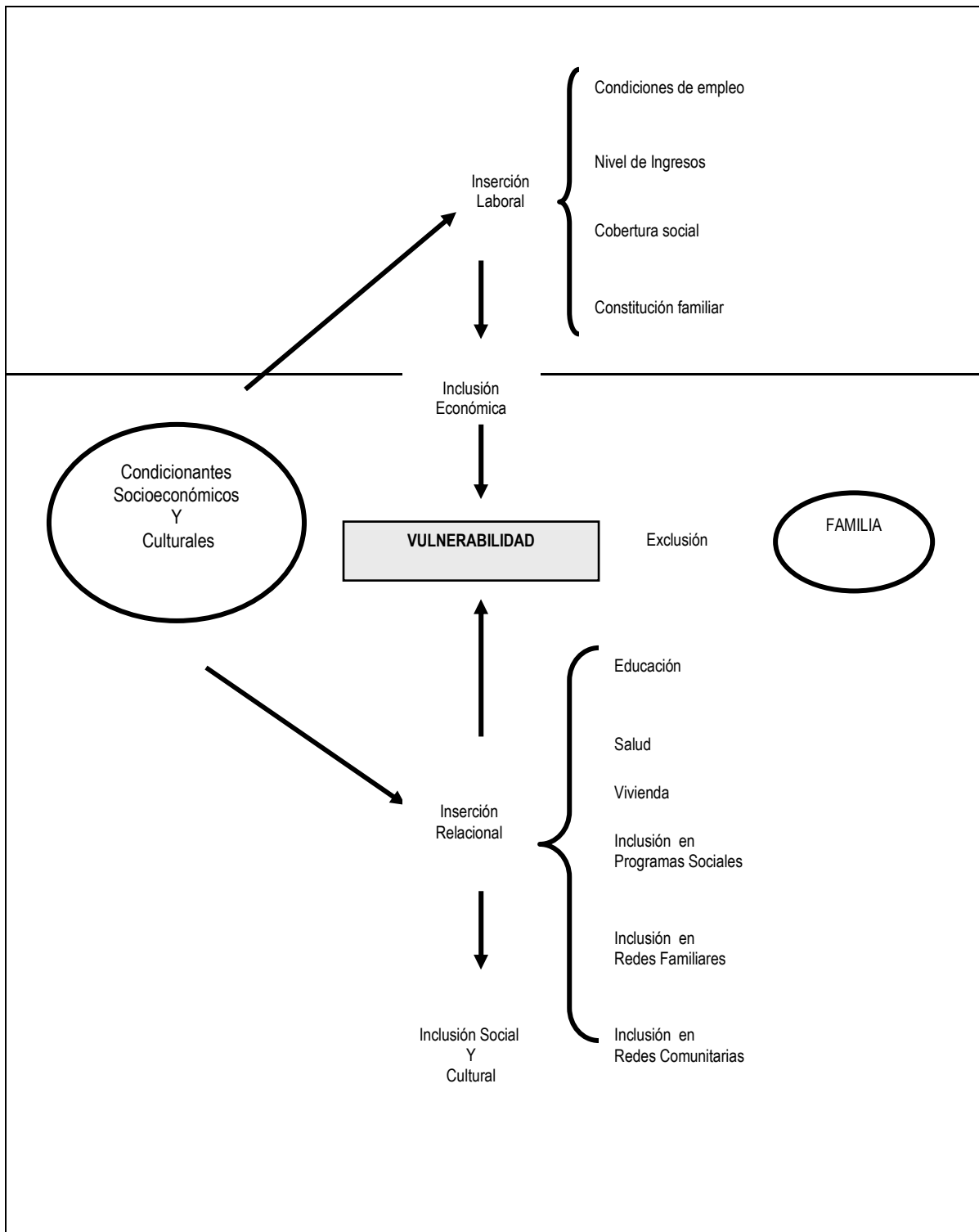


Figura 9.4. Inclusion y exclusión social según Castel.

GRUPO SOCIAL

Se denomina grupo a un número variable de personas que interactúan entre sí, tienen conocimiento mutuo y realizan algo en común (grupo de estudio, de discusión, equipo quirúrgico, equipo de fútbol, grupos recreativos, etc.)

Los seres humanos viven gran parte de su vida en grupos. Interactúan como miembros de una familia, residentes de un vecindario o un pueblo, como integrantes de un determinado grupo social, económico, religioso o étnico, o como ciudadanos de una nación. Aunque las personas no siempre son conscientes de su condición de miembros de un grupo, sí piensan y actúan en formas que -por lo menos- son determinadas parcialmente por la pertenencia al grupo. Así, la ropa que usan, la composición de la dieta y la forma como se alimentan, las creencias y valores que mantienen, las costumbres que siguen, todo ello recibe la influencia de los grupos a los cuales pertenecen.

En términos generales, la sociología reconoce dos clases de grupos:

- a. **Grupos Primarios:** En estos, sus miembros se encuentran ligados por lazos emocionales cálidos, íntimos, “personales”. Las relaciones son cara a cara. Forman un “nosotros”. La persona vive auténticamente sin fragmentarse en roles instrumentales (no es cajero, médico o policía) sino que es “él mismo” con los suyos. Ejemplos de grupos primarios son la familia, los grupos de amigos, etc.
- b. **Grupos Secundarios:** Aquí las relaciones entre sus miembros son impersonales, técnicas, formales y más bien frías. No participan con un compromiso total sino que se limitan al juego de los roles especiales. El grupo no es un fin en sí mismo, sino un medio para otros fines (trabajo, investigación, etc.). Las actividades médicas se realizan en actividades grupales: equipo de salud, equipo quirúrgico, equipo de terapia intensiva, equipo de unidad coronaria, ateneo clínico, etc. En Psiquiatría, el grupo de pacientes constituye una modalidad de tratamiento, denominado terapia grupal. En educación sanitaria suele utilizarse el grupo como medio para transmitir información o motivar sobre prácticas saludables y preventivas, tal como ocurre en grupos de madres lactantes, de embarazadas, diabéticos, etc.

LA FAMILIA

Grupo Primario o Modo de Organización Social

Se puede definir a la familia como una organización social básica en la reproducción de la vida, tanto en sus aspectos biológicos y psicológicos, como sociales. En la vida cotidiana, la familia es un espacio complejo y contradictorio ya que surge a partir de múltiples condiciones que se dan en un determinado contexto social, político, económico y cultural.

Toda familia se desarrolla con una historia propia en la que se une lo esperado socialmente, lo deseado por la familia y lo posible en relación al contexto en el que está inserta.

La familia es el grupo primario donde el individuo humano nace, crece, se desarrolla, madura. Es la matriz donde se actualizan las potencialidades de las cualidades humanas, mediante la interacción social con los miembros de la misma: padres, hermanos, miembros de familia extensa, sustitutos de éstos y otros. La familia, como institución, transmite los valores de la cultura e inicia el proceso de estructuración de la personalidad de los hijos y el desarrollo de los roles inherente a su dinámica en los adultos. La cultura moldea a la familia y ésta a los miembros que la componen.

Estructuración del grupo familiar

En general, una familia se estructura en un decurso temporal que comienza con la formación de una pareja. Ambos tienen procedencias distintas en términos de:

- ~ Distintas biografías.
- ~ Distintos contextos de valores.
- ~ Hábitos domésticos aprendidos en distintos medios familiares.
- ~ Modelos internalizados de paternidad y maternidad aprendidos en sus respectivos medios familiares.

Estas diferencias deben armonizarse en la etapa de consolidación de la pareja, mediante un proceso complejo de compatibilización, que tiende a lograr cohesión y estabilidad.

La familia como sistema

El grado de participación de estos recursos asistenciales puede dar cuenta en gran medida de la preservación de un ambiente familiar sano.

Funciones de la familia

La familia -como unidad social básica- cumple funciones vitales. Estas funciones están determinadas por prácticas culturales e ideología social. Por *función familiar*, se entiende a las actividades y tareas que los distintos miembros deben realizar de acuerdo a la posición que cumplen dentro del grupo familiar.

El conocimiento de estas funciones resulta de gran utilidad para identificar la modalidad de integración familiar y facilitar su diagnóstico.

Las funciones básicas de la familia son:

- ◆ **Socialización:** Consiste en transformar un sujeto totalmente dependiente de sus padres -como es el niño- en un ser independiente, capaz de desarrollarse dentro de una sociedad. Los estudiosos de la familia han colocado a la madre como educador principal hasta los seis años. A partir de esa edad comienza la etapa de socialización en otros espacios o instituciones, como por ejemplo la escuela.

- ◆ **Cuidado:** Función clave que le permite la preservación de la especie. En este punto se incluye:
 - ✓ Alimentación.
 - ✓ Vestimenta.
 - ✓ Seguridad física.
 - ✓ Apoyo emocional.

- ◆ **Afecto:** Es la relación de cariño y amor que existe entre los miembros de la familia. Es una función básica que permitirá el apoyo y contención necesaria para el desarrollo integral y armónico de sus miembros.

- ◆ **Comunicación:** Constituye una función muy importante. La familia utiliza mensajes verbales y para verbales para transmitir todo lo demás. La congruencia de los dos tipos de mensajes es básica para el desarrollo y equilibrio emocional de sus miembros.

- ◆ **Reproducción:** Tradicionalmente la familia es la encargada de “proveer nuevos miembros a la sociedad”. Esta función conlleva el compromiso de efectuar esta tarea familiar con responsabilidad.

- ◆ **Estatus y nivel socioeconómico:** Como institución mediadora entre el individuo y la sociedad, el conferir a un miembro de la familia tal o cual nivel socioeconómico, equivale a transferirle derechos y obligaciones.

Estructura Familiar

El primer paso para iniciar el abordaje de la familia consiste en investigar su estructura. Esto significa conocer quiénes son integrantes de la familia, el número de miembros que la integran, el tipo de parentesco que los une y las relaciones entre ellos.

¿Por qué estudiar la estructura familiar?

El tamaño y la composición de la familia influyen en el proceso salud- enfermedad.

Las dos estructuras tradicionales son:

- **Familia extensa:** En ellas conviven en el mismo hogar tres o más generaciones.
- **Familia Nuclear:** Está constituida por dos generaciones, los padres y los hijos.



Figura 9.5. Prototipo de familia nuclear convencional

Cambios en las estructuras familiares

En los últimos 100 años se han producido cambios importantes en las tipologías familiares.

A principios del siglo XX la estructura predominante era la de la familia extensa, constituida por los padres, hijos, abuelos y -en muchas ocasiones-tíos, primos, etc. Esta

estructura facilitaba la enculturación del grupo social primario, transmitiendo valores y creencias que constituían un recurso inestimable en situaciones de crisis.

Los cambios sociales que se generaron a partir de la revolución industrial, produjeron una transformación en la composición de la familia, disminuyendo el número de miembros que la integran, limitándose estos a los padres y los hijos. A partir de este período ha predominado la familia nuclear. Al respecto, en las últimas décadas, los cambios referentes a la disminución de la fecundidad, la disolución de los matrimonios y una marcada tendencia a los hogares unipersonales, marcan también un cambio en la tipología familiar en los últimos tiempos.

Cambios familiares y género en el siglo XXI

Martha B. Melo

La sociedad moderna y contemporánea marca un cambio significativo en los códigos sociales, los discursos y los cursos de acción que entrelazan la interacción de los individuos como también en los imaginarios y representaciones sociales que circulan en la vida cotidiana. El nudo de estos cambios afecta las diferentes conformaciones de las identidades, es decir los procesos de subjetivación de los seres humanos y su despliegue en nuevas formas y estilos de socialización e interacciones sociales. (1)

La familia contemporánea es un agente activo de la realidad que se transforma de acuerdo al momento histórico-social. Marca un constante movimiento, cambio y transformación dando como resultado un polimorfismo familiar, el cual replantea la mirada idealizada de la familia como modelo único y homogéneo. Hoy nos encontramos con diferentes tipos de familia: nucleares, unipersonales, ensambladas, extensas, homosexuales, que tienen sus particularidades de acuerdo a su estatus socioeconómico, al espacio geográfico en el que habitan, el grupo étnico al que pertenecen, etc. en las que se juegan roles y relaciones de poder diferentes. Se dan, aunque esto no es nuevo, fenómenos migratorios pero que a diferencia de otras épocas, implican un rol protagónico femenino importante que muchas veces genera un cambio sustancial en las relaciones de género tradicionales. (2)

Todo esto lleva a una revisión de roles en la pareja y en las formas de socialización de los hijos. Se plasman diferentes subjetividades con la influencia de un mundo que aunque con importantes diferencias no puede evadir los cambios y tendencias que afectan las personas. Por lo tanto existen factores individuales, interaccionales e institucionales que afectan al grupo familiar en un momento dado.

Cada época construye ciertas formas predominantes de subjetividad, así como modalidades de funcionamiento vincular singular de ese momento histórico con las diferencias que puedan provenir de la pertenencia a diferentes lugares geográficos, razas, religiones, clases sociales.

Bibliografía:

1. Baumann, Z. “Amor Líquido: acerca de la fragilidad de los vínculos humanos”. Buenos Aires. Fondo de Cultura Económica. 2005.
2. Giddens, A. “Modernidad e identidad del yo”. Barcelona. Ediciones Península. 1995.
3. Lipovetsky, P. “El crepúsculo del deber”. Barcelona. Editorial Anagrama. 1993.

Por lo expresado, la clasificación basada en familia extensa y nuclear, no representa en la actualidad los modelos predominantes de estructuras familiares. Esto llevó, como ya se ha mencionado, a una nueva clasificación basada en la familia nuclear.

Clasificación demográfica de la familia

Existen distintas clasificaciones de la estructura familiar. A continuación se presenta una de ellas, con base en la familia nuclear.

1. **Familia extensa:** es aquella en que se mantiene el vínculo generacional, viviendo en el mismo hogar tres o más generaciones.
2. **Familia nuclear:** formada por dos individuos de distinto sexo, los que cumplen el rol de padres y los hijos. Se sub clasifica a su vez en:

2. a- Familia nuclear sin hijos

2. b- Familia nuclear con parientes próximos: Cuando viven en la misma localidad otros miembros de la familia, principalmente las familias de origen de los cónyuges.

2. c- Familia nuclear sin parientes próximos: Cuando no tiene en la misma localidad otros familiares.

2. d Familia nuclear numerosa: Constituida por los padres y más de cuatro hijos

2. e- Familia nuclear ampliada: Donde conviven en el hogar otras personas.

Pueden ser:

- Parientes (tíos, primos, uno de los abuelos).
- Agregados (personas sin vínculo consanguíneo; amigos, vecinos etc.)

2. f- Familia ensamblada: Integradas por dos adultos en la cual, por lo menos uno de ellos, trae un hijo de su relación anterior.

3. **Familia uniparental:** constituida por un solo cónyuge y sus hijos.

4. **Familia homoparental:** ambos cónyuges son de un mismo sexo. Conviene aclarar que estudios recientes demuestran que los niños criados en este tipo de familias evolucionan igual que niños de familias clásicas.



Figura 9.6. Modelos de familias homoparentales: la nueva realidad.

5. **Personas sin familias:** personas que viven solas (que por razones laborales y personales viven de ese modo, sin que esto signifique un rechazo a la vida familiar).



Figura 9.7. Ausencia de familiaridad: la persona sola.

6. ***Equivalentes familiares:*** individuos que conviven en un mismo hogar sin constituir un núcleo familiar tradicional, grupos de amigos que viven juntos, religiosos que viven cerca de su comunidad.

A continuación se presentan otras modalidades de organización que configuran problemáticas específicas y que hacen necesario el desarrollo de políticas de asistencia desde diversos ángulos y con recursos interdisciplinarios.

Tipos de familias que configuran problemáticas específicas:

Las condiciones expuestas más arriba, exigen a los miembros de una familia un esfuerzo constante para satisfacer las exigencias para preservar la unidad y estabilidad de la misma. Pero pueden surgir situaciones que generen carencias o alteraciones en las pautas básicas. En esas circunstancias la familia puede favorecer el surgimiento de patologías psíquicas o físicas:

- a) ***Familia incompleta:*** Por ausencia del padre o madre, madres solteras, viudas con hijos pequeños, situaciones todas que pueden alterar la definición de los roles sexuales.
- b) ***Familia carenciada:*** Por falta de inclusión laboral y/o social. Problemas habitacionales, en riesgo de accidentes: incendios, derrumbes, inundaciones. Inseguridad por bajos salarios, violencia externa o endofamiliar, alcoholismo, desocupación, etc.
- c) ***Familia antisocial:*** Es el caso en que los valores propuestos en el proceso endocultural son opuestos a los de la macro sociedad.

- d) **Familias aglutinadas:** Los vínculos y lazos son simbióticos (indiferenciados), dificultando el proceso de maduración y separación de los hijos. Suelen favorecer el desarrollo de personalidades caracteropáticas o neuróticas.

- e) **Familias con altos riesgos de enfermedad genética** son familias que practican la *endogamia*, es decir la procreación entre hermanos, primos, etc.

Relaciones de parentesco y ayuda mutua

Las relaciones de intercambio y ayuda mutua son aquellas que se establecen entre parientes, amigos, vecinos. Tienen como finalidad, de manera implícita o explícita, el intercambio de bienes y servicios que hacen a la organización de la vida cotidiana de los sujetos o familias partícipes de estas relaciones.

En el marco de la salud de los sujetos, las familias o las comunidades, estas relaciones se reconocen como un recurso alternativo para dar respuesta a las carencias o problemas que enfrentan cotidianamente.

El parentesco aparece como la afiliación que mayor peso tiene en el surgimiento y mantenimiento de estas relaciones. Si se analiza la reciprocidad, la obligación -así como cierto derecho a petionar- son aspectos claves en el funcionamiento de las relaciones de ayuda mutua.

Desde la perspectiva de formación de los profesionales de salud, es muy importante considerar estos aspectos vinculares entre sujetos o familias con el objetivo de hacer visibles estas prácticas e incorporarlas en el diagnóstico individual, familiar y/o comunitario. Identificando aquellos casos en los cuales los riesgos de salud se acrecientan por ausencia de apoyo familiar o comunitario, se puede contribuir a potencializar aquellos vínculos que favorecen el crecimiento y desarrollo saludable de sus miembros.

Redes sociales y redes en salud

El enfoque de redes sociales se incorpora a las prácticas profesionales a mediados de los años 60 y durante la década de los 70, en el campo de la psiquiatría y de la psicología.

En el ámbito de la salud, existe evidencia comprobada de que una red estable, activa y confiable, protege a las personas de las enfermedades, aumentando las consultas preventivas, acelerando los procesos de curación y elevando la calidad de salud de las comunidades.

Cuando la calidad de la red social es mayor, la calidad de la salud también lo es.

Estudios que analizan casos de mortalidad infantil demuestran que la ausencia de redes sociales es un factor determinante en el acrecentamiento de las tasas de mortalidad infantil.

El médico debe dejar de considerar al paciente como alguien aislado o descontextualizado, para comenzar a incorporar una mirada integral desde la perspectiva de red social. Que un sujeto pueda contar con otros es un valor que contribuye a generar salud.

En el intento por develar las redes, se debe tener en cuenta que las mismas pre-existen al médico y preceden a su llegada e intervención.

Además, se requiere del mapeo de recursos disponibles en el ámbito comunitario e institucional y la valorización de las redes en el ámbito comunitario y en el área de salud específicamente. Esto es imprescindible para aunar esfuerzos y complementar acciones a favor de la construcción de la salud comunitaria. La “red solidaria” establecida por el ingeniero Juan Carr en nuestro país, la ONG (Organización No Gubernamental) “Un techo para mi país”, los merenderos, etc., son ejemplos de redes sociales solidarias. Las hoy llamadas redes sociales electrónicas como *facebook* y *twitter* no son exactamente redes familiares, pero vienen ocupando un lugar cada vez más preponderante.

VIOLENCIA

Factores Psicosociales

Otra vez enero fue el mes con más casos de violencia familiar

Se produjeron 272 denuncias, la mayoría vinculada a hombres que agredieron a sus parejas / Alrededor de 100 fueron apresados, de los cuales 23 todavía no recuperaron la libertad / Hubo seis casos de detenciones por el botón antipánico. En enero fueron detenidos más de 100 hombres por violencia familiar, de los cuales 23 aún no recuperaron la libertad.

El encabezado precedente, tomado del diario La Voz del Interior en su edición del lunes 10 de Febrero de 2014 (*Francisco Guillermo Panero fpanero@lavozdelinterior.com.ar*), sirve como introducción de un tema cada vez más frecuente en nuestra y en otras sociedades.

La velocidad y profundidad de los cambios que se vienen produciendo desde el siglo pasado hasta nuestros días, conducen a un replanteo de las modalidades existentes para la generación de nuevas estrategias de acción en la promoción de la salud de niños, adolescentes y adultos.

Los factores de naturaleza socio-económica que acompañan estos cambios, ponen de manifiesto el predominio de una visión de hombre individualista, que busca respuestas en lo inmediato, en el placer y en la oferta de falsos valores.

El entorno socio-cultural en el cual está inserto el ser humano y sus grupos de pertenencias -familia, escuela, trabajo- va a producir ciertas conductas que se relacionan con la violencia.

¿Qué es la violencia?

La violencia, ha penetrado en todos los rincones de la cotidianidad, por lo que se ha transformado en un hecho que está comprometiendo la vida, en relación a la salud física y mental de la población. Está presente en la calle, en los estadios, en las familias, en las escuelas, en los medios de comunicación, en las palabras y los gestos. La violencia, pues, ocupa un lugar destacado en el conjunto de preocupaciones de todas las sociedades del mundo.

En una reunión celebrada en Bruselas en octubre de 2002, la Organización Mundial de la Salud (OMS) entregó por primera vez a la comunidad internacional y a los pueblos del mundo, el Informe mundial sobre violencia y salud.

El documento representa el esfuerzo colectivo de de 150 expertos de todas las regiones de la OMS, quienes trabajaron por casi tres años, bajo la coordinación de esta entidad, a fin de conseguir un informe encaminado no sólo a dar a conocer de manera objetiva la magnitud del problema de la violencia en el mundo, sino también a servir de herramienta de trabajo para gobernantes, investigadores y todos los que de una manera u otra buscan su solución.

El Informe se ha estructurado en nueve capítulos, de los cuales el primero presenta la violencia como problema de salud pública y, partiendo de la necesaria definición del tema, analiza aspectos como los distintos tipos de violencia, su magnitud, sus múltiples causas y la posibilidad de prevenirla. Seguidamente se examinan algunas formas particulares de violencia, como la violencia juvenil, el abuso y la negligencia de niños y niñas, la violencia entre parejas, el abuso del adulto mayor, la violencia sexual, la auto infligida y la colectiva, destacando que la magnitud del problema de la violencia es a nivel mundial y demuestra que en dónde ésta persiste, la salud corre grave peligro. Finalmente, el informe cierra con un capítulo de Recomendaciones para la acción. (1)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la **violencia** como: *“El uso intencional de la fuerza física o el poder contra uno mismo, hacia otra persona, grupos o comunidades y que tiene como consecuencias probables lesiones físicas, daños psicológicos, alteraciones del desarrollo, abandono e incluso la muerte.”*

La conceptualización de la OMS diferencia tres tipos de violencia:

- ⇒ La auto violencia: Incluye el suicidio y la autoagresión.
 - ⇒ La violencia interpersonal: Incluye la violencia familiar y de pareja (*entre convivientes*) y la violencia comunitaria (*se manifiesta en agresiones de extraños al medio familiar*)
 - ⇒ La violencia colectiva: Puede ser de naturaleza social, económica o política (*guerras, desplazamientos, etc.*).
- ~ **Violencia familiar**: Este tipo de violencia hace referencia a los malos tratos o agresiones físicas, psicológicas, sexuales o de otra índole, infligidas por personas del medio familiar y dirigida generalmente a los miembros más vulnerables de la misma: niños, mujeres y ancianos.
- ~ **Violencia en la pareja**: Son aquellas agresiones que se producen en el ámbito privado en el que el agresor –mujer o varón- tiene una relación de pareja con la víctima. Dos elementos deben tenerse en cuenta para definir situaciones de violencia en la pareja: la reiteración o habitualidad de los actos violentos y la situación de dominio del agresor, que utiliza la violencia para el sometimiento y control de la víctima. Este término con frecuencia se equipara en la bibliografía con los de *violencia doméstica* y *violencia conyugal*.
- ~ **Violencia de género**: El término hace referencia a la violencia específica contra las mujeres, utilizada como instrumento para mantener la discriminación, la desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres. Comprende la violencia física, sexual y psicológica incluida las amenazas, la coacción o la privación arbitraria de libertad, que ocurre en la vida pública o privada y cuyo principal factor de riesgo lo constituye el hecho de ser mujer.
- ~ **Abuso y maltrato infantil**: forma de violencia dirigida contra la niñez, que acomoda el concepto de abuso sexual, y el maltrato físico, verbal, psicológico.

La violencia doméstica es considerada un problema de salud pública de primer orden por organizaciones internacionales y gobiernos. La misma, comporta graves riesgos para la salud de las víctimas tanto a nivel físico como psicológico. El impacto emocional que genera esta situación es un factor de desequilibrio para la salud mental, en las víctimas y los convivientes. (2)

Para que una conducta se considere como violenta debe tener el requisito de la "intencionalidad"; la intención por parte del agresor de ocasionar un daño. La violencia implica el uso de la fuerza (psicológica, física, económica) para producir daño, siendo considerada una forma de ejercicio de poder. (1)

El término violencia familiar, alude a todas las formas de abuso que tienen lugar en las relaciones entre miembros de la familia. La relación de abuso es aquella en la que una de las partes ocasiona un daño físico y/o psicológico a otro miembro, ya sea por acción o por omisión. La relación de abuso debe ser crónica, permanente y periódica para ser considerada violenta. A partir de estudios estadísticos se observa que el 50% de la población sufre o ha sufrido alguna forma de violencia familiar. (1)

Para establecer que una situación es un caso de violencia familiar, la relación de abuso debe ser crónica, permanente y periódica, refiriéndonos así a las distintas formas de relación abusiva que caracterizan un vínculo familiar. Entre las principales características que puede presentar una familia que sufre de violencia son las siguientes:(1)

1. *Generalmente en las familias en las que aparece la violencia familiar tienen una organización jerárquica fija o inamovible. Sus miembros interactúan rígidamente y deben ser y actuar como el sistema familiar les impone.*
2. *Las personas sometidas a situaciones críticas de violencia familiar presentan un debilitamiento de sus defensas físicas y psicológicas, lo que conduciría a un incremento en los problemas de salud. Muchas padecen de depresión y enfermedades psicosomáticas.*
3. *Estas personas muestran una disminución marcada en el rendimiento laboral. En los niños y adolescentes tienen problemas de aprendizaje, trastornos de la personalidad, etc.*
4. *Las personas que viven afectadas por la violencia familiar, como crecieron dentro de este contexto, tienden a reproducirlos en sus futuras relaciones. (1)*

Formas de violencia:

Se reconocen diversas formas de vivir violencia en el seno de la familia:

Violencia Física: *Lesiones corporales infringidas de forma intencional, como golpes, quemaduras, agresiones con armas, etc.*

Violencia Psicológica: *Humillaciones, críticas exageradas y públicas, insultos, amenazas, desvalorizaciones, lenguaje grosero y humillante aislamiento social, control del dinero, no permitir tomar decisiones, etc.*

Violencia Sexual: *Actos que atentan contra la libertad sexual de la persona y lesionan su dignidad: relaciones sexuales forzadas, abuso, violación.*

En lo cultural, la violencia se instaura en los espacios de lo social y lo personal. Así, va desde la ausencia de los derechos más básicos hasta llegar a situaciones en las que la vida y la muerte no se diferencian. Se trata de una violencia que marca profundamente las conductas, pero está escondida y se habla a media voz. (2)

El equipo de salud no debe permanecer ajeno a este problema de salud pública. Su intervención es necesaria en la prevención, detección, tratamiento y orientación de este complejo problema, ante el que es imprescindible un abordaje integral y coordinado con otros profesionales e instituciones.

Bibliografía

1. Krug, E.G.; Dahlberg, L.L.; Mercy, J.A.; Zwi, A.B. & Lozano, R., ed. *Informe mundial sobre la violencia y la salud!*. Washington, Organización Panamericana de la Salud, 2003. 374p. (Publicación Científica y Técnica No. 588). ISBN 92 75 31588 4.
2. Grosman MA. *Violencia en la familia*. Buenos Aires: Editorial Universidad 1992:68.

Violencia Familiar y Maltrato

En ese sistema de violencia está involucrada la familia. No existe duda alguna en cuanto a que trabajar sobre los aspectos psicosociales de la violencia, implica trabajar con la familia.

Se puede sostener que no existe la familia “ideal”, sino simplemente familias. Cada grupo de integrantes que constituyen una familia conforman un tipo familiar diferente a cualquier otra familia.

Encuadrada dentro de la violencia familiar, las formas más graves de violencia son el maltrato infantil, la violencia conyugal, la violencia de género y el maltrato al anciano.

Maltrato Infantil

El maltrato al menor se encuadra dentro de la problemática de la violencia, y representa un componente de la *Disfuncionalidad Familiar*, entendida como una alteración en las relaciones familiares que producen insatisfacción en uno o varios de sus miembros en situaciones que impiden su crecimiento emocional.

“Un niño es maltratado o abusado cuando su salud física o mental, o su seguridad están en peligro, ya sea por acciones u omisiones llevadas a cabo por el padre, madre o tutor”. (1).

Las causas del maltrato infantil son múltiples; se entrelazan factores psicológicos, culturales, sociales, económicos, pero en el fondo subyace una *sociedad disfuncional* creando un terreno fértil para el desarrollo de la violencia en todos los ámbitos.

En la familia se ponen en marcha “modelos violentos” que se replican en la escuela o en otros ámbitos de la sociedad con gran influencia de los medios de comunicación. Con frecuencia, dentro del ámbito familiar, existe la creencia que para disciplinar al niño se le debe causar dolor con la intención de modificar conductas indeseables. Así, los padres incorporan la violencia corporal sobre el niño como un método de enseñanza eficaz para resolver problemas interpersonales. El modelo se transmite y convierte en un grave conflicto transgeneracional, formando una cadena invisible de violencia. Al respecto, y de acuerdo a estudios realizados en casos clínicos de niños con una historia familiar violenta, hoy se sostiene que padres que maltratan fueron maltratados en su infancia, por lo que, romper los eslabones de una cadena de violencia es proteger no solo al niño que sufre, sino a las futuras generaciones.

1. Glaser, D., Frosh, S. “Abuso sexual de niños”. Editorial Paidós. Buenos Aires. 1997.

Efectos de la violencia, el abuso y el maltrato en la niñez

Para crecer, aprender y convertirse en un adulto saludable, los niños deben tener un mundo donde se sientan contenidos y seguros de sí mismos. La violencia doméstica no sólo les roba la confianza en sí mismos dificultando la posibilidad de obtener mejores oportunidades en la vida, si no que les puede generar conflictos y traumas. El maltrato infantil compromete la salud del niño dejando secuelas físicas y psicológicas.

Los lactantes y los niños pequeños que son testigos de violencia en sus hogares generalmente tienen irritabilidad excesiva, conducta inmadura que no mejora, problemas del sueño, angustia emocional, temor de estar solos y regresiones para ir al baño, caminar y/o hablar. (1) Los niños en edad preescolar pueden desarrollar enuresis y problemas del habla. La exposición a la violencia en la familia, interfieren con el desarrollo normal del niño, de la confianza en sí, y los comportamientos de exploración, que son parte del desarrollo de la autonomía y la personalidad. (2)

Numerosos estudios han demostrado que los niños que crecen presenciando situaciones de violencia y abuso en sus hogares, sufren de abuso emocional, tienen problemas de comportamiento y de aprendizaje, también tienen mayor riesgo de padecer depresión, bajo rendimiento escolar, aislamiento social, y constantemente se quejan de dolores corporales, de estómago y de cabeza. A menudo, manifiestan actitudes agresivas en las instituciones escolares, y la violencia que mostraran será en la medida del comportamiento agresivo del que son testigos en el hogar. (1) (2) (3)

Detrás de todos estos "síntomas" de la violencia en el hogar, los niños también tendrán respuestas emocionales, es decir, a menudo mostrarán ira, terror intenso, miedo de morir, o temor a la pérdida de su padre, madre o familiar. Pueden tener sentimientos culpa, o sentir equivocadamente que ellos, son responsables de los actos violentos y la violencia en el hogar, lo que puede alterar su desarrollo emocional y social. (3)



Figura 9.8. Niños testigos de violencia familiar

Los niños necesitan sentir que están protegidos y seguros. El estar expuesto a la violencia en el hogar, enseña a los niños, que la violencia es una forma normal de vida y

aumenta su riesgo de formar parte de relaciones violentas cuando sean adultos, ya sea como abusadores o víctimas. (1)

Desde la descripción original del *síndrome de niño zarandeado*, por el pediatra estadounidense C. Henry Kempe, mucho se ha avanzado en garantizar los derechos de la infancia contra el maltrato físico y el abuso sexual. Sin embargo, todavía existen casos en todos los niveles sociales. El médico necesita de un alto grado de sospecha para denunciar estas situaciones. Existen hoy un buen número de pautas clínicas e imágenes radiográficas para consolidar la sospecha de maltrato físico, que en muchos casos termina en la muerte del menor.



Figura 9.9. Lactante maltratado físicamente.

Bibliografía

1. Lipina, S.J. (2006). Vulnerabilidad social y desarrollo cognitivo. Aportes de las Neurociencias. Buenos Aires, Universidad Nacional de San Martín y Jorge Baudino Ed.
2. <http://www.saludhealthinfo.com/es/salud/EFFECTOSDELAVIOLENCIAENLOSNIÑOS.html>
3. Glaser, D., Frosh, S. "Abuso sexual de niños". Editorial Paidós. Buenos Aires. 1997.

Prevención de la Violencia Familiar

La prevención de la violencia familiar es el conjunto de acciones dirigidas a disminuir o eliminar los factores de riesgo que afectan a las familias y predisponen la existencia del maltrato. Esta tarea debe ser emprendida con un trabajo interdisciplinario, de carácter interinstitucional, en el marco de un conjunto de políticas públicas destinadas a reducir las circunstancias ambientales y sociales que favorecen la existencia del maltrato.

Intervención del médico

¿Que puede hacer el médico desde el punto de vista de la prevención, en el contexto de su actividad habitual en la consulta? ¿Cuál es su papel en los distintos tipos de prevención: primaria, y secundaria?

A estos interrogantes se responderá en primer lugar que:

Es necesaria la sensibilización por parte de los profesionales: la violencia doméstica es un problema de salud y como tal nos atañe.



Figura 9.10. Ilustración publicada en medios internacionales para detener la violencia de género.

Sin embargo, recordemos que la complejidad de la violencia nos obliga a ejecutar toda nuestra pericia médica, pero sin menoscabar la trama psicosocial y hasta antropológica que se esconde detrás de estas situaciones.

BULLYING



Figura 9.11. Representación universal de la violencia asociada a bullying.

La palabra inglesa “*bull*” significa toro. En ese idioma, “*bully*” es el típico *matón* en nuestra cultura. Siempre han existido matoncitos en la escuela, y en todos los órdenes de la vida. Su accionar no necesariamente conlleva violencia física, sino también acoso, amenazas y advertencias. Robarle a un niño su bicicleta o sus zapatillas son actos que también configuran *bullying*. Esta palabra inglesa ha encontrado un uso universal en casi todos los idiomas y en las diferentes sociedades.

Lamentablemente la violencia física se ha incorporado con mayor frecuencia a las actividades del “matón”. En la actualidad, el bullying a través de medios electrónicos se denomina *cyber bullying*.



Figura 9.12. Cyber bullying. Grupos anti bullying.

Pedofilia

Configura una práctica en que adultos de ambos géneros usan a menores de edad para satisfacer sus necesidades sexuales. Si bien es un delito universal, no ha podido erradicarse todavía. Aunque en este grupo se han incluido también las relaciones entre adultos (sobre todo, maestros) con sus menores a cargo, muchas de ellas responden a

relaciones amorosas genuinas. Sin embargo, la legislación vigente las incluye como delitos contra los adolescentes involucrados.

En todos los casos citados, la base subyacente es la comisión de un acto de violencia o fuerza contra la voluntad del menor, por la consecución de una meta que vulnera su identidad, y deja secuelas graves a muy largo plazo.

Más aún, podemos afirmar, que buena parte de niños abusados o maltratados en su infancia, suelen convertirse en adultos que reproducen en otros las agresiones sufridas en su niñez.

Cuando la relación sexual se da entre un menor de más edad (17 años) con otro u otra de menos edad (15 años) la situación es difícil de catalogar, sobre todo porque a esas edades, la ley no admite que ambos puedan consentir en la acción ocurrida.

Es nuestra función, como médicos, mantenernos alerta frente a todas estas situaciones, y tratar de esclarecerlas con una mirada humanitaria y una actitud compasiva

Discriminación

Es una forma de *violencia con estado social propio*. Es considerada por muchos expertos en medicina antropológica y en ciencias sociales como la más severa de todas las formas de ejercer violencia.

Argentina tiene una población de 40 millones de personas (Indec, censo 2010). De ese total, distintos estudios etnográficos indican que 150,000 (0,4%) es afro descendiente. Dentro del grupo, 92% son afro argentinos; el resto son extranjeros. La población indígena, originaria, o amerindia, fue estimada en 1.500,000 personas, aunque este dato ha sido cuestionado.

El estudio más provocativo se realizó en Buenos Aires en el laboratorio de Antropología de la Universidad Maimónides, analizando componentes de los grupos sanguíneos y sus subgrupos. El autor principal, Dr. Jorge Carnese, concluye que de esa investigación surge un dato que produjo bastantes efectos colaterales: solamente 65% de la

población actual es de ascendencia blanca europea, 30% es amerindia y 5% afro descendiente.

Los estudios realizados en 2012 continúan hasta la actualidad arrojando resultados similares, y en Córdoba, el laboratorio de Antropología de la UNC permite a cualquier interesado realizarse un análisis para establecer su procedencia.

Según Ana M. Edwin del Indec, el censo 2010 identifica 25000 hogares homosexuales, la mayoría de ellos compuestos por lesbianas, en todo el país, menos en la Ciudad de Buenos Aires donde el predominio era de gays. Si recordamos los estudios de Masters y Johnson sugiriendo que la comunidad homosexual se aproxima al 10-15% del total de habitantes, 400.000 personas representarían esa denominación.

La población judía se ha estimado en 1,5 millones (una de las mayores de América del sur). Las poblaciones exclusivamente orientales sumadas alcanzan el 1% del total; si antes la preeminencia era japonesa, la inmigración ha favorecido el crecimiento de los grupos sino (chinos) argentinos pero desde 1970 los coreanos constituyen uno de los grupos que más crece.

En un sentido cultural, la *negritud* nos ha dejado una danza, llamada tango, a la que proclamamos ruidosamente como “nacional” pero sus iniciadores recién todavía el mote peyorativo de “negros”. Mucho del lunfardo porteño reconoce la herencia *afro* en palabras como *quilombo, mina, marote, mucama* y *mandinga*.

Con estas cifras surge el concepto que el “crisol de razas” que aprendimos en la escuela no es tal, y que los argentinos discriminamos como cualquier otra sociedad, y ejercemos presiones racistas también.

Discriminación (La Voz del Interior)
02/02/2014 (Autor: Pablo Durán)



El facsímil anterior abre el artículo de autoría y fecha fijadas en la imagen. Su autor ha compilado las siguientes estadísticas:

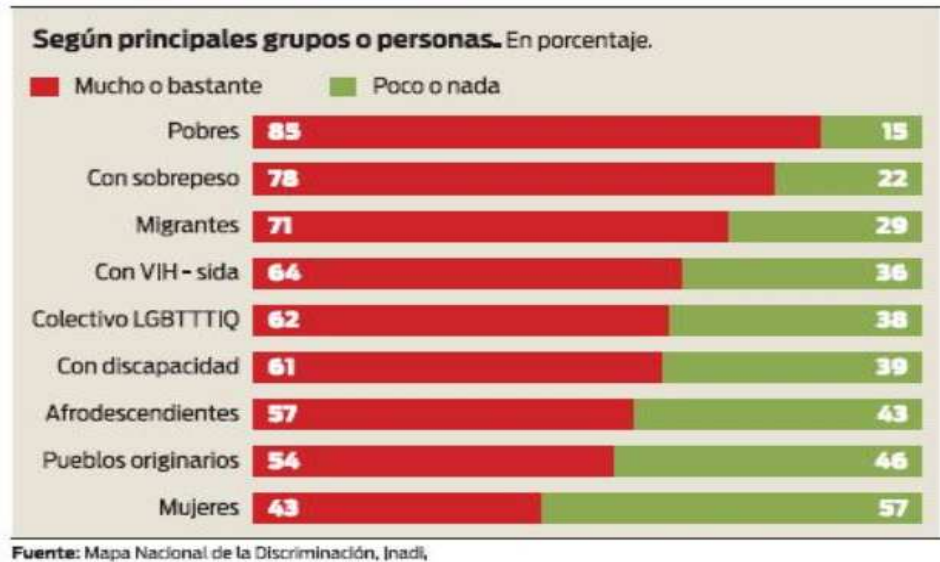


Figura 9.13. Perfiles de discriminación percibidos desde diferentes grupos sociales.

Los datos ilustran cuanto perciben como discriminación los integrantes de cada franja.



Figura 9.14. Este gráfico ilustra los lugares donde se percibe o se sufre la discriminación.

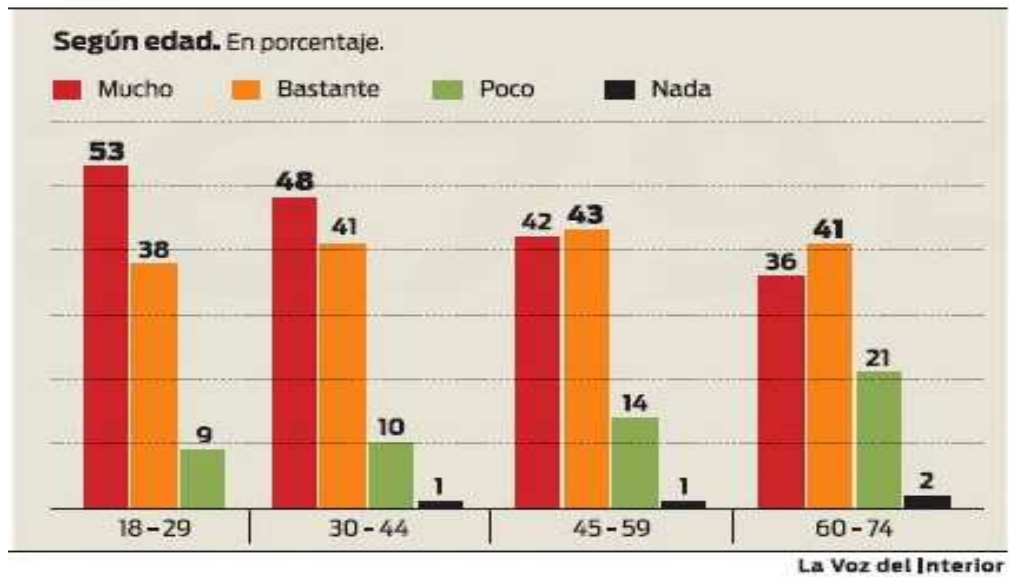


Figura 9.15. La discriminación por pertenecer a una franja de edad determinada es mayor para los jóvenes.

Las áreas oscuras de la discriminación por credo, color, tamaño, residencia (villas miseria) son inconmensurables. A no engañarse. ¡Discriminamos como cualquier otro!

La consigna es: debemos ejercer la profesión médica sin animosidad ante nadie; la pregunta es: *¿podemos?*

Propuestas para pensar y analizar en Salud

Si nos posicionamos como profesionales de Salud en formación, si nuestro marco de análisis se corresponde con el **Paradigma Biopsicosocial** y recibimos el aporte de las ciencias sociales como esencial para nuestra práctica cotidiana, nos encontramos ante una concepción Integral del proceso de salud – enfermedad que nos permite **PENSAR** en dos ejes transversales:

1. El trabajo Interdisciplinario

Partimos de considerar que el equipo de salud es definido por la OMS, en 1973, como una asociación no jerarquizada de personas, con diferentes disciplinas profesionales, pero con un objetivo común que es el de proveer en cualquier ámbito a los pacientes y familias la atención más integral de salud posible.

De la Revilla basándose en la definición de equipo de Pritchard, define el equipo de salud como un grupo de profesionales sanitarios y no sanitarios que realizan distintas

actividades encaminadas al logro de una elevación de la salud de la comunidad sobre la que actúan.



Figura 9.16. El trabajo en equipo.

Podemos encontrar en él diferentes enfoques de abordaje:

En el enfoque **MULTIDISCIPLINARIO** cada disciplina individual se dedica a su área de especialidad sin que haya necesariamente coordinación de esfuerzos con otras disciplinas, ni tampoco evidencia alguna de modificaciones o transformaciones en la misma. El trabajo puede ser realizado por individuos de disciplinas diferentes, trabajando en forma separada, no necesariamente en el mismo local, ni con mayores intercambios fuera de una derivación o interconsulta. Los resultados pueden ser integrados por alguien diferente de los profesionales mismos.

Por otro lado el enfoque **INTERDISCIPLINARIO** es la consecuencia de la demanda social, confrontada con problemas de complejidad creciente y la evolución interna de las ciencias.

Es un proceso de interacción entre profesionales de distintas disciplinas, en el que cada uno desde su saber específico aporta a la reflexión, profundización en el conocimiento y comprensión de la problemática a abordar, permitiendo diseñar estrategias de investigación, acción tratamiento o prevención, buscando alcanzar objetivos que superen la intervención disciplinaria, que pudiendo ser evaluados de manera conjunta favorezcan la construcción dinámica e integral de la realidad y los sujetos que la conforman. Reconociendo beneficios para los pacientes y para los miembros del Equipo de Salud.

Esta integración, de manera conjunta con la creación de un marco conceptual nuevo y común para todas las disciplinas, posibilita la ORIENTACION TRANSDISCIPLINARIA



Figura 9.16. Trabajo en equipo-interdisciplinas.

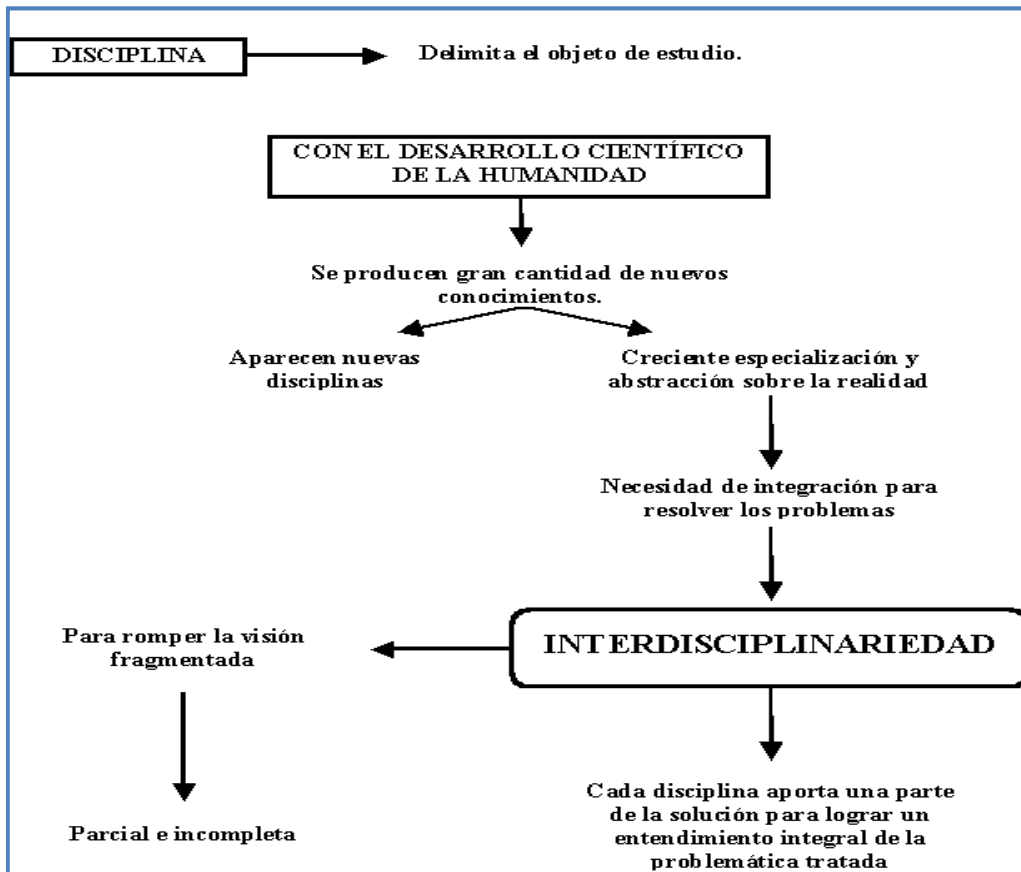


Figura 9.17. Interdisciplinarietà.

Se define la Interdisciplina como espacio de diálogo que se hace necesario para enfrentar en la actualidad a la complejidad que traen las nuevas demandas hacia los servicios de salud.

2. Capacidad de Resiliencia de los sujetos y las comunidades.



Figura 9.18. Resiliencia

Como profesionales del Equipo de Salud, nos encontramos con personas o comunidades que han atravesado o atraviesan situaciones límites que parecen difíciles o imposibles de superar, aun así la realidad nos muestra de manera cotidiana, que en muchos de los casos no sólo se superan sino que se incrementan las potencialidades ante próximas experiencias de adversidad, permitiendo así el fortalecimiento y el desarrollo de la creatividad.

A partir de estudios realizados en torno a estas experiencias se define a la

RESILIENCIA



Es la capacidad que nos permite reconstruirnos como sujetos ante las adversidades que atravesamos como obstáculos de desarrollo personal y social, en un marco de diversidad cultural y social, sobreponernos y salir fortalecidos.



El enfoque de resiliencia se explica a través de lo que se ha llamado el modelo “de la resiliencia. En salud puede llegar a ser un instrumento clínico que se desarrolla en un cuadro de referencia contextual. Esto implica que un sujeto debe superar la situación de adversidad dentro de las normas culturales en las que él se desenvuelve.

La resiliencia se sustenta en la interacción existente entre la persona y el entorno, al que podemos agregar como actor el Equipo de Salud. No procede exclusivamente del entorno ni es algo exclusivamente innato, ambos niveles necesitan crecer juntos, en interacción. Dado ese proceso continuo que se desarrolla entre persona y entorno, es muy fácil entender que la resiliencia nunca es absoluta ni terminantemente estable.

Podemos decir que se construye, nadie es resiliente de una manera permanente por lo tanto identificamos así la implementación de este modelo como una estrategia fundamental de prevención.

Debemos dirigir nuestros esfuerzos hacia la comprensión de los mecanismos que actúan a nivel individual, familiar y comunitario, y que pueden traducirse, a través del desarrollo y la aplicación de programas de acción y educación, en el reconocimiento y reforzamiento de las fortalezas que surgen más allá de la vulnerabilidad.

A pesar de la proliferación de investigaciones y aplicaciones prácticas, no podemos hablar de la resiliencia como si fuera un concepto unívoco y absoluto. Si bien entendemos la resiliencia como una capacidad humana y universal que está presente en las distintas comunidades, etnias y culturas, creemos que tiene rasgos y características particulares de acuerdo a los diferentes contextos en que se manifiesta.

En este sentido, proponemos que desde el Equipo de Salud y a partir del trabajo interdisciplinario se favorezca el intercambio de conocimientos y experiencias que serán de gran utilidad para elevar la calidad de salud de los sujetos y los profesionales, siempre y cuando seamos capaces de identificar aquellos factores propios a un contexto específico y, a la vez, de aportar a los recursos de la comunidad de que se trate.

Bibliografía:

1. De la Revilla L. La consulta del médico de familia: la organización en la práctica diaria. Ed Jarpyo, Madrid, 1992: 91-100.
2. Martín Zurros A, Palet Ferrero x, Sola Bas C. El equipo de Atención Primaria. En Martín Zurro A y Cano Pérez JE Manual de Atención Primaria, 2da ed. Ed Doyma, Barcelona, 1989: 29-39.
3. Plantilla Simple. Imágenes de plantillas de Maliketh. Con la tecnología de Blogger.
4. Alfredo Juan Manuel Carballeda. La interdisciplina como diálogo. Una visión desde el campo de la salud. Diplomado Superior en Ciencias Sociales (FLACSO). Magister en Servicio Social. Dr. en Servicio Social. Profesor Universitario Universidad Nacional de La Plata. Universidad de Buenos Aires.(Argentina)
5. Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes.

Actividades prácticas

UNIDAD 9

Medicina y Sociedad

1. Explique por qué decimos que la salud humana es una realidad de enorme significación social.
2. Defina sociología y sociología médica. Estableciendo la relación entre ambas.
3. Señale los cuatro factores que hacen a la inserción social del hombre en el contexto de la salud. Explique cada uno.
4. Analice las relaciones entre pobreza y salud. Mencione los determinantes de salud. Busque artículos de diarios o revistas en los que se mencione la incidencia de las condiciones de pobreza en la salud.

Actividades para trabajar la temática de Familia

1. ¿Qué dimensiones nos permiten identificar si un sujeto o grupo familiar se encuentra en situación de inclusión o exclusión social? Mencione ejemplos de grupos sociales en situación de exclusión social.
2. Elabore un concepto de familia y clasifique su grupo familiar de origen de acuerdo a la clasificación demográfica de la familia propuesta en el texto.
3. Analice su rol de médico en relación a los tipos de familia que configuran problemáticas específicas.

Actividades para trabajar la temática de Violencia

1. Defina violencia, mencione por qué es considerada como un problema de salud. Dé ejemplos que usted conozca, mencionado a qué tipo de violencia pertenecen dichos ejemplos.
2. Vea la película de origen español, **“Te regalo mis ojos”**. En el siguiente link Ud. podrá acceder a la misma. <http://www.cartelmovies.net/te-doy-mis-ojos-2003/>
3. Discuta sobre la misma en grupo y presente un Informe teniendo en cuenta:
 - a) cómo se trata el tema de la violencia
 - b) quién/nes son los más afectados
 - c) consecuencias de este flagelo mundial
4. Defina discriminación. ¿Considera que usted tiene actitudes de discriminación?, mencione ejemplos. ¿Se siente discriminado en algún sentido?

Actividades para trabajar sobre Trabajo interdisciplinario y Resiliencia

1. ¿Cuál es la diferencia entre el trabajo multidisciplinario e interdisciplinario en los Equipos de Salud?
2. Investigue que profesiones forman parte de un Equipo de Salud y que hace cada una de ellas.
3. ¿Qué es la capacidad de resiliencia, quiénes la tienen y por qué es importante en salud?
4. Elabore una guía de entrevista al paciente / familia/ comunidad que nos permita conocer aspectos sociales significativos que favorezcan nuestro trabajo en salud.
5. Desarrolle su posición personal en relación a los aportes que las ciencias sociales brindan a su formación médica

