

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**



Manual de Cátedra

**MEDICINA
ANTROPOLÓGICA**



AÑO 2013- CÓRDOBA - REPÚBLICA ARGENTINA

Autoras:

Lic. Trucchia, Silvina Mariel

Lic. Krabbe, Nora Cristina

Cátedra de Medicina Antropológica

Prof. Titular

Prof. Dra. Ana María Antuña

Prof. Adjunta

Prof. Lic. Silvina M. Trucchia

Profesores Asistentes

Prof. Lic. Nora C. Krabbe

Prof. Med. Adriana B. Meletta

Prof. Lic. Mónica Sabadías

Prof. Lic. Jorge H. Manrique

Prof. Lic. Antonia M. Cortés

Prof. Lic. Eduardo Patiño

Prof. Med. Martín Roqué

Prof. Med. Carmen M. Roqué



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA
CÁTEDRA DE MEDICINA ANTROPOLÓGICA



PROGRAMA CICLO LECTIVO 2012

Unidad 1: Medicina y su objeto de estudio

La Medicina como Ciencia Social. Salud enfermedad como proceso. Paradigmas en salud: Modelo Biomédico y Modelo Integral: conceptualización del sujeto-objeto de la práctica médica. ¿Técnicos del cuerpo o médicos de personas? Las Ciencias Sociales y sus aportes a las Ciencias de la Salud y la práctica médica. Medicina Antropológica: Definición y principales características.

Unidad 2: Medicina y Cultura

La cultura en relación con el proceso de salud enfermedad

Antropología -Divisiones- Antropología Cultural. Concepto de cultura y subcultura. Métodos de estudio y estrategias de Investigación. Cultura y sociedad. Modelos teóricos en Antropología Cultural. Procesos de transmisión cultural: endoculturación, aculturación y transculturación. Cultura y salud: actitudes hacia factores que afectan la salud (alimentación, consumos tóxicos). Estilos de vida y conductas saludables y no saludables. El factor cultural en la promoción y recuperación de la salud. Educación para la salud.

Unidad 3: Medicina, Conocimiento y Filosofía.

Filosofía. Definición y ramas. Historia del conocimiento médico: la enfermedad y su correspondiente enfoque a lo largo de la historia de la medicina. La enfermedad en épocas antiguas. Hipócrates y las causas naturales de la enfermedad. El papel de la observación en el diagnóstico y la búsqueda de terapéuticas naturales. Los comienzos de la filosofía en Grecia y su correlación con el enfoque hipocrático. Sócrates, Platón y Aristóteles. Galeno. Dos grandes orientaciones del pensamiento filosófico: Ontología y Gnoseología. Vesalio y Paracelso, sus aportes al progreso del conocimiento médico. Sistematización de la epistemología: ¿Cómo es posible el conocimiento? Empirismo, Materialismo Positivista. Claude Bernard y la consagración de la Medicina científica. El conocimiento médico en el pasado reciente (Siglo XIX y XX). La hermenéutica. Irrupción de la subjetividad en el pensamiento científico: Kierkegaard, Heidegger, Husserl. La Medicina Integral: Medicina de la persona. Un enfoque ético antropológico sobre la muerte. Cuidados paliativos.

Unidad 4: Medicina y Psicología

La persona como sujeto-objeto de la práctica médica

Psicología, reseña histórica. La conducta humana: caracteres básicos. Dinámica y estructura psíquica. Personalidad. Métodos de estudios y estrategias de investigación. Teorías de la personalidad. Características evolutivas típicas de la niñez, adolescencia, adultez y tercera edad: aspectos social, moral, afectivo y cognitivo. Importancia del contexto sociocultural en el desarrollo humano. Personalidad y Salud. Patrones de comportamiento. Mecanismos de defensa. Reacciones psicológicas ante problemáticas de salud (percepción de estar enfermo, angustia, dolor y muerte). Sexualidad humana. Criterios de salud mental.

Unidad 5: Medicina y Sociedad

Nociones básicas de Sociología

La Sociología y su relación con la Medicina y la Salud Pública. El hombre como sujeto social. Conceptos sociológicos relevantes. Sociedad, Instituciones y Comunidad. Proceso de socialización. Status y rol. Sistema social. Factores de cohesión social. Control social. Integración. Factores de cambio social. Anomia. Pobreza y salud. Inclusión/exclusión social y salud. Grupos primarios y secundarios. Familia: objetivos y funciones. Modelos de constitución familiar. Estructura familiar. Relaciones de parentesco y ayuda mutua. Redes familiares en el contexto comunitario. Violencia. Violencia Familiar. Prevención de la violencia familiar. Medicina familiar. El médico de familia: actividades y funciones.

Bibliografía Recomendada:

- Arceguet, L.** *Sociología para no sociólogos*. Ed. De la campana. 2004.
- Bleger, J.** *Psicología De La Conducta*". Edit. Paidós. Bs. As. 1973
- Cantale, C.** *Material Teórico del Curso Básico de Medicina Familiar*, 2004
- Clinnard, M. B.** *Anomia y conducta desviada*. Paidós, 1967
- Davini; Salluzzi; Rossi.** *Psicología general*. Ed Kapeluz
- De La Revilla, L.** *Manual de Atención Familiar. Bases para la práctica familiar en la consulta*.1999.
- Dornel, Redes Sociales y participación social. 2005**
- Eliot, Thomas Stearns** (2003). *La unidad de la cultura europea. Notas para la definición de la cultura*. Encuentro. Madrid.
- De Jong E.** *La Familia en los albores del Nuevo Milenio*. Ed. Espacio. Marzo 2001.
- Engelmayer Otto.** *Psicología Evolutiva de la Infancia y de la Adolescencia*. 1970. Buenos Aires. Editorial Kapelusz.
- Erikson, E.** *Identidad juventud y crisis*. Ed Taurus
- Erikson, E.** *Infancia y sociedad* Ed. Horme, Buenos Aires, 1980
- Fahrer, R, Magrás, A.** "Temas de psicología médica" Primera Edición, Buenos Aires, Editorial C.T.M. Septiembre 1986.
- Florenzano, Ramón** et al. *Frecuencia de Síntomas Emocionales en la Atención de Salud: su Diagnóstico y Manejo por parte de los Médicos Generales*. En Corporación de Promoción Universitaria (CPU). Serie Documentos de Trabajo, No. 48, Septiembre, 1992.
- Gadamer H.G.,** (Eds.) *Psicología del enfermo, antropología y hermenéutica de estar enfermo*. 1972
- Gil Yépez C.,** *Introducción a la Medicina Antropológica*, Ed. Univers, Venezuela. 1974.
- Girard, René** (2006): *Los orígenes de la cultura*. Trotta. Madrid.

- Gombrich, Ernst H.** (2004): *Breve historia de la cultura*. Península. Barcelona.
- González Barón M.** “El objeto de la medicina paliativa” en *Tratado de Medicina Paliativa y Tratamiento de Soporte en el Enfermo con Cáncer*. Ed. Médica Panamericana, Madrid, 1995.
- González Quirós, J.** (2003): *Repensar la cultura*. Eiuinsa. Madrid
- Helman C. G.** *Culture, Health and Illness. An Introduction for Health Professionals*. 3ª Ed. Londres: Butterworth Heinemann, 1994.
- Kechichian, R.** *Sociología: Modalidad Humanidades y Ciencias Sociales*. Ediciones Polimodal. 1999.
- Kleinman, A.** *Patients and Healers in the Context of Culture*. Berkeley: University of California Press. 1980.
- Kornblit, A. Mendes Diz, A.,** *La salud y enfermedad: aspectos biológicos y sociales. Contenidos Curriculares*. Ed. Aique, Bs. As., 2000.
- Lazarus R.** “Estrés y procesos cognitivos”, Barcelona, Martínez Roca, 1986.
- Lic. Arce. Lic. García Cabello.** *Juventud y violencia*. Edit. Brujas. 1998.
- Mechanic D.** *Illness behavior*. In: *Medical Sociology*. 2d Ed. New York: Free Press. 1978.
- Meeroff M.,** *Medicina Antropológica*. – Ed. A.M.A. Bs. As. 1991.
- Meeroff M.,** *Medicina integral, Salud para la comunidad* - Catálogos, Buenos Aires, 1999.
- Minujin y Kessler.** *La nueva Pobreza en la Argentina* 1995
- Papalia, D.** *Psicología del desarrollo de la infancia a la adolescencia*. Editorial Mc Graw Hill 3ra. Edición.
- Papalia, D.** *Psicología del desarrollo*. Editorial Mc Graw Hill 7ma. Edición
- 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.
- Riesco, L.** *Introducción a la Medicina*. Ed. Anaquel. Cba. 1981
- Sender R** “Personalidad y riesgo de enfermar”, *Estrés*, vol. 2, 1, 1991.
- Singer P,** “Repensar la vida y la muerte” Ed. Paidós, 1997.
- Valdés M,** “Estrés y cardiopatía coronaria”, Barcelona, Alamex, 1988.
- Wulff H., Pedersen S. y Rosenberg R.** *Introducción a la filosofía de la medicina*, Ed. Triacastella, Madrid, 2002.

CÁTEDRA MEDICINA ANTROPOLÓGICA

CONDICIONES GENERALES DE CURSADO

CICLO LECTIVO 2013

ALUMNOS PROMOCIONADOS

a. Exámenes Parciales: 2 (dos)

Aprobación con nota = 8 (ocho) o más en cada uno de los 2 (dos) Parciales no acumulativos.

Las notas NO son promediables.

b. Asistencia al 80% de los Trabajos Teórico-Prácticos.

Recuperatorio para Alumnos Promocionados: El Alumno podrá recuperar un solo **Examen parcial**, únicamente por motivo de enfermedad debidamente justificado, presentando certificado expedido en Bienestar Estudiantil (Artigas 145).

Evaluación final de alumnos promocionados: Coloquio integrador final aprobado con 8 (ocho) o más nota.

La Nota final será la obtenida en el Coloquio.

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 turno de examen de diciembre 2014 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:

Aprobación nota = 4 (cuatro) puntos en cada uno de los 2 (dos) Parciales no acumulativos.

b. Asistencia al 80% de los Trabajos Teórico-Prácticos.

Recuperatorio para Alumnos Regulares: El Alumno podrá recuperar un solo **Examen parcial** por motivo de enfermedad debidamente justificado, presentando certificado expedido en Bienestar Estudiantil (Artigas 145) 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.

ALUMNOS LIBRES

Los alumnos libres serán evaluados con el **Programa de la asignatura vigente al presente Año Lectivo** debiendo aprobar un examen escrito que los habilite para luego pasar a un examen oral.

MEDICINA ANTROPOLÓGICA

INTRODUCCIÓN

La Medicina Antropológica aporta al estudiante de Medicina los conceptos básicos de las Ciencias Sociales en relación con el proceso de salud-enfermedad. Esta disciplina se ocupa del estudio del hombre, brindando herramientas conceptuales y metodológicas para comprenderlo desde una perspectiva filosófica, psicológica, social y cultural, tendiente al logro de una visión integral del mismo y de los problemas vinculados con su salud y bienestar.

A partir de las temáticas trabajadas en esta asignatura, se pretende alcanzar una adecuada articulación con las demás materias del Ciclo Básico, complementando los conocimientos morfológicos y fisiológicos del hombre, con aquellos referidos a los aspectos psicológicos y los condicionantes socioculturales, a fin de lograr una mejor comprensión de la relación existente entre lo natural y lo cultural. Se procura evitar, así, el conocimiento unilineal, para que el alumno comience a aceptar que los niveles de análisis psicológicos, sociales y culturales son dimensiones esenciales para los objetivos de la Medicina y la Salud Pública.

Desde la asignatura se pretende que el futuro médico comprenda que el hombre es una realidad integrada, singular e histórica, y que todos y cada uno de los aspectos que lo conforman pueden ser determinantes en el proceso de salud-enfermedad.

Por ello -para el logro de una medicina al servicio de las personas- es necesaria una formación acorde, que permita a los futuros médicos dar respuestas a las necesidades individuales y sociales del hombre, en el contexto y situaciones en que éstas surjan.

El principal objetivo de la cátedra consiste en 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. De este modo, se pretende formar y capacitar al médico desde un enfoque multidimensional e interdisciplinario, atendiendo no sólo la dimensión somática de los problemas sanitarios sino, también, las dimensiones antropológica, psicológica, social y cultural tal como lo postula el *Paradigma Integral* o *Biopsicosocial* de la salud.

Desde este modelo -y entendiendo a la salud y a la enfermedad como partes de un mismo proceso- se intenta enseñar una medicina centrada, ya no en la enfermedad, sino entendida desde una concepción de la práctica médica tendiente a la ***promoción, protección, recuperación y rehabilitación*** del individuo, la familia y la comunidad, considerando a éstos como sujetos activos y responsables en el cuidado de la salud.

El aporte de las Ciencias Sociales a la formación del médico propicia una visión integral del objeto-sujeto de su práctica, respondiendo a las exigencias del perfil del egresado como médico general no especializado que atiende a personas sanas o enfermas en el ámbito institucional, familiar y comunitario.

Los contenidos de Medicina Antropológica aportan conocimientos de la realidad humana desde una dimensión general y normal, posibilitando al estudiante el análisis de las estrategias y prácticas utilizadas por la población, para afrontar los problemas relacionados con el proceso de salud-enfermedad.

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 2013.-

UNIDAD I

MEDICINA Y SU OBJETO DE ESTUDIO

Lic. Silvina M. Trucchia

LA MEDICINA COMO CIENCIA SOCIAL

La Medicina es una ciencia, y -como tal- un conjunto racional y sistemático de conocimientos y técnicas¹ 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.

Si se pretende ubicar a la Medicina dentro de las posibles subdivisiones de las ciencias fácticas, 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. 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.

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 “un ser contextuado”, 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.

La **finalidad u objetivo** de la Ciencia Médica es la preservación o 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.

¹ Conjunto de reglas y operaciones concretas que guían el uso de instrumentos aplicados para recoger información. Son específicas de una ciencia o grupos de ciencias.

SALUD-ENFERMEDAD COMO PROCESO

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.

Ahora bien, ¿Qué se entiende por salud y 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 dolor 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 manutención de un equilibrio de la adecuada sincronización de las funciones de los sistemas de su organismo y en caso de surgimiento de un desbalance, esta adaptación depende del restablecimiento de ese equilibrio.

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, políticos.

Salud no es lo contrario a enfermedad; ambas son manifestaciones que forman parte de un mismo proceso. Es decir, no son estados opuestos, ya que la salud-enfermedad es un concepto que hace referencia a una unidad de significación. 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.

El alcance de esta concepción se inscribe en el mundo del ser humano, en las vicisitudes del hombre inserto en su vida cotidiana, extendiéndose a la relación con otros hombres, y en interacción con el ambiente. Para entender la salud-enfermedad como un proceso, debemos partir de comprender a la actividad humana como un sistema de relaciones, en el cual tiene lugar dicho proceso, y en dónde se integran los aspectos biológicos, psicológicos y sociales.

La Organización Mundial de la Salud, define a la salud como “*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 estar causada 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.

En realidad, la salud no puede ser considerada como un “estado”. Tampoco lo es la enfermedad. Ambas son partes de un proceso multidimensional, un proceso que podría llamarse de bienestar psicosocial. El individuo, a lo largo de su vida, se desplaza sobre un eje salud-enfermedad (y muerte), acercándose ya a uno, ya a otro de sus extremos, según se refuerza o se rompe el equilibrio entre factores que están permanentemente interactuando: estos factores son físicos, biológicos, psicológicos, sociales, culturales y ambientales. Entonces, ni la salud ni la enfermedad son estáticas y estacionarias. El proceso es dinámico, pues constituye una “lucha” constante por parte del hombre para mantener un balance positivo entre aquellas fuerzas que pueden perturbar el equilibrio de salud.

En consecuencia, la salud es ***“la posibilidad que tiene una persona de gozar de una armonía bio-psico-social al interrelacionarse dinámicamente con el medio natural y social en el que vive y se desarrolla”***.

El proceso salud-enfermedad es, por lo tanto, producto de las mencionadas interrelaciones.

Esta definición implica, por un lado, considerar al hombre como unidad y, por el otro, significa no considerar la salud como estado inalterable ni como mera adaptación al medio. Supone reconocer que el hombre vive en constante interacción con el entorno físico-biológico y sociocultural, recibiendo influencias tanto favorables como desfavorables, y que en esta interacción se configura el nivel de salud. No es, pues, lo conflictivo lo que define lo patológico sino la imposibilidad de resolverlo en cualquiera de las áreas “física, psíquica o social”. Esto es lo que genera la idea de enfermedad.

Así, el hombre tendrá salud en la medida en que pueda resolver los conflictos que se le plantean, lo cual implica, considerarlo como un ser activo que participa en el logro de su salud.

A la pregunta *¿cuándo se considera que una persona está sana?*, se puede responder:

Una persona está sana cuando...

- no presenta signos de enfermedad ni padece una enfermedad inaparente que podría curarse;
- padeciendo una enfermedad incurable, ésta puede ser controlada sin que se acorte su vida ni disminuya su actividad;
- aún teniendo una notoria incapacidad, esté acostumbrada a vivir con la enfermedad y esté integrada a su medio social;
- lucha contra las dificultades ambientales sin dejarse dominar por la melancolía, la angustia o la desesperación;
- no vive con la preocupación permanente de la enfermedad y la muerte.

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.

Historia natural de la enfermedad

La historia natural de la enfermedad se refiere al curso que regularmente siguen los eventos que caracterizan los procesos patológicos. El objetivo es adoptar medidas preventivas adecuadas a cada etapa.

Para que el individuo pase del estado de salud al de enfermedad deberán presentarse una serie de cambios en el organismo que empiezan con un periodo silencioso de incubación; este periodo puede ser largo o corto y es válido para cualquier enfermedad.

Cuando se inicia la desadaptación, el proceso ya es activo y se podría diagnosticar con pruebas de laboratorio u otros estudios, para los que el individuo debería someterse a exámenes periódicos de salud. En la siguiente etapa se empiezan a manifestar los síntomas - a los que el paciente puede o no dar importancia- y los signos - que el médico puede o no descubrir-. Como defensa final del organismo, se presenta una reacción intensa interfiriendo ya con la función normal del organismo.

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. Mientras permanezca una situación de equilibrio entre estos tres factores existirá un estado de salud, estado en el cual no se presentan signos ni síntomas que denoten lo contrario. A este período se le conoce como **prepatogénico**. 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 prepatogénesis 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 llegara la muerte.

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.

Así, el modelo representa una construcción a priori (*antes de la experiencia*) de la realidad. En el camino del saber, el modelo sugiere abordar la realidad concreta de una forma determinada y no de otra: la atención se centra en las variables especificadas por aquel. La elección del mismo, depende de los modelos que haya disponibles en las diferentes ciencias y de su aparente afinidad con el fenómeno a estudiar.

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.

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 “Compreensivo”: Concibe a la Medicina como una práctica y sostiene un enfoque centrado en el enfermo.

1- El Modelo Biomédico o Tradicional

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.

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.

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

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.

El paradigma Integral sostiene que la relación médico-paciente tiene un efecto importante sobre la enfermedad y su evolución, siendo la tarea del médico comprender la naturaleza física de la enfermedad, así como entender al paciente y el significado que tiene para él la dolencia.

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.

En términos simples una persona está sana cuando no presenta síntomas subjetivos o signos evidenciables 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 o está 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.

Generalmente percibimos que estamos enfermos cuando tenemos alguna molestia física, emocional o psíquica, o cuando sentimos una incapacidad funcional para llevar a cabo las tareas habituales. Cuando esto ocurre, bien podemos pensar que es una condición pasajera y esperamos volver a la "normalidad" por nuestros propios recursos o, confiando en los conocimientos de un "experto en volver a la normalidad" al que llamamos médico, acudimos a él y esperamos que nos "de" o nos "haga" algo que nos cure.

Intentemos comprender todos los elementos que se encierran en este proceso descrito anteriormente. Sentimos que estamos enfermos cuando tenemos algún tipo de molestia, dolor o incapacidad, física, emocional o psíquica. Es la típica consulta porque nos duele la cabeza o el estómago, o porque nos sentimos deprimidos, no podemos dormir, se han inflamado las rodillas y nos cuesta caminar, etc. Ante esta situación el médico escucha al paciente, lo examina, y por lo general le da un medicamento que intenta suprimir las molestias que lo han llevado a la consulta.

Hay otras veces, sin embargo, que sintiendo estas u otras molestias el médico dice que no tenemos nada o bien lo atribuye a un problema "de nervios", en cuyo caso nos prescribirá algún ansiolítico o antidepresivo y, si insistimos en nuestra dolencia, nos remitirá al psiquiatra.

También puede ocurrir el caso contrario: un análisis de sangre, una radiografía, un chequeo rutinario pueden revelar serias alteraciones respecto a la condición considerada como normal, mientras que nosotros no sentimos ninguna molestia y nos consideramos perfectamente sanos.

Estos ejemplos llevan a preguntar: ¿Es el dolor de cabeza o de estómago o los resultados "anormales" de un análisis o una radiografía la enfermedad? ¿Cuál es el papel del médico ante estas situaciones? ¿Qué es lo que se debería hacer para reconocer y tratar las enfermedades? La respuesta a estas preguntas es lo que determina el que una forma de entender y practicar la Medicina sea llamada Integral o Tradicional o cualquier otro calificativo.

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 deseche 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 evidenciables. 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, lo que incluye conocer las causas y la forma de modificarlas. En este sentido posee una vertiente eminentemente preventiva y educativa. 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</p>

	importantes en el origen y desarrollo de las enfermedades. Por tanto, hay que conocerlos y, en muchos casos, modificarlos. El objetivo es tratar al enfermo y eliminar la patología al nivel más elevado: la adquisición de una salud óptima.
Basa su actuación en el supuesto poder de las drogas o procedimientos tecnológicos que utiliza.	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 unos datos, cuando ni siquiera 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 allá de lo que pueda ser objetivado o cuantificado.

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

HACIENDO UN POCO DE HISTORIA

¿Técnicos del cuerpo o Médicos de Personas?

En una conferencia de la Asociación Médica Argentina, el Dr. Rubén Storino hacía la siguiente reflexión...

“La humanidad es un proceso histórico en donde los símbolos y valores cambian con las generaciones, de acuerdo a las pautas culturales y a la tipología humana del sujeto de la época”.

De modo que es difícil armar un modelo de algo que sea eternamente válido. Pero también se torna impensable diseñar nuestra vida sobre un relativismo extremo.

Asimismo, nos toca vivir en la era de la posmodernidad y del neoliberalismo con el capitalismo salvaje. Aquí conviven -como una más de las contradicciones del hombre- el pensamiento irracional y mágico junto con el alto desarrollo de la técnica, producto de la más absoluta precisión de la razón.

Dentro de este modelo de entender el mundo actual se han ido delineando aspectos como son la profundización del individualismo, el culto del cuerpo, la devoción por la

tecnología y la idea generalizada de que -como todo es negocio- todo se convierte en mercancía a la que sólo hay que someterla al valor del mercado y a la oferta y la demanda.

En este contexto, la medicina no podía escapar a la crisis de identidad que han sufrido los valores inobjetable del pasado.

Históricamente la medicina estuvo ligada al sacerdocio, era considerada un verdadero culto a realizar el bien; incluso su función se acercó siempre a lo divino. Es en la praxis donde la medicina se convierte en ciencia, allí donde se ejerce como arte y como técnica fundamentada en otras ciencias básicas y ciencias del hombre como son la biología, la química, la física, la antropología, la psicología y la sociología.

Desde que Andrés Vesalio (1514-1564) produjo la gran renovación del concepto anatómico del cuerpo con su magna obra "De humani corporis fabrica libri septem", los avances y descubrimientos médicos no se han detenido.

En los últimos 30 años los incuestionables aportes tecnológicos aplicados a la medicina han permitido estudiar ese cuerpo "in vivo" casi con la misma precisión como lo hacía Vesalio en sus disecciones, prueba de ello son la ecografía Doppler color, la tomografía computada y la resonancia magnética nuclear.

Paralelamente a esta evolución tecnológica aplicada a la medicina, se desarrolló la farmacología, ámbito en donde desde aquellas recetas magistrales basadas en plantas utilizadas ya previamente por los curanderos como el caso de la digital, llegamos a la elaboración de drogas sintéticas de la más alta precisión en su bio utilidad.

Sin embargo, pese a los valiosos aportes biológicos al conocimiento de la medicina y al estudio y tratamiento de la enfermedad, sabemos que el hombre también presenta una faceta psicológica indispensable para abordar cualquier práctica médica. Prueba de esto es la propia definición de salud de la Organización Mundial de la Salud: "el estado de bienestar biológico, psicológico y social".

En este contexto se desarrolló la profesión médica tradicionalmente y aún queda el ideal de ese médico de cabecera, humanista, que sabía no sólo los problemas de salud que padecía una familia sino los problemas psicológicos y sociales que planteaban cada uno de sus integrantes, tratando en forma participativa de resolver la mayor cantidad de problemas posibles.

De manera tal que la praxis médica se basaba en ese pilar inseparable que es la relación médico-paciente, como dos actores indispensables en el proceso salud-enfermedad.

La profundización de los cambios político-económicos, el avance del mercado neoliberal, la globalización junto con la exclusión social, la ideología utilitaria y la fractura de la identidad del sujeto humanista con una crisis de los valores tradicionales llevó también a una alteración en el ejercicio de la medicina con un tremendo impacto sobre los dos elementos históricamente imprescindibles como son el médico y el paciente.

De este modo aparece el médico actual atrapado en una red donde las prioridades del sistema pasan por alta tecnología y medicalización (léase "medicamentación") de la

vida, donde el paradigma fundamental de su conocimiento se sustenta casi exclusivamente en lo biológico, dejando prácticamente a un plano empírico e individual los aspectos psicológicos y sociales. A esto deben agregarse sus magros ingresos, la multiplicación de su actividad para poder subsistir, como fiel reflejo de que la consulta médica tradicional es lo menos importante para el sistema.

Por otro lado el paciente, que en creciente proporción se encuentra desprotegido por el sistema de seguridad social al carecer de cobertura que se haga cargo de los altos costos de la medicina actual, en muchos casos debe apelar a medicinas alternativas o grupos de autoayuda como forma de contener su subjetividad enferma dado que la medicina de la evidencia no lo incluye...

...Este modelo actual, en donde todo apunta hacia la conversión del médico en un técnico manipulado por conceptos biologicistas y tecnocráticos, y del paciente en un cuerpo enfermo que hay que reparar, debe evitar su deshumanización retomando los viejos paradigmas de la medicina como praxis en la reflexión y el humanismo, siendo médicos de personas en su más clara acepción bio-psico-social-histórica-cultural en un sistema democrático de libertad de pensamiento, utilizando sólo en forma necesaria y coherente la alta tecnología y la medicación.

Para este fin debemos recomponer el modelo médico agregando mucho más de lo que propuso Vesalio en su "cuerpo máquina" como es la identidad de un sujeto en un contexto social. Se trata de impulsar una medicina de personas entendiendo a cada una de ellas como una entidad única e irreplicable en lugar de un modelo técnico dirigido sólo hacia un cuerpo enfermo en individuos iguales sin identidad.

La única forma de revertir esta situación es recuperar el poder de la medicina en la relación inalterable médico-paciente, lo que supone priorizar al sujeto, al humanismo, a la reflexión, a la psicología, a la sociología, a la antropología, al conocimiento médico individual como la esencia del acto médico que sólo puede concretarse en la insustituible e indispensable consulta médica tradicional.

De este modo evitaremos convertirnos en técnicos del cuerpo, para poder alcanzar el ideal de nuestra profesión que es la de ser médicos de personas."

APORTES DE LAS CIENCIAS SOCIALES A LA 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 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 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. Esto es importante en la medicina si se desea saber lo que cabe esperar de un individuo en la salud y en la enfermedad. Es necesario conocer en qué cultura fue educado el paciente y no a qué grupo étnico pertenece. Sin embargo, también se debe tomar en cuenta, el libre albedrío y las circunstancias que rodean al individuo, como condicionantes de su respuesta.

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 como es recibida la información del mundo exterior y como es ésta transformada en conocimientos. El profesional de la medicina 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. De la actitud del médico al relacionarse con el paciente, dependerá la facilidad o dificultad para establecer un diagnóstico exacto e instaurar la terapéutica adecuada. La psicología aporta a la formación del médico los conocimientos y experiencias propios de esta disciplina para aplicarlos a todos los problemas de la medicina, abarcando los aspectos psicológicos de la actividad profesional del médico, la relación médico-paciente y la actitud del individuo o grupo, frente a la enfermedad y otros factores como biografía personal o familiar, expectativa de muerte, curación o cronificación, situación y conflictos vitales.

El hombre como ser biopsicosocial

El estudio de las ciencias sociales es un factor importante para la formación integral del profesional de la 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.

Se ha presentado más arriba la conceptualización de salud definida 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 se parte de la aceptación de esta definición, 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 conlleva 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 filósofo griego Hipócrates, quién vivió a mediados del siglo V y hasta el primer tercio del siglo IV y 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, debería proceder 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 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. Todo lo cual debe analizarse en forma integral y unitaria.

¿QUÉ ES LA MEDICINA ANTROPOLÓGICA?

El Dr. Francisco Maglio, Presidente de la Asociación Argentina de Medicina Antropológica define así a esta disciplina:

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

El término “medicina antropológica” nace a principios del siglo XX en Alemania, cuando varios médicos-filósofos de la “Escuela de Heidelberg” 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, hay un desarrollo de un proceso vital individual en el cual la enfermedad es una “forma”, un “modo” de ser y volverse hombre. 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*”.

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 (relacional) del paciente, lo ético (sus renuncias, deberes, valores y principios) y, lo espiritual religioso (su entrega a la vida, a la muerte y a Dios).

Viktor 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, soma y psique, objetivo y subjetivo, individual y relacional, materia y tiempo.

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 dialéctica 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 integrativo 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; y
- El enfoque integral y humanitario de la práctica médica.

Este enfoque unitario de la Medicina, como 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 personalidad total. Ello es en general difícil de lograr con el simple interrogatorio de rutina despersonalizado y protocolar que sin duda crea en el paciente la inhibición de manifestarse abiertamente sobre su intimidad que incluye datos de singular valor para evaluar el curso de toda enfermedad, y de tanta importancia desde el punto de vista médico para obtener pautas para el diagnóstico y detectar las reales y variadas causas etiológicas del proceso patológico en desarrollo.

Los trastornos 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- en función de su propia historia, su propia cultura, del estado de sus relaciones familiares y sociales en un contexto político- económico.

Ello no implica negar la dimensión propiamente biológica del mal ni proceder a un estudio de caso psicológico. La antropología médica, 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 denominan 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:** es la evidencia objetiva, independiente del testimonio del paciente, aunque este sea habitualmente una condición para obtener la evidencia.
- **Padecimiento:** 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.

- **Predicamentos:** 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.

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.

La medicina antropológica hoy habla de una patología teórica ampliada; es decir, detrás de un diagnóstico, (por ejemplo, de asma, que es una patología vinculada al pulmón y al sistema inmunitario) tal enfoque de la patología busca mucho más:

- 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.
- 2) Busca un vínculo con una personalidad, una actitud de lucha, huida, etc., una actitud antropológica hacia la verdad o la mentira de su ser.

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.

Superando una causalidad lineal simplista (a una causa etiológica sigue un efecto patogenético), la patología teórica ampliada habla de interacciones etiológicas y patogenéticas no lineales y autorreguladas que llevan al sujeto a crisis vitales biográficas (bio-psico-socio-espirituales). Para estudiar todo esto, se hace necesario un diagnóstico de equipo (interdisciplinario), en el cual se contemple la objetivación de lo patológico a partir de condicionantes biológicos, psicológicos, sociales y culturales. Lo que da unidad a todo esto, lo que dirige este complejo proceso patobiográfico es, como bien mostró la “Escuela de Heidelberg”, el enfermo en su unicidad espiritual.

¿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 etimología² de las palabras utilizadas 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.

Páthos 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 sufre. 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.

El siguiente relato pretende ilustrar este punto:

Hace algunos años un grupo de cardiólogos daneses emprendió una campaña contra la hipertensión (HTA) no tratada, situándose ellos mismos en la entrada de varios supermercados en donde se ofrecían a tomar la tensión arterial a los clientes. A una señora que estaba haciendo su compra habitual le detectaron una tensión arterial elevada por lo que fue derivada a su médico de cabecera, quién trató la hipertensión arterial satisfactoriamente.

² Origen de las palabras, razón de su existencia, de su significación y de su forma. Especialidad lingüística que estudia el origen de las palabras consideradas en dichos aspectos.

Desde un punto de vista biológico, todo estaba en orden, porque la mujer presentaba una desviación que pudo ser corregida mediante tratamiento médico. Sin embargo, existía una complicación. Hasta ese momento la señora se había *sentido* completamente bien, pero ahora estaba preocupada por el hecho de que la consideraban enferma, en este caso, los médicos bien intencionados habían creado una in-comodidad en el sentido original de la palabra inglesa (dis-ease). Obviamente, no puede descartarse que, más adelante, esta paciente hubiera presentado síntomas cardíacos y que el tratamiento antihipertensivo lo evitase, pero los médicos que sostienen el concepto biológico de la enfermedad, si bien no ignoran los síntomas subjetivos de los pacientes, (preocupación, temor, dolor, incomodidad) los consideran más como fenómenos secundarios que como elementos esenciales³ del concepto de enfermedad.

Tal vez no tenga gran importancia el hecho de que se “prescinda del dolor y la preocupación que le genera una enfermedad al paciente” en una discusión teórica, pero resulta poco humanista, cuando los médicos al controlar al paciente consideran, por ejemplo, la normalización de los valores del laboratorio como un fin en sí mismo, en vez de un medio para aliviar los síntomas del paciente y mejorar su calidad de vida.

Con esto se quiere expresar que, si bien la medicina biológica es extremadamente importante, dado que constituye la base de toda las prácticas adecuadas y oportunas que puedan hacer los profesionales médicos por sus semejantes, el concepto de enfermedad no sólo ha de incluir la disfunción biológica, sino también los síntomas subjetivos que produce dicha disfunción y el sentido o significado que le da el paciente a estos síntomas en el contexto de su propia vida.

Otro ejemplo ayudará a profundizar en las implicancias del tema:

Tres personas, que desde un punto de vista biológico, llegan a la consulta médica presentando el mismo problema. Todos tienen el mismo “defecto mecánico”, una úlcera duodenal que les produce dolor epigástrico (de estómago) por lo que se les administra el mismo tratamiento. Sin embargo, el significado que cada uno de estos pacientes da a su enfermedad es distinto.

El primero de ellos ha tenido síntomas intermitentes de úlcera duodenal durante años, por lo que acepta rápidamente el diagnóstico de que su úlcera había reaparecido, tiene mucha confianza en el tratamiento farmacológico y espera que los síntomas desaparezcan en pocos días. El segundo paciente no se ha sentido nunca antes tan dolorido y enfermo y teme por su vida. Su hermano ha fallecido hace poco debido a un cáncer y ahora está seguro de que también él tiene una enfermedad importante. El tercer paciente no mostraba grandes temores pero se sintió muy perturbado al escuchar el diagnóstico. Ha oído que las úlceras gástricas son causadas por estrés y le da miedo que

³ Perteneciente o relativo a la esencia. Sustancial, principal, notable. Aquello que constituye la naturaleza de las cosas, lo permanente e invariable de ellas. Lo más importante y característico de una cosa.

la enfermedad le impida conseguir un ascenso en sus actividades laborales, si se sabe que su reciente trabajo como ejecutivo en una empresa de negocios le ha producido tanta tensión hasta el punto de haber llegado ha contraer una enfermedad psicosomática, sus superiores pueden pensar que no es la persona adecuada para un puesto de mayor responsabilidad.

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, como en el caso anterior la úlcera duodenal, conllevan claramente una alteración biológica, tienen causas, manifestaciones y efectos que van mucho más allá de los límites de lo orgánico.

Los médicos han 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. Y deben aprender a comprender, interpretar y manejar en forma racional estos fenómenos que no son biológicos, de la misma manera que deben reconocer la influencia que tiene en el enfermar el entorno social y laboral de las personas. La reducción de estos fenómenos a la biología resulta inútil y conduce a un punto de vista distorsionado acerca de la realidad del ser humano.

Bibliografía consultada para esta unidad

- **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
- **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.

UNIDAD II

MEDICINA Y CULTURA

La cultura en relación con el proceso de salud-enfermedad

INTRODUCCIÓN

Conocer el origen de la Antropología, sus ramas y métodos de estudio, contribuirá a que el alumno pueda reconocer la necesidad y la importancia de profundizar en el conocimiento de las formas de vida de los sujetos, las familias y comunidades en el contexto en el que se encuentran insertos desarrollando sus prácticas cotidianas e identificar estrategias y métodos favorables para el logro de ese objetivo.

La construcción de aproximaciones diagnósticas que contengan expresiones culturales de los sujetos/familias/comunidades promoverá en el alumno conocimientos básicos sobre la relación existente entre la cultura y el proceso de salud-enfermedad. Así, el análisis de esta relación dinámica e histórica posibilitará la incorporación de la dimensión socio-cultural y permitirá a los futuros médicos reflexionar acerca de la influencia directa que tienen las representaciones y las prácticas culturales de los sujetos -modos de pensar, hábitos, costumbres, prejuicios, estilos de vida- en las condiciones de salud de las familias y las comunidades.

A partir de diferenciar y relacionar los conceptos de cultura y educación, se pretende que el alumno desarrolle actitudes de respeto hacia los valores y concepciones propias de los sujetos, trascendiendo los valores de los profesionales de salud. De esta manera, se contribuye a desarrollar y potenciar factores protectores necesarios para la preservación de la salud.

Trabajar contenidos específicos de Educación para la Salud, tiene como principal objetivo que el estudiante revalorice la educación sanitaria como un importante factor de cambio en las formas de percepción cultural de la salud, la enfermedad y el ejercicio profesional de la medicina.

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.*
- *Reflexionar sobre la influencia de hábitos, costumbres y creencias propios y de otros individuos en relación con la conservación de la salud.*
- *Desarrollar habilidades para discriminar el factor cultural en el determinismo y perpetuación de estados de enfermedad.*
- *Elaborar propuestas tendientes a intervenir educativamente para prevenir el surgimiento de patologías reconocidas en el ámbito comunitario.*
- *Actuar como observador en situaciones de intervención médica, valorando los factores ambientales -sociales, económicos, culturales- causantes de enfermedades.*

ANTROPOLOGÍA

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:**

Es una rama de la Antropología que incluye:

- ~ **Antropometría:** Trata a cerca 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.

⇒ **Antropología Cultural:**

Edward Tylor sostiene que la Antropología Cultural es la “*ciencia que estudia la cultura, entendiendo por tal el todo complejo que incluye conocimientos, creencias, arte, moral, leyes, costumbre y cualquier otra aptitud o hábito adquirido como miembro de la sociedad*”.

El hombre es el único ser que produce y transmite cultura y ésta influye marcadamente en los estados de salud y enfermedad.

Son ramas de la Antropología Cultural:

- ~ **Etnografía:** Ciencia cuyo objeto es el estudio de las razas o pueblos (*del gr. ethnos, pueblo; graphos, descripción*). Es una disciplina de naturaleza descriptiva.
- ~ **Etnología:** Disciplina teórica que intenta explicar las causas, factores y dinámicos 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, así como de las creencias y tradiciones de los pueblos.
- ~ **Arqueología:** (*gr. archaios, antiguo*) Incluye las ciencias y disciplinas que estudian las artes y monumentos de la antigüedad.

ANTROPOLOGÍA CULTURAL

La Antropología Cultural, como ciencia social, 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.

Cultura

En 1871, el antropólogo británico, Edward B. Tylor publicó en su obra *Primitive Culture* una de las definiciones más ampliamente aceptadas de cultura. Según Tylor, la cultura es...

...aquel todo complejo que incluye el conocimiento, las creencias, el arte, la moral, el derecho, las costumbres, y cualesquiera otros hábitos y capacidades adquiridos por el hombre. La situación de la cultura en las diversas sociedades de la especie humana, en la medida en que puede ser investigada según principios generales, es un objeto apto para el estudio de las leyes del pensamiento y la acción del hombre. — (Tylor, 1995: 29)

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

Este bagaje perteneciente al mundo cultural interacciona con las disposiciones innatas a través de una acción selectiva de la persona que interviene activamente en el medio con su cuota de originalidad. De esta manera, la relación del individuo con los valores y exigencias del medio cultural no es pasiva -en el sentido de ser moldeado por éste- sino que es una relación activa y recíproca.

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.

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 aficionados al fútbol, 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.⁴

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

⁴ Hunter y Whitten, *Encyclopedia of Anthropology*

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*, etc. Las forman 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.
- ❖ 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.

MÉTODOS DE ESTUDIO Y ESTRATEGIAS DE INVESTIGACIÓN

Numerosas han sido las orientaciones y concepciones teóricas que han condicionado las modalidades operativas y las formas de interpretación del material empírico obtenido en los distintos ámbitos de indagación de la realidad cultural. En general, los métodos de estudio han sido de carácter inductivo y empírico.

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.

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.

El 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.

Un médico que quisiera actuar como observador de una subcultura sanitaria, trataría de centrar su interés no sólo en las enfermedades que padece la comunidad consultante ni en las técnicas científicas propuestas por la comunidad científica internacional como indicación general, sino más bien en las formas particulares como dicha comunidad percibe y valora el estar enfermo, su actitud frente a la medicina científica, la presión ejercida por costumbres, creencias, prejuicios y tabúes respecto de las acciones médicas. Asimismo, tratará de captar las formas tradicionales de interacción de los profesionales dentro de las instituciones, la percepción social del rol médico, del enfermero, psicólogo, trabajador social, las formas de liderazgo, la existencia de sectores de más peso o ubicación en la estratificación u orden de jerarquía, los sistemas de comunicación formales, explícitos y los informales e implícitos.

RELACIÓN ENTRE CULTURA Y SOCIEDAD

“Cultura y sociedad... dos caras de una moneda

“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.

Los conceptos de cultura y sociedad se diferencian teóricamente, pero son inseparables...

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.

Esta incluye tanto el conocimiento é interpretación que tienen las personas de sí mismas -su identidad personal-, como los conceptos, las creencias, los valores y las opiniones que poseen sobre el mundo social y natural en el que desarrollan sus vidas -su contexto espacial, temporal y social-.” (Denys Cuche: “La noción de cultura en las Ciencias Sociales”. Bs. As. Nueva Visión. 1999.)

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.

Existen importantes condicionantes de naturaleza biológica, social, económica y cultural en el binomio salud-enfermedad. Incluso se puede afirmar que, en gran medida, salud y enfermedad son construcciones sociales, que se definen en función de una sociedad determinada y de la cultura de sus miembros.

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.

Las creencias, costumbres, hábitos y valores promocionados por ciertas culturas, pueden actuar como factor favorecedor o 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.

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.

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".

De esta manera, se constata una interacción entre factores biopsíquicos individuales con otros ligados a la anomia de índole socio-cultural. (Ver Unidad V)

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 C. Darwin y H. Spencer y el positivismo de A. Compté- surgió la corriente Evolucionista en el campo de la Antropología. Sus máximos representantes fueron Edward Tylor (1834-1917) en Inglaterra y Lewis Morgan en Estados Unidos (1818-1887).

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 Tylor. Para Malinowski, 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 (Thompson, 2002: 193). También consideraba que la estructura social podía ser entendida análogamente a los organismos vivos. Este autor creía que todos los elementos de la cultura poseían una función que les daba sentido y hacía posible su existencia. Pero esta función no era dada únicamente por lo social, sino por la historia del grupo y el entorno geográfico, entre muchos otros elementos. El reflejo más claro de este pensamiento aplicado al análisis teórico fue el libro *Los argonautas del Pacífico Occidental* (1922), una extensa y detallada monografía sobre las

distintas esferas de la cultura de los isleños trobriandeses, un pueblo que habitaba en las islas Trobriand al oriente de Nueva Guinea.

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.

Para esta escuela la cultura es un todo orgánico en cuyo seno se dan funciones que son formas de resolver o satisfacer necesidades básicas o exigencias de los grupos. La unidad de análisis funcional es la *institución*⁵.

Las instituciones *derivadas* o *integrativas* (educación, control social, organización política), sirven a las necesidades de los individuos. En la observación, se recorta un período de tiempo limitado. A esto se denomina modelo sincrónico, en oposición al modelo diacrónico en el cual la observación es sostenida en el tiempo.

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. Este sociólogo francés muy pocas veces empleó el término como unidad analítica principal de su disciplina. En su libro *Las reglas del método sociológico* (2002), planteaba que la sociedad está compuesta por entidades que tienen una función específica, integradas en un sistema análogo al de los seres vivos, donde cada órgano está especializado en el cumplimiento de una función vital. Del mismo modo en que los órganos de un cuerpo son susceptibles a la enfermedad, las instituciones y costumbres, las creencias y las relaciones sociales también pueden caer en un estado de anomia. Durkheim y sus seguidores, sin embargo, no se ocupan exclusiva ni principalmente de la cultura como objeto de estudio, sino de hechos sociales.

Años más tarde, Alfred Radcliffe-Brown, antropólogo británico, retomaría algunas de las propuestas de Malinowski y, muy especialmente, las que se referían a la función social. Radcliffe-Brown rechazaba que el campo

⁵ **Institución:** Cualquier organismo o grupo social que, con determinados medios, persigue la realización de fines o propósitos específicos.

de análisis de la antropología fuera la cultura, más bien se encargaba del estudio de la estructura social, un entramado de relaciones entre las personas de un grupo. Sin embargo, no por ello no analizó aquellas categorías que habían sido descritas con anterioridad por Malinowski y Tylor. En su libro *Estructura y función en la sociedad primitiva* (1975) Radcliffe-Brown establece que la función más importante de las creencias y prácticas sociales es la del mantenimiento del orden social, el equilibrio en las relaciones y la trascendencia del grupo en el tiempo.

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.

Teoría del Particularismo Difusionista

Al igual que en Gran Bretaña la propuesta teórica de Tylor fue retomada y reelaborada posteriormente, también en Estados Unidos. Aquí la antropología evolucionaba hacia una posición relativista, representada en primera instancia por Franz Boas. Esta posición significaba un rompimiento con las ideas anteriores sobre la evolución cultural, en especial las propuestas por los autores británicos y el estadounidense Lewis Morgan. Para éste último, contra quien Boas dirigió sus críticas en uno de sus pocos textos teóricos, el proceso de la evolución social humana (tecnología, relaciones sociales y cultura) podía ser equiparado con el proceso de crecimiento de un individuo de la especie. Por lo tanto, Morgan comparaba el salvajismo con la "infancia de la especie humana", y la civilización con la madurez. Boas fue sumamente duro con las propuestas de Morgan y el resto de los antropólogos evolucionistas contemporáneos.

La crítica de Boas en contra de los evolucionistas radica en su inclinación a considerar la cultura como un fenómeno plural. En otras palabras, más que hablar de cultura, Boas hablaba de *culturas*. Para la mayor parte de los antropólogos y etnólogos adscritos a la escuela culturalista estadounidense, el estado del arte etnográfico al principio del siglo XX no permitía la conformación de una teoría general sobre la evolución de las culturas. Por lo tanto, la labor más importante de los estudiosos del fenómeno debía ser la documentación etnográfica.

Desde esta corriente teórica, se hace hincapié en las particularidades de las diversas culturas que surgen por la difusión de elementos procedentes de otras culturas vecinas o por influencia transcultural. Cada cultura toma dichos elementos y los modifica para adaptarlos a sus necesidades culturales. Los valores aceptados y sostenidos son transmitidos a través del proceso de endoculturación que opera en el seno de las familias.

En síntesis...

El relativismo cultural pone en evidencia que las diferencias culturales de las diversas culturas, no son consecuencia de detenciones en el desarrollo de un patrón universal y lineal, sino que en ello gravitan valores, costumbres, creencias diferentes. La estructuración de dichos valores mediante el aprendizaje social y las opciones personales, muestra la relación entre cultura y personalidad.

EL SER HUMANO Y LA CULTURA

La Lic. Silvia Bermúdez, en su obra “**El hombre y la Cultura**” (1986) menciona “... *El hombre se inscribe como ser social en la cultura; se va constituyendo en sujeto humano a partir de los determinantes culturales y así cumple con una función social y cultural. La cultura es una estructura donde se plasman costumbres, creencias, valores, normas, leyes. El "sentir" y el "hacer" de un pueblo, comunidad y/o sociedad. Dicha cultura está representada por una estructura organizada y ordenadora: las instituciones que rigen a los grupos sociales humanos donde cada miembro ocupará posiciones y funciones a desempeñar. Son estas instituciones las que definen relaciones, modos de comportamiento, satisfacen las necesidades y bienestar del grupo; promueven la realización del individuo en persona, otorgándole la posibilidad de aprender, crear, recrear, producir, pensar, transformar y transformarse en un interjuego dialéctico con el mundo.*”

Los seres humanos 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 continuo 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 **Educación Sanitaria** es el medio más idóneo para facilitar la aceptación de prácticas saludables, sin necesidad de utilizar métodos de confrontación, sino apelando al esclarecimiento y la comprensión.

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, etc.

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, a un sobreesfuerzo que es causa de 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 prevalencia⁶ 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.

Algunas de las prácticas que influyen en el proceso de salud-enfermedad son las siguientes:

- ⇒ La organización del tiempo de trabajo y el tiempo de descanso.
- ⇒ La alimentación.
- ⇒ La higiene personal.
- ⇒ La recreación.

Todas las actividades de la vida cotidiana están condicionadas culturalmente. 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

⁶ **Prevalencia:** Cantidad de personas que padecen una enfermedad en un momento dado.

permiten integrarnos en el sistema social más cercano. La aceptación social pasa por respetar estos principios y hacerlos visibles a los demás.

La relación cultura-salud es compleja y constituye todo un reto para las sociedades: conocer las representaciones en salud implica conocer cómo entendemos la salud desde las diferentes culturas que conviven en un territorio, cómo entendemos la enfermedad, qué valor se le da a las prácticas saludables, qué significan para nosotros los riesgos para la salud, etc.

La salud es la consecuencia del punto de partida biológico del individuo y de las actividades que implican todos los sectores de la sociedad, así como de la población en su conjunto, a través de decisiones y de acciones tanto individuales como colectivas.

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 vida⁷ 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 enfermar y morir. El fumar, el beber alcohol, el tipo de alimentos consumidos y la realización o no de ejercicio físico han sido subrayadas como conductas muy directamente relacionadas con la salud.

Tabaco

El consumo de tabaco constituye actualmente la principal causa de mortalidad evitable en los países desarrollados. Esta situación encuentra su explicación en la promoción activa de la industria tabaquera y en el potencial adictivo de la nicotina. Los derivados del tabaco pueden generar con relativa rapidez una fuerte dependencia fisiológica y psicológica. Los fumadores que dejan de fumar refieren un serio síndrome de abstinencia acompañado de irritación, agresividad, depresión y problemas para concentrarse, problemas que explican que las recaídas sean tan frecuentes.

⁷ **Estilo de vida:** conjunto de decisiones que toma el individuo con respecto a su salud y sobre las cuales tiene mayor o menor control. Por ejemplo: la falta de recreación, la escasez de ejercicios o los distintos modos de consumo referidos a alimentos, alcohol, tabaco, drogas.

El fumar viene asociado a placer y vínculo social. Este carácter social se revela con la asociación del hábito a determinados momentos y lugares: fiestas, después de las comidas, entre otros. Lo anterior explica el hecho de que el fumador que se encuentra en proceso de dejar de fumar, intente evitar aquellos lugares en los que el consumo de tabaco está claramente asociado a ellos. De ahí se justifica la búsqueda de soledad entre los fumadores en proceso de abandonar el hábito, lo cual confirma el carácter social del fumar.

Alcohol

El alcohol es una de las drogas con mayor longevidad a lo largo de la historia. El ser humano consume bebidas alcohólicas con las finalidades más diversas: en celebraciones, para combatir tristezas, para refrescarse, para entrar en calor, para estimularse, etc. Se trata, pues, de una droga muy arraigada en la cultura occidental y a la que es muy fácil acceder.

Los problemas de salud asociados al alcoholismo tienen un carácter heterogéneo. La probabilidad de padecer estos trastornos se presenta tanto si el abuso del alcohol es esporádico y puntual como si es continuo. Los problemas de salud se asocian generalmente al perfil de grandes bebedores y alcohólicos; pero la exposición a este factor de riesgo -aunque no sea una exposición continua- puede conducir a determinadas enfermedades. Entre los problemas de mayor prevalencia suelen superponerse: consecuencias para la salud física (cirrosis, determinados tipos de cáncer, hipertensión, enfermedades cerebrovasculares); repercusiones sociales que, a su vez, tienen consecuencias para la salud: por ejemplo, el grado de riesgo que supone el consumo de alcohol y su incidencia en la aparición de conductas violentas, como es el caso de los malos tratos familiares; por último, la influencia del alcohol en las probabilidades de sufrir accidentes, manifestar conductas delictivas, padecer lesiones involuntarias, cometer homicidios o suicidios, etc.

Los factores culturales tienen un papel relevante entre las pautas de consumo de una comunidad: el lugar del alcohol en fiestas, en cenas, comidas navideñas, bodas e, incluso, en las salidas de los fines de semana. Es importante tener en cuenta los mitos y creencias en cuanto a su uso: más fuerte, más capacidad de influencia sobre los que le rodean, más capacidad sexual. Sin embargo, es cierto también que el uso excesivo de esta droga es castigado socialmente.

*Algunos ejemplos de **mitos**⁸ referidos al alcohol pueden resultar muy familiares:*

- "Tomemos unas copas para entrar en calor":

⁸ **Mito:** persona o cosa a la que se le atribuyen cualidades o características que no tienen, o bien una realidad de la que carecen.

FALSO. El alcohol es vasodilatador, los vasos sanguíneos en la piel se expanden y la persona experimenta una sensación de tibieza, pero en realidad el cuerpo pierde calor.

- **"La bebida alegre y estimula":**

FALSO. El alcohol es depresor del sistema nervioso central y actúa sobre los centros de control en el cerebro, por lo que la persona se desinhibe, pero no es un estimulante.

- **"Déjalo, el sabe beber, lleva más copas que ninguno y no se emborracha":**

FALSO. El aumento de la tolerancia indica que el organismo ha aprendido a manejar la sustancia, esto constituye un signo de alarma puesto que puede existir ya un problema de dependencia o adicción.

Nutrición

La alimentación sana hace referencia a las políticas de nutrición y alimentos, a la seguridad de los alimentos, a las deficiencias de micronutrientes, y a las elecciones en materia de alimentación y salud. La seguridad alimentaria implica la existencia de alimentos disponibles y accesibles para todos, adecuados nutricionalmente en términos de cantidad, calidad y variedad, además de ser aceptables en el seno de la cultura correspondiente.

Determinados factores culturales asociados a la alimentación, pueden tener consecuencias negativas para la nutrición, ya sea porque excluyen ciertas necesidades nutritivas o porque propician el consumo de alimentos y bebidas perjudiciales para la salud.

Los hábitos relacionados con una nutrición inadecuada traen aparejados factores de riesgo asociados a la carencia de nutrientes esenciales. Por ejemplo, las consecuencias de la disminución del consumo de fibras en una dieta carente de frutas y verduras. O bien, dietas basadas en un elevado porcentaje de productos lácteos, con alto contenido en grasa, sal y azúcares, pueden aumentar el riesgo de contraer enfermedades cardiovasculares. Por otra parte, la carencia de yodo es la principal causa de trastornos intelectuales, de bocio y de cretinismo.

Ejercicio físico

Los beneficios para la salud derivados de la actividad física moderada incluyen la mejora de la autoestima y del estado de ánimo, la mejora de la apariencia física y de la postura, una reducción significativa de la mortalidad prematura, de la obesidad, de las enfermedades cardiovasculares, de la diabetes no insulino dependiente y de la osteoporosis.

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.

La mayoría de la gente utiliza los términos «enfermedad» y «malestar» indistintamente, pero para los profesionales de la salud los mismos sugieren diversas puntualizaciones. La palabra «enfermedad» se limita a designar el concepto científico de un proceso médico previamente diagnosticado. En cambio, la palabra «malestar» constituye la percepción que una persona siente de dicho proceso, que la preocupa y la mueve a buscar ayuda. El estudio de la conducta, cuando el paciente padece malestar, o el estudio de la conducta en relación con la salud consideran aspectos relacionados con la percepción individual de la sintomatología.

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 Kleinman⁹ aporta nociones e ideas que, acerca de un episodio de enfermedad y su tratamiento, utilizan y manejan todas aquellas

⁹ El Dr. Arthur Kleinman introdujo el término «*modelo explicatorio*» para referirse a las ideas y creencias concernientes a la enfermedad y al tratamiento empleadas por aquellos implicados en el proceso clínico. Desde una perspectiva teórica, en la antropología médica norteamericana se reconocen tres dimensiones de la enfermedad: "*disease*" (o enfermedad propiamente dicha) se refiere a la anormalidad en la estructura y

personas implicadas en el proceso clínico, esto es, el enfermo, familiares, amigos y el profesional de la salud.

A través de la 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

función del órgano o sistema de órganos.; "*illness*" (padecimiento) corresponde a las percepciones y experiencias de ciertos estados devaluados socialmente, incluyendo (pero no limitándolo) a la enfermedad; por último, "*sickness*" es utilizada para designar un término general que comprende las dos dimensiones anteriores, es decir, la enfermedad y el padecimiento (Kleinman, A. *Patients and Healers in the Context of Culture*. Berkeley: University of California Press. (1980, 1988).

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 dada 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.

En unidades anteriores se ha destacado que la percepción de la enfermedad está referida a cómo interpreta el paciente las causas de la misma. La actuación ante los primeros síntomas de enfermedad se ve condicionada por las experiencias patobiográficas¹⁰ previas vividas en el entorno familiar y social, así como también, por sus propias experiencias de enfermar.

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

¹⁰ **Patobiografía:** *pato* proviene del vocablo griego *páthos* y significa “dolencia”, “enfermedad” o “afección”; *biografía*, refiere a la historia de la vida de una persona. Por lo que la **patobiografía** es la inserción histórica de instancias y momentos patogénicos y vivenciales registrados en el pasado de una persona.

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.

Obsérvense estos dos casos:

La Sra. Martínez va a recoger la receta de un medicamento para la hipertensión y al ver a su farmacéutico le dice: «Sé que el Dr. Pérez me dijo que necesitaba este medicamento, pero me encuentro bien. Mi madre y mi padre vivieron hasta los 90 años y nunca tomaron ninguna medicación. Probablemente yo tampoco necesite tomar nada.»

El siguiente paciente, el Sr. Peralta, va a buscar también una receta del mismo medicamento que la Sra. Martínez. Le comenta al farmacéutico: «Sé que tengo la tensión arterial bastante alta y que debería tomar estos comprimidos con regularidad, pero mi horario de trabajo es muy denso y apretado, y seguro que voy a tener dificultad para recordar que he de tomármelos.»

Para estos dos pacientes, el consejo profesional será distinto. La Sra. Martínez necesita ayuda para llegar a comprender y aceptar su enfermedad y para tomar la medicación cada día. Mientras que el Sr. Peralta necesita también ayuda, pero para recordar y programar el horario de toma de su medicación.

Los pacientes pueden presentar una gran diversidad de razones personales para tomar la medicación. En un estudio realizado con pacientes sometidos a terapia anticonvulsivante, el motivo más frecuentemente comunicado era de carácter práctico. Los pacientes consideraron la utilización de la medicación un acontecimiento más de la vida, necesario para controlar sus crisis y evitar que se produzcan problemas sociales y personales. El segundo fue de tipo psicológico: para reducir la preocupación y, el tercero, el deseo de asegurar la “normalidad”, en el sentido de llevar una “vida normal” sin accesos de convulsiones.

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.

En el proceso de toma de decisiones, los prejuicios pueden afectar el modo en que los pacientes adquieren y procesan la información. Por ejemplo, los pacientes no siempre reúnen información de diferentes procedencias con el fin de analizarla antes de tomar una decisión y algunos deciden que la información que han reunido no se aplica necesariamente a su caso particular.

Autocuidado

Se denomina autocuidado a los comportamientos aprendidos culturalmente y encaminados a conservar la salud o a resolver episodios de enfermedad.

Teorías de la conducta relacionadas con la salud¹¹

“En los últimos años la relación entre conducta y salud han sido objeto de investigación y teorización...”

...Las teorías relativas a la correlación entre conducta y salud fueron desarrolladas inicialmente con el fin de explicar el fracaso detectado entre los pacientes en relación con el cumplimiento de los regímenes posológicos y otras medidas preventivas para la salud, como la inmunización y los chequeos regulares de salud.

Para ayudar a explicar estas conductas, se ha elaborado una gran variedad de modelos. Uno de estos modelos -el modelo de toma de conciencia en salud- sugiere que la probabilidad de que un individuo tome parte en acciones provechosas para su salud, depende, en gran medida, de la percepción de la amenaza que una determinada enfermedad representa.

Por ejemplo, se cree que los pacientes que consideran que la hipertensión arterial puede originar un ataque cardíaco son más propensos a tomar la medicación que aquellos que no lo piensan, así como a controlar más su dieta, su ejercicio y a someterse a chequeos médicos regulares.

La toma de conciencia en relación con la amenaza que representa la enfermedad, depende de múltiples factores, entre los que se incluyen los denominados factores modificadores, las percepciones del individuo y los desencadenantes de la acción. Los

¹¹ Adaptado de Jang, R.: Emotional reaction to illness and treatment. En: Communications Skills in Patient Counseling on OTC Drugs. Chapel Hill, N. C.: Health Sciences Consortium, 1980; Kübler-Ross, E.: What is it like to be dying? American Journal of Nursing 1971

factores modificadores pueden abarcar un conjunto de variables que van desde los aspectos demográficos (edad, sexo, raza, etc.) y sociopsicológicos (personalidad, clase social, presiones de personas allegadas) hasta los factores estructurales (conocimiento de la enfermedad, previo contacto con ésta, etc.).

Por ejemplo, una chica joven y sexualmente activa, cuidadosa por naturaleza y conocedora de los métodos anticonceptivos, que posee una amiga que ha quedado embarazada, puede llegar a considerar que la probabilidad de quedar embarazada es elevada. Es por ello muy probable que comience a utilizar dichos métodos anticonceptivos.

Que uno se dé cuenta del carácter grave de determinada enfermedad y del riesgo personal de contraerla puede decidirle a considerar dicha enfermedad como una amenaza.

Por ejemplo, un individuo puede pensar que la hipertensión arterial no es una enfermedad grave y que es poco probable que conlleve un riesgo para su vida.

La percepción está determinada, hasta cierto punto, por factores modificadores.

Por ejemplo, una persona, cuyos padres han vivido hasta una edad muy avanzada y que cree que cualquier enfermedad grave presenta síntomas manifiestos, puede pensar que su familia no es muy susceptible a padecer ataques cardíacos o bien que la hipertensión que se le ha diagnosticado no constituye un factor de riesgo importante, motivo por el cual puede omitir la medicación prescrita o bien no seguir la recomendación del médico relativa a dieta y chequeos regulares.”

Entre algunas formas de autocuidado encontramos la administración de remedios caseros, la automedicación, dietas, entre otros.

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**.

El Dr. Saúl Bioca, define a la Educación para la Salud 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”

Utilizando los métodos de las ciencias de la información, la educación, la psicología social y otras, se diseñan programas de acción tendientes a analizar los factores culturales que influyen negativamente en la forma de vida de los grupos humanos con relación a la salud, favoreciendo el desarrollo de factores protectores. Se trata de intervenir educativamente en el medio cultural para resignificar (darle un significado diferente) las prácticas que condicionan los modos de pensar, sentir y actuar frente al proceso de salud-enfermedad.

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.

Se la considera no solamente como la aplicación de una serie de normas y conocimientos presentes en un programa educativo, sino como la capacidad de adoptar cambios, y modificaciones de actitudes que lleven al individuo, a la familia y a la comunidad a incorporar conductas positivas a lo largo de la vida.

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.

Bibliografía consultada:

- **Asociación Española de Trabajo Social y Salud**, *Antropología de la Medicina*. Zaragoza: 1998.
- **Bioca Saúl M, Fernández V.** “*Educación para la Salud - Guía de Aprendizaje y Evaluación*”. Editorial Kapelusz. Buenos Aires. 1988.
- **Chappell N. Strain L, Blandford A.** *Health status and aging. In: Aging and Health Care: A Social Perspective*. Toronto: Holt, Rinehart & Winston. 1986.
- **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.
- **Riesco, L.** *Introducción a la Medicina*. Ed. Anaquel. Cba. 1981
- **Salleras Sanmartí Ll.** *Educación Sanitaria. Conceptos, métodos y estrategias*. Madrid. 1988.

UNIDAD III

MEDICINA, CONOCIMIENTO Y FILOSOFÍA

Lic. Nora C. Krabbe y Lic. Silvina M. Trucchia

INTRODUCCION

No es objetivo de 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 III, que a continuación se desarrolla, procura acercar a los alumnos de segundo año conocimientos generales de Filosofía en estrecha relación con la Medicina y con la práctica médica.

FUNDAMENTACION

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 o fotocopias, 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, seguramente 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. Probablemente descubra que no podrá dar razones de ningún otro tema que no esté vinculado a esta profesión.

Al decir de Kuhn T.S. en “*La estructura de las revoluciones científicas*”, los médicos acaban instalados en lo que este filósofo denomina “*el paradigma de la profesión*”; esto es, en el conocimiento tácito que está presente en textos y revistas médicas científicas, y conforma, en definitiva, la manera de pensar de estos profesionales.

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 porqué -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.

Sí, es probable que sean muchos los que se deben haber preguntado:

- *¿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, conocimientos o útiles 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.

La Filosofía es una ciencia que se divide en diferentes 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; teorización acerca de los valores.
- ⇒ **Ética:** (*ethikos = moral*) Estudia la moral de los actos humanos.

En un intento de responder a algunas de las preguntas arriba formuladas -que han pasado por la mente de cualquier estudiante de Medicina- apelar a la Historia de la Medicina es un camino posible, haciendo un breve recorrido de la misma para llegar a la práctica médica actual.

La Medicina es una profesión muy antigua...

El médico, como profesional, es la persona involucrada directamente con la salud y enfermedad de sus pacientes. En esa relación diádica, de interacción y comunicación, el médico se enfrenta a la enfermedad, el padecimiento y la muerte.

Desde la prehistoria hasta la actualidad, la medicina ha atravesado por épocas de esplendor y decadencia en una lucha constante contra la superstición, el dogmatismo o la incompreensión.

La historia de la medicina en especial ha estado influida por el enfrentamiento dialéctico entre *mecanicismo* y *vitalismo*, es decir, entre la reducción de los seres vivos a máquinas fisico-químicas muy complejas y la afirmación de que su capacidad de vivir reside en *fuerzas* o *principios vitales* con cualidades diferentes.

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 Hygeia¹²: la salud, la prevención y la educación para la salud.

Los períodos que tomaremos para el análisis de la historia de la Medicina como profesión, son los siguientes:

- *Medicina mágico-teúrgica*
- *Medicina Sacerdotal*
- *Medicina en las Culturas milenarias*
- *Medicina científico-natural de Hipócrates y Galeno*
- *Medicina Medieval*
- *La Medicina del Renacimiento*
- *La Edad Moderna*
- *La Medicina Integral*

Medicina mágico-teúrgica

Es la medicina que se practicó en los comienzos de la humanidad. El conocimiento sobre las características de este período se logró en base a hallazgos arqueológicos provenientes de comunidades tribales de América, África y Oceanía.

El hombre primitivo consideraba la enfermedad como algo mágico ya que lo relacionaba a fenómenos como: la lluvia, el fuego, el viento o con poderes sobrenaturales. Las culturas antiguas tenían un concepto mágico religioso de la enfermedad.

La medicina era ejercida por un individuo con “supuestos poderes” para curar, denominado *brujo* o *chaman*. A este individuo se le asignaba varios roles, tales como médico, brujo y jefe de la tribu. Para las ceremonias se vestía con ropas adecuadas a la ocasión, que tenían la finalidad aparente de espantar al demonio.

Según las creencias, el demonio tomaba posesión del cuerpo de su víctima produciendo la enfermedad. Para curarla (terapéutica), el brujo debía expulsar a través de la magia (ritual) a los espíritus malignos.

¹² En la mitología griega, **Hygieia** o **Hygeia** fue una hija de **Asclepio** (**Esculapio para los romanos**). Ella fue la diosa de la salud, la limpieza, el saneamiento y posteriormente la luna. Mientras que su padre era más directamente relacionados con la curación, que se asoció con la prevención de la enfermedad y la continuación de una buena salud. Su nombre es el origen de la palabra "higiene".

La práctica mágica proviene del reconocimiento de poderes asignados a la naturaleza.

En nuestros días persisten prácticas como el curanderismo -incluso en países desarrollados- que conviven con la medicina tradicional. Las causas debemos buscarlas en variables socioeconómicas y culturales.

Medicina Sacerdotal

A pesar de la aparición de civilizaciones antiguas, las prácticas médicas no cambiaron en forma sustancial, sólo que el médico-brujo fue suplantado por el sacerdote o hechicero, de acuerdo a la cultura. En consecuencia, en esta etapa persistía una medicina mágico-teúrgica.

Medicina en Culturas milenarias

Egipto

Dentro de las culturas más desarrolladas de Oriente Medio, Egipto es el país que presenta el ejemplo más típico del paso de la medicina mágico-religiosa a la empírico-racional, tal como se manifiesta en los Papiros de la ciudad de Ebers.¹³ Allí se presentan análisis de casos particulares, clínica, terapéutica y conclusiones deducidas de la observación.

Es decir, se estaba en presencia de “historia clínica, diagnóstico, pronóstico y tratamiento”, tal como hoy se las conoce.

India

La medicina hindú avanzó y desarrolló la Semiología, explorando a los enfermos mediante el uso de los sentidos.

Se especializaron en el tema de la cirugía, aplicado a operaciones como la cesárea.

La concepción religiosa de los hindúes, que creían en la reencarnación, sostenía que el sufrimiento de una persona enferma se debía a los pecados de espíritus anteriores a su existencia, por lo que el enfermo estaba condenado a padecer (karma). El pueblo hindú afirmaba que el padecimiento y las

¹³ El **Papiro Ebers** es uno de los más antiguos tratados médicos conocidos. Fue redactado en el **antiguo Egipto**, cerca del año 1500 antes de nuestra era. Contiene 877 apartados que describen numerosas enfermedades en varios campos de la **medicina** como: **oftalmología**, **ginecología**, gastroenterología, y las correspondientes prescripciones.

enfermedades que los hombres deben soportar en esta vida están sobredeterminados, y que la muerte es una liberación.

Los hindúes sentaron las bases de las que serían las primeras Escuelas Médicas y normatizaron la profesión.

China

Con un desarrollo muy similar al que se produjo en la India, en China convivía la medicina mágico-teúrgica con una medicina empírico-religiosa, producto de la relación entre religión y filosofía.

China es reconocida mundialmente por las investigaciones en el uso de plantas y su aplicación en prácticas curativas, dando origen a la Fitoterapia.

Otra de las prácticas milenarias desarrolladas en China fue la Acupuntura, que consiste en tratar al paciente mediante el uso de agujas colocadas en zonas específicas del cuerpo y que se caracterizan por ser centros de energía.

Actualmente, esta práctica convive con la medicina tradicional (alopática).

Medicina científico-natural

La medicina científico-natural, nace con los primeros intentos de sistematizar un saber natural, es decir, con el desarrollo del conocimiento de la naturaleza y de sus fenómenos, prescindiendo de factores mágicos ó religiosos.

- Siglo IV a. C.

Los filósofos Thales, Anaximandro, Anaxímenes y Heráclito influyeron en la búsqueda del conocimiento de los fenómenos naturales. En Filosofía se los ubica como los “*Presocráticos*”.

Algunas características de los presocráticos son:

Thales de Mileto: Consideró al AGUA como la sustancia única presente en todos los cuerpos y constante en las diversas transformaciones.

Anaximandro: Para este filósofo, el origen o fundamento de las cosas estaba en el AIRE.

Heráclito: Proponía al FUEGO como el elemento o sustancia fundamental. Puso en duda la identidad de las cosas, sosteniendo que la única realidad es el cambio.

Demócrito: *Buscó un elemento imaginario, no perceptible a los sentidos, sin cualidades sensoriales que conforma lo lleno o el Ser, como opuesto a lo vacío o el no Ser. Este lleno está dado por partículas indivisibles en constante movimiento. Consideró que el ATOMO es fundamento y causa de todo lo visible.*

Empédocles: *Admitió cuatro elementos: aire, agua, tierra y fuego, que serán aceptados por Hipócrates y Galeno como base de los Cuatro Humores, cuyo equilibrio supone la salud y su desarmonía implica la enfermedad.*

Todos estos teóricos elaboraron una concepción de los fundamentos del mundo en base a las apariencias apelando a la imaginación, buscando la unidad del Cosmos.

- La Escuela de Pitágoras

A la escuela de Pitágoras acudían filósofos, matemáticos, políticos, religiosos, etc. Partiendo de diferentes concepciones, todos ellos estaban en la búsqueda del saber.

De la conjunción de elementos aportados por cada uno, se sentarían las bases de la importancia de la salud y la enfermedad, del cuidado del cuerpo, del equilibrio entre el ser humano y la naturaleza. El hombre sólo podía lograr una armonía plena con el desarrollo de una vida sana.

Los cuatro elementos del universo: aire, tierra, fuego y agua -que habían sido enunciados por los “*Presocráticos*” para responder a cerca del fundamento de las cosas que existen en la naturaleza-, fueron utilizados por Pitágoras, quien sostuvo que estos cuatro elementos se encontraban en el cuerpo humano. Sentó así las bases de lo que fuera posteriormente la llamada “*teoría de los cuatro humores*”.

- Hipócrates

Hipócrates nace en el siglo V a.C. (460-370), en la Isla de Cos. Fue hijo de Asclepiades, sacerdote del templo dedicado al dios de la medicina griega.

El pensamiento hipocrático se ubica dentro del humanismo helénico, que hacía una exaltación del hombre, una preocupación por su naturaleza, su vida y su destino.

Su preocupación fue el hombre enfermo, a quien consideraba la base del diagnóstico (*diá = a través y gnosis = conocer*). Es decir, subrayaba la necesidad de conocer la enfermedad mediante el examen clínico (*clinós = cama*) y el pronóstico (*pro = hacia y gnosis = conocer*), para prever la evolución y desenlace del proceso.

La enfermedad era un fenómeno natural; por lo tanto, la naturaleza debía curar. Su terapéutica consistía en la indicación de remedios naturales, como la dieta, los ejercicios, el reposo.

Explicó el origen natural de la enfermedad a través de su teoría de los cuatro humores ó elementos, según habían sido enunciados por los filósofos presocráticos. Los cuatro elementos eran el aire, el agua, la tierra y el fuego; se encontraban dentro del organismo y, como el Cosmos, debían estar en equilibrio. Se correspondían con: sangre, bilis amarilla, bilis negra y linfa.

Si los elementos estaban en armonía, el cuerpo estaba sano. Denominó a este estado *Eucracia*. Si, por el contrario, se hallaba una desproporción de esos elementos -es decir, se producía un desequilibrio- el cuerpo estaba enfermo, estado al que llamó *Discracia*. La discracia generaba la materia morbosa que debía ser eliminada. El predominio de un determinado humor-llámese líquido-, producía un tipo de reactividad característica, ó temperamento definido.

Esta teoría biológica fue tomada, siglos después, por la Psicología para explicar la Tipología de los cuatro temperamentos. A saber:

Temperamento	Características	Líquido que predomina
Sanguíneo	Vivacidad-Entusiasmo	Sangre
Colérico	Irritabilidad-Ira	Bilis
Melancólico	Depresión-Melancolía	Bilis negra
Flemático	Apático-Indiferente	Linfa

Fue legado de Hipócrates la fundación de una escuela médica, la normatización de la conducta médica y el establecimiento de una ética profesional en su célebre Juramento, que comienza invocando a los dioses:

“Juro por Apolo, médico, por Higiya y Panacea y por todos los dioses y diosas a quienes pongo por testigo de la observancia del siguiente Juramento que me obligo a cumplir, lo que ofrezco con todas mis fuerzas y voluntad”.

A mediados del siglo V a.C., la atención de la Filosofía griega se apartó de los problemas relativos al origen de la naturaleza para ocuparse de aquellos que afectaban directamente a los hombres en su convivencia social y en su relación con el Estado. La desigualdad económica y política entre los

diferentes grupos sociales y las guerras externas, fueron una constante amenaza para la estabilidad de las “polis griegas” que demandaban la participación consciente y activa de los ciudadanos. Comerciantes, artesanos, terratenientes y hombres libres, cualquiera de ellos podía llegar a dirigir los destinos de la ciudad: fue necesario conocer cómo funcionaba el Estado y cómo se lograría gobernar a los hombres.

Los filósofos se convirtieron en educadores de dirigentes políticos. Los encargados de llevar a cabo esta actividad pedagógica fueron *los Sofistas*, y posteriormente *Sócrates, Platón y Aristóteles*.

Los Sofistas no constituyeron una escuela filosófica determinada, sólo eran maestros ambulantes del saber que hacían de él su modo de vida, como fruto del anhelo que empezaron a sentir los hombres de ser dirigidos y orientados en los asuntos prácticos de la política. Se caracterizaron por cultivar el arte de la argumentación (retórica), como instrumento para atender el consenso de las asambleas públicas y tribunales. Mediante la correcta argumentación, cualquier opinión puede ser defendida o criticada, más allá de que sea falsa o verdadera. Con los sofistas, la verdad se volvió relativa y cambiante.

Sócrates

Es en este panorama histórico que surgió la personalidad de Sócrates (470- 399 a.c.), quien, contrario a la tesis relativista de los sofistas, proclamó la existencia de verdades éticas universales por las cuales los hombres pueden dirigir sus conductas.

Pero, ¿cómo acceder al conocimiento de esas verdades? Sócrates sostenía que la solución le fue dada por revelación.

En cierta ocasión, su amigo Querefonte preguntó al Oráculo de Delfos si había algún hombre más sabio que Sócrates, y el oráculo aseveró que ningún hombre era más sabio que Sócrates.

Ésta fue la revelación de Sócrates:

“Llevé a cabo el examen a que lo sometí por medio de la conversación, tuve la impresión que ese hombre parecía sabio a muchos, y sobre todo a sí mismo, pero no lo era, y seguidamente procuré demostrarle que “creía” ser sabio, pero no lo era (...) y partí pensando para mis adentros: “yo soy mas sabio que éste hombre; es posible que ninguno de los dos sepamos cosa que valga la pena, pero él cree que sabe algo, pese a no saberlo, mientras que yo, así como no sé nada, tampoco creo saberlo”. (Platón: “Defensa de Sócrates” en Obras Completas, pag. 204)

Sócrates se percató de ser el más sabio de los hombres, porque sabe que no sabe nada, al contrario de quienes presumen saber mucho y ocultan a sí mismo y a los demás hombres su ignorancia. A partir de ese instante, asumió la misión de dar a conocer su valioso hallazgo: se lo veía en las calles y plazas públicas conversando con gente de toda clase de oficios: artesanos comerciantes, militares, poetas, acerca de lo que “creían saber”.

Por ejemplo:

Al preguntar a un militar sobre lo que significa la valentía, el hombre de armas, seguro de sí mismo, dio su verdad. Sócrates, ejerció la ironía y cuestionó esta primera opinión. La refutación tenía como única finalidad la de suscitar en el militar, vergüenza y la autoconciencia de que, en realidad, no sabe que es la valentía.

En otras palabras, intentar que el sujeto se acepte a sí mismo como alguien que no sabe. De ahí su famosa frase: “conócete a ti mismo”.

La práctica de la autoconciencia tiene el propósito de liberar al espíritu de falsos conocimientos o prejuicios. La liberación del alma marca el inicio de la segunda etapa del método socrático en la búsqueda del conocimiento: la Mayéutica.

Sócrates pensaba que el conocimiento de la naturaleza humana no se conseguía sólo con mirar y analizar las cosas externas. El saber sobre lo que el hombre es y debe ser, se encuentra en el interior del hombre mismo. Si el saber mora en cada individuo, sólo había que estimularlo y conducirlo debidamente para que lo extraiga de su interior.

Mayéutica significa “*arte de ayudar a dar a luz las ideas*”. La característica del método radica en estimular la investigación más que ofrecer conocimientos. Con la práctica del mismo, se pretende comparar distintos casos como expresiones de un mismo valor, por ejemplo, los actos justos, y retener de ellos lo esencial, para llegar a una noción única y válida para todos los hombres (*el concepto*).

Mediante el examen, la reflexión y discusión, los hombres alcanzan el saber de los valores universales, y en consecuencia, las leyes que deben mandar en sus destinos. El ideal de Heráclito por encontrar una razón (*logos*) común a todos los hombres, según Sócrates, era posible con la mayéutica en cuanto representa el esfuerzo colectivo de los distintos objetos por hacer coincidir sus opiniones particulares (*subjetivas*) con lo universal. Al indagar por las definiciones únicas, la ciencia se desarrolla como el proceso que va de lo particular a lo universal, de la opinión individual a la definición absoluta, procedimiento al que Aristóteles llamó “*inductivo*” y que consideró como uno de los mayores aportes de Sócrates a la Filosofía.

Platón

Platón (427- 348 a.C.) desarrolló su teoría del conocimiento de acuerdo con las ideas de Sócrates, Parménides y Pitágoras.

- De Sócrates, su maestro, desarrolla la tesis de que es posible llegar a una definición universal de las verdades, es decir, expresarlas mediante conceptos.
- De Parménides acepta que el conocimiento verdadero no proviene de la experiencia sensible, sino que tiene como origen y fundamento a la razón.
- De Pitágoras rescata la concepción del número y la Geometría, pues son las matemáticas quienes mejor se ajustan a su teoría del conocimiento: el triángulo, el cuadrado y el rectángulo poseen una definición única y universal y son reconocidas en cuanto tales, por todo el mundo; en otras palabras, son verdades absolutas.

Según Platón, un conocimiento verdadero debía cumplir dos condiciones: ser infalible y tener por objeto lo que es. La vivencia cotidiana nos enseña que todo cambia y se modifica: al día le sigue la noche, los árboles reverdecen y se marchitan, las civilizaciones tan pronto llegan a su florecimiento decaen y son sustituidas por otras. El mundo en el que habitamos se caracteriza por la movilidad y la temporalidad.

Bajo estas circunstancias, Platón pensaba que era imposible fiarse de la información que nos brindan los sentidos, en cuanto esto no es lo universal y necesario, sino que es conocimiento relativo de algo que es diferente en distintos momentos: los objetos de la percepción sensible no son los verdaderos objetos del conocimiento. El objeto de conocimiento ha de ser estable, invariable, capaz de ser definido de manera clara y científica y debe constituirse por conceptos que expresen la *esencia* de las cosas, ideas o formas.

Al plantear la diferencia entre el conocimiento sensible y el conocimiento de las formas, Platón no estableció una separación infranqueable entre las dos, mas bien los concibió como distintos grados de conocimiento. El nivel más bajo es el de la opinión (doxa), al que se refiere también como mundo sensible, y el nivel más alto lo constituye la ciencia (episteme) un mundo de las ideas, inteligible.

En el Capítulo VII de “La República”, explica la relación existente entre el mundo sensible y el inteligible mediante el “Mito de la caverna”:

“... imagina que una caverna subterránea que dispone de una larga entrada para la luz a todo lo largo de ella, y figúrate unos hombres que se encuentran ahí ya desde su niñez atados por los pies y el cuello, de tal modo de que hayan de permanecer en la misma posición mirando tan solo hacia delante, imposibilitados como están por las cadenas, de volver la vista hacia atrás. Pon a su espalda la llama de un fuego que arde sobre una altura a distancia de ellos, y entre el fuego y los cautivos un camino alto, flanqueado por un muro...” (Platón: Obras completas. pag. 778)

Si sobre ese muro hipotético caminaran hombres llevando objetos de toda clase, lo único que verían -quienes se encuentran en la caverna- serían las sombras de los hombres y los objetos que éstos portan, los hombres de la caverna interpretarían estas sombras como hombres y objetos realmente “existentes”.

En este mito se ilustra la relación entre “el mundo de las formas y el mundo de la apariencia”. El mundo sensible no es más que copia o imitación del mundo de las ideas. En otros términos, la realidad absoluta del mundo no está en la percepción sensorial sino en el mundo de las formas; en consecuencia, el conocimiento de lo que son realmente las cosas se logra por la razón. Las ideas no son meros conceptos; existen por sí mismas como esencias separadas de las cosas, a las que dan origen y hacen inteligibles.

Ejemplo:

Los libros, las casas, lo blanco, lo justo, el hombre que percibimos, no son más que imitaciones imperfectas de la idea libro, casa, blanco, y así sucesivamente.

Aunque a ningún mortal le es posible ascender al mundo supraceleste por completo, sí es posible acercarse a él en la medida que apliquemos correctamente el **método de la dialéctica**, que para Platón consistía en la contraposición sucesiva de afirmaciones o tesis que se van depurando hasta culminar en una sola, en cuanto sea una verdad universal y necesaria.

Esto significa -como en el mito de la caverna- trascender del mundo sensible al mundo inteligible.

Aristóteles

Aristóteles ha sido catalogado como el espíritu filosófico más profundo, racional y sistemático que existió en la época antigua, al elaborar una interesante teoría de la argumentación (lógica- retórica) de la que aún hoy somos herederos. Antepuso al Idealismo de Platón (*teoría de las formas*) el Realismo (*teoría del ser*).

Determinó que el objeto de estudio de la filosofía se ubica en lo que se pretende alcanzar (fin) y no en el principio (arjé).

Aristóteles nació en la ciudad de Estagira (384- 322 a.C.). Después de formular su crítica a la teoría de las Ideas de Platón, Aristóteles determinó la necesidad de interpretar las ideas del sitio en las que las colocaba su maestro. Al reelaborar dicha teoría, reconoció que el origen de los problemas se presenta debido a que Platón consideró a las ideas como universales, es decir como entidades absolutas, perfectas y eternas, las cuales no sufren alteración o cambio y participan de las cosas del mundo, ideas que existen independientemente de las cosas, ideas que se presentan hasta cierto punto como un género de las cosas particulares.

Platón partía de entidades ideales como el bien, la verdad, la justicia, etc., y las presenta como universales, como ideas absolutas, como si fueran modelos del mundo de las cosas físicas y que comparten a las mismas. Para Aristóteles, no existen ideas absolutas como no existen seres humanos perfectos. Tanto la conducta humana como los conocimientos están orientados a alcanzar un fin: el logro de la felicidad y el conocimiento para comprender al mundo y lo que en éste existe.

Para Aristóteles, la separación entre las ideas y las cosas se debía a que Platón afirmó la irrealidad entre el mundo físico y el mundo sensible, otorgándole a éste último existencia a partir de las ideas.

La filosofía de Aristóteles se centró en resolver el problema presentado por Platón y sus antecesores: dualidad del mundo: unidad y pluralidad. Su trabajo sería traer las ideas universales de Platón para integrarlas a las cosas reales de nuestra experiencia sensible. Partió de las cosas reales, tal como se ven y sienten descubriendo en ellas tres elementos: sustancia, esencia y accidente.

La sustancia tiene dos significados. Aristóteles solía emplearlos en forma distinta, ya sea como unidad o como totalidad. En el sentido de unidad, la sustancia soporta las demás características de las cosas, en sentido usual, como es el caso de “esta mesa es grande”, de forma circular, está hecha de madera, etc. Ejemplo en el cual las notas distintivas caracterizan al ser, su ser sustancial de unidad que no se altera, que persiste.

Si se quiere localizar en una proposición como “Sócrates es mortal”, la sustancia se localiza en el sujeto -en Sócrates- mientras que decir “es mortal, ateniense, filósofo, etc., son sólo atributos dados a la sustancia que Aristóteles identificaba como la esencia (*la suma de predicados otorgados a la sustancia*).

Estos predicados se dividen en dos grupos:

⇒ Los que convienen a la sustancia de modo tal que si le faltase uno, el ser no sería lo que es, a este lo denominamos esencia propiamente dicha.

⇒ Los que convienen a la sustancia, pero que si faltase uno, ésta seguiría siendo lo que es. (*accidentes*).

Aristóteles llamó a la sustancia, lo individual a partir del sentido de totalidad que ocupa ocasionalmente con sus características esenciales y accidentales. Consideró que lo único que existe realmente, son las sustancias individuales.

Ejemplo:

Existe una mesa que tengo enfrente y no el concepto de mesa, existe este libro que estoy leyendo pero no el concepto de libro en general.

Lo que existe son las cosas individuales, los conceptos tienen existencia secundaria, son los predicados de las cosas que existen pero nada más. La sustancia real es el conjunto de los predicados esenciales y accidentales unidos a la cosa de la que se predica.

La sustancia está compuesta de dos elementos: **la materia y la forma**. La materia es aquello de lo que está hecha la cosa, y la forma aquello que hace entrar a los elementos materiales en un conjunto, les confiere unidad y sentido. La forma para Aristóteles era lo que antes ha llamado esencia, aquello que hace que la cosa sea lo que es.

Ahora bien: la materia y la forma no pueden existir separadas: toda materia tiene una forma y toda forma tiene una materia. Por forma no se entiende algo puramente geométrico, sino aquellos rasgos que confieren al ser su existencia esencial e individual. Y la materia es aquello de lo que está hecho algo. La forma es al mismo tiempo la finalidad, el fin (telós) de la materia. Aquello que una determinada materia debe ser, si quiere ser una determinada sustancia.

La materia del hombre, de un determinado hombre, si quiere ser hombre deberá ser un animal racional, si no es racional no es hombre. Todas las cosas llegan a ser en tanto que realizan su forma, en tanto que la materia llena esta forma. La forma es así el fin de la materia, aquello a que tiende esto. Este tender a, ese tratar de realizar una determinada forma, implica movimiento.

Ahora bien, ¿Cómo le viene la forma a la materia y hace que la cosa sea lo que es? Según Aristóteles, la cosa advenía a ser lo que es porque su materia es informada, es plasmada, recibe forma, forma que le da sentido y finalidad.

Por ejemplo:

Si se habla de la construcción de un edificio, este último lo concebimos como la cosa que llegará a ser lo que es: instalación destinada para un cierto uso; su materia será la cantidad de materiales tales como varilla, cemento, alambre, ladrillos, etc., los cuales se utilizan para dar forma, sentido y fin. La forma es la impresión plasmada en la materia y que hace ser al edificio lo que es y no otra cosa. Lo que se realiza tendiente a alcanzar un fin, el edificio hecho, terminado y puesto en servicio, el fin mismo.

Aristóteles ligó al **movimiento** otros dos conceptos: **la potencia y el acto**; dividió el ser según la potencia y según el acto: todo ser es en acto y es en potencia; todo ser es algo y al mismo tiempo tiene posibilidad de ser otra cosa.

Ejemplo:

Una semilla es semilla en acto y árbol en potencia; todo hombre es hijo en acto y padre en potencia, etc. Toda potencia está implícita en el acto: el árbol en la semilla, el padre en el hijo y ninguna cosa puede ser aquello que no está potencialmente en acto, es decir, un embrión humano solo puede ser humano y no caballo.

Así, todo movimiento supone dos términos: un principio y un fin, un punto de partida y un punto de llegada.

Medicina greco-romana

A partir del siglo II ingresa la medicina griega en Roma. La decadencia de Grecia permitió que Roma se vislumbrara como el gran imperio de Occidente.

En medicina, Roma se destacó en tres aspectos:

- ❖ La enseñanza de la medicina a través de sus escuelas, con el propósito de disponer de médicos y cirujanos para las campañas militares.
- ❖ La organización de los servicios sanitarios para todos sus habitantes, creando las primeras enfermerías y primeros hospitales.
- ❖ Las medidas de higiene pública, gracias a la obra monumental de ingeniería del sistema de acueductos que proveía de agua a la ciudad.

- Galeno

Claudio Galeno (129-200 d.C.) nació en la ciudad de Pérgamo, Asia Menor, y se destacó en todos los campos de la medicina.

Las prácticas de anatomía llevadas a cabo por Galeno se mantuvieron durante mil años, hasta el Renacimiento en que fueron revisadas y cuestionadas por Vesalio.

Galeno se dedicó al estudio de esqueletos humanos. Se lo considera “*el padre de la fisiología experimental*”; demostró que la lesión en la médula produce parálisis motora.

Su terapéutica se fundaba, al igual que Hipócrates, en el poder curativo de la naturaleza.

Coincidiendo con la filosofía de Aristóteles, (unidad mente-cuerpo) sostenía que todo organismo tiene una finalidad y su existencia le corresponde al Creador.

Galeno representa la síntesis de la medicina griega, la cual fue desplazada por la concepción cristiana de la salud y la enfermedad. Sus ideas reaparecerán, en Europa en el siglo XI, al finalizar la Edad Media.

Medicina Medieval

La medicina medieval pasó por varios períodos, debido al surgimiento de la organización feudal de las ciudades europeas.

Esta época de “oscurantismo”, signada por la concepción cristiana, se apoyaba sobre la idea de separación entre cuerpo y alma. El cuerpo era el depósito del alma y era ésta la que se enfermaba.

Dentro de la ciudad amurallada, la medicina no daba respuesta a las necesidades de la gente. La concentración de personas era el caldo de cultivo de enfermedades producidas por contagio de agua contaminada y por las condiciones de insalubridad, hambre y desnutrición.

Debido a la superstición e ignorancia de la época, se creía que la enfermedad era producida por el demonio sobre el alma; para curarla sólo el fuego podía purificar y salvar el alma. Así, la persona era quemada frente a los habitantes de la villa o aldea.

En el siglo XV se produce en Europa la “muerte negra” ó peste bubónica”, hecho que actualizó la idea de que ciertas enfermedades se producían por contagio, lo cual condujo al aislamiento de los enfermos. A finales de este siglo aparece la “cuarentena”.

Medicina del Renacimiento

El Renacimiento significó una verdadera revolución en el campo del pensar filosófico. En todos los ámbitos del conocimiento se produjo un retorno al espíritu de la cultura griega.

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 Ptolomeo que sostenía que la Tierra era el centro del Universo.

El enunciado de Copérnico cambiaría radicalmente la concepción del mundo, poniendo en crisis la idea de lo que el hombre podía llegar a conocer.

La reflexión filosófica se centró ya no en el ser, en lo que existe, como lo planteó la Ontología (*ontos = ser, logos = tratado ó estudio*), sino en el conocer o Gnoseología (*gnosis = conocimiento*). Este cambio radical en la orientación del pensamiento filosófico tuvo dos orientaciones opuestas: el **idealismo**¹⁴, en Europa continental y el **empirismo**¹⁵ en Inglaterra.

La medicina no estuvo ajena a estos cambios. Se comenzó a sostener que el conocimiento y el progreso sólo podían obtenerse dejando de lado las especulaciones y ateniéndose a los hechos (*fact = hecho*) comprobados mediante la observación y experimentación. ***Se sentaron así las bases de la ciencia médica.***

Aparecieron las universidades en toda Europa, lo cual favoreció el desarrollo de la Medicina y la formación de médicos. Se produjo el gran progreso de la cirugía y de la anatomía, en contraposición con la clínica y la terapéutica, que no siguieron avanzando.

¹⁴ **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, el 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.

¹⁵ **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.

La práctica de la medicina fue influida por el desarrollo de las clases sociales: médicos de prestigio eran docentes universitarios requeridos por reyes; paralelamente se había desarrollado una medicina para la clase popular.

Durante los siglos XV y XVI -después de producido el descubrimiento de América por los europeos- se conocieron nuevas drogas y, también, nuevas enfermedades.

El Renacimiento fue un movimiento humanista que posibilitó el desarrollo de todas las ciencias. Los médicos del renacimiento cuestionaron la medicina de Galeno, exigiendo una revisión de afirmaciones y creencias que habían dominado el pensamiento médico hasta entonces.

Dos de las personalidades más importantes del Renacimiento fueron:

- **Andrés Vesalio** (Bruselas 1514-1564) Realizó disección de cadáveres humanos. Sus comprobaciones aparecieron en su famosa obra “*De humanis corpore fabrica*”, editada en 1543.
- **Paracelso** (Holanda 1493-1541) Se sostiene que fue el padre de la clínica, el examen del enfermo al lado de la cama. Fue precursor de la moderna farmacología.

El Renacimiento posibilitó el retorno a la medicina científica, después de un largo período de dogmatismo.

Es entonces cuando en filosofía surge la pregunta: ¿Cómo conoce el hombre?...

Idealismo Racionalista¹⁶ de Descartes

La búsqueda de un criterio de verdad rigurosa en el conocimiento llevó a Renato Descartes (1596-1650) a aplicar la duda como método, concluyendo que lo único indubitable es el pensar, de ahí su famosa frase: “Pienso, luego existo”.

La única fuente segura del conocimiento verdadero es el pensamiento y el que lo produce: el Yo pensante.

Para el realismo antiguo (*Aristóteles*), la cosa en sí, tal como se da espontáneamente, es lo primero y el conocimiento viene después.

¹⁶ **Racionalismo** (*del latín, ratio, razón*), en filosofía, es un sistema de pensamiento que acentúa el papel de la razón en la adquisición del conocimiento.

En cambio, para el Idealismo racionalista la realidad de la cosa es “el último escalón de una actividad del sujeto pensante, que lleva a la construcción de la realidad misma de las cosas”. En otras palabras, el idealismo pone el énfasis en el proceso intelectual del pensamiento que, al ser algo que surge de la inmediatez del sujeto pensante y en la inmediatez de la cosa en sí del mundo exterior, le asegura la veracidad de lo conocido.

La realidad de las cosas es dada en el Realismo, en cambio, en el Idealismo Racionalista necesita ser “demostrada, deducida o construida”. Posteriormente, estas ideas van a sentar las bases del Empirismo, Positivismo y Determinismo.

¿Qué es el cuerpo para Descartes?... es una máquina, casi perfecta que se mueve según leyes físicas, separado del alma, de la razón, de la psiquis.

Las emociones obstaculizan e impiden el conocimiento. Sólo la razón es garantía de conocimiento verdadero.

Así, Descartes separa pensamiento y materia y considera al ser humano como una máquina física con un alma inmaterial, donde distingue órganos mecánicos como el corazón, cerebro y estómago. Excluye los principios vitales, el alma vegetativa y la sensitiva, explicando mecánicamente todas las funciones del cuerpo

Edad Moderna

La gran revolución científica se va a producir en el siglo XVI, como resultado de las nuevas concepciones filosóficas acerca del pensamiento y de la ciencia. La base del desarrollo del conocimiento científico fue el método experimental.

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 innatismo de las ideas o del pensamiento a priori (*antes de...la experiencia*).

Materialismo¹⁷

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.

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.

El gran desarrollo de las Ciencias Positivas, ampliaron el campo de conocimientos a través de la incorporación de tecnologías e instrumentos, como el microscopio, fundamental para el avance de la investigación científica, especialmente en biología, anatomía, fisiología, histología y patología.

El positivismo hace su aparición en la facultad de medicina. Se impone de la mano de los partidarios de una fisiología materialista, que ponía a la materia como base de la vida y del actuar humano. Parten de lo más específico y medible, tomando a esto como punto principal de esta corriente.

¹⁷ **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.

Los avances en anatomía, fisiología, histología y patología fueron muy importantes. El uso del microscopio -que había sido una invención de Galileo- posibilitó el descubrimiento de los microorganismos.

A Juan Morgagni se lo considera el fundador de la Anatomía Patológica (1682-1771). Fue quien realizó la correlación entre alteraciones macroscópicas en el cadáver con las manifestaciones clínicas que el sujeto había padecido en vida.

Con el advenimiento de la Revolución Industrial se generó el fenómeno de la migración desde zonas rurales a centros urbanizados. Este hecho provocó un agravamiento de las condiciones sanitarias de la población. La desnutrición, la jornada laboral de catorce horas, la falta de legislación laboral y otros abusos hacia la clase trabajadora se encuentran entre las principales causas del deterioro de la salud de la población.

El precursor de la Psiquiatría Científica fue Philippe Pinel, quien inició un movimiento para humanizar los tratamientos con enfermos mentales liberados de las cadenas que les impedían el desplazamiento. Es de destacar que, en esta época, el enfermo mental era considerado como poseído por el demonio y que muchos de ellos terminaron en la hoguera.

Durante el siglo XIX se produjo un gran desarrollo de la Medicina, a partir de los avances en las ciencias naturales y físico-matemáticas, cuyo punto de partida fue el uso del método experimental.

Las ciencias naturales, por ejemplo, posibilitaron el descubrimiento de la fisicoquímica; lo cual favoreció el desarrollo de estudios en el campo de la Fisiología.

Se considera a Claude Bernard como el fundador de la fisiología moderna. Sabio francés que adhirió al principio de causalidad; consideraba que *“todo fenómeno de la naturaleza obedece a una causa y que siempre que dicha causa actúa, se produce el efecto por ella generada”*. De esta manera es posible reproducir los fenómenos naturales, estableciendo las supuestas causas (hipótesis).

El pensamiento de Claude Bernard estaba influido por el materialismo positivista, corriente de pensamiento que dio fundamento a la investigación experimental en el campo de la Biología.

En este siglo se dieron otros avances muy importantes en Medicina, tales como controlar el dolor a través de la anestesia en cirugía.

Luis Pasteur logró descubrir el papel de los microorganismos en la naturaleza. Fundó la Bacteriología, ciencia que estudia la influencia de los microbios en el origen de los fenómenos biológicos y las enfermedades. Estas investigaciones contribuyeron al estudio y tratamiento de las enfermedades transmisibles.

Así, las denominadas “*ciencias positivas*” han posibilitado el desarrollo de la investigación científica en Medicina, con un gran desarrollo de técnicas de diagnóstico y tratamiento en el plano farmacológico. Aunque, en otro sentido, ha generado una cierta deshumanización de la práctica profesional.

Medicina Integral

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*”. Y esto queda demostrado en el siguiente caso clínico:

“Una mujer de mediana edad solicita el consejo de un especialista por presentar síntomas nerviosos. Es ama de casa, divorciada y ya no cree que su vida tenga ningún propósito. Sus hijos han crecido y se han marchado de la casa y ha perdido a sus amigos porque no se atreve a salir por su cuenta. Por consiguiente, pasa la mayor parte del tiempo sola y se encuentra en un estado de ansiedad permanente”.

El psiquiatra que ve a la paciente escucha sus quejas, comprende la patología que presenta y le prescribe un fármaco ansiolítico.

El estado de ansiedad de esta paciente indica que está intentando desesperadamente dar un nuevo significado a su vida. Y este problema existencial no es precisamente una disfunción biológica o una conducta inadecuada.

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.

Los filósofos más importantes de esta corriente son: Kierkegaard (Dinamarca) Heidegger, Hartmann y Husserl (Alemania) y Sartre (Francia).

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 Edmund 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 si misma. Admitió que la conciencia está permanentemente dirigida hacia las realidades concretas y llamó a este tipo de atención **intencionalidad**.

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 (intenciona) hacia un objeto, el cual a partir de ese momento, cuando es observado para ser conocido, cobra sentido y significado para el sujeto cognoscente.

Nicolai Hartmann, fenomenólogo y ontólogo de origen alemán, ha realizado una profunda crítica al Monismo Reduccionista y ha planteado el tema del conocimiento como un proceso de acceso permanente a las cualidades esenciales del objeto.

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.

Esos seres personales han constituido un mundo artificial en el cual el espíritu se ha “objetivado” en la cultura.

Los objetos se estratifican en diferentes niveles de la realidad (categorías). Cada nivel posee leyes específicas para ser explicados. La

percepción de un objeto nunca es completa sino parcializada, dependiendo de las significaciones que éste tenga para el observador.

El análisis fenomenológico descubre esta pluralidad de estratos y mundos con sus categorías y leyes. Los grados inferiores del ser: lo orgánico y la organicidad sub-humana se rigen por leyes físico químicas y la vida.

A partir de la realidad humana, surgen nuevas categorías y legalidades. Los niveles más inferiores de la realidad son indiferentes al mundo del espíritu, pueden subsistir aunque se extinga el hombre y la cultura, pero no viceversa.

La mente y el espíritu están soportados por la vida aunque sólo parcialmente gobernados por sus leyes.

La Fenomenología posibilitó el desarrollo de la Ontología Existencial para aportar una visión comprensiva del hombre, superando las concepciones explicativas y deterministas del positivismo

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.

Heidegger, el máximo representante de esta corriente, 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.

Esta concepción filosófica se dirige a la interioridad del hombre, a una comprensión de sus sentimientos, sufrimientos y padecimientos vivenciales. Rechaza la esencia ideal del hombre, estática, descarnada, impersonal, por una visión patética, totalizadora en la cual la angustia y la enfermedad surgen ante su falta de sentido existencial como refugio a la soledad o como manifestación de la imposibilidad de ser.

El profesional de la salud debe comprender que lo que importa no son solo las alteraciones anatómicas y fisiológicas de su paciente, sino la forma en que éste se relaciona con la enfermedad.

Lo más importante no es la verdad objetiva, sino la verdad subjetiva, la cual se asocia al “Yo” y varía de individuo a individuo.

En síntesis: El hombre resume la totalidad del Cosmos, pues 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.

En ello reside la diferencia entre la patología y la clínica, y el porqué de la necesidad de una formación humanista del médico, que sólo puede ser accesible a través de la Filosofía.

La medicina: una ciencia social

El importante desarrollo de las Ciencias Sociales a partir de la segunda mitad del siglo XX, se ha extendido a la Medicina para incorporar el concepto de “*multicausalidad en el fenómeno de enfermar*”.

El conocimiento actual muestra que la salud de las personas está en función de las características de la sociedad en su conjunto y este amplio condicionamiento ecológico engloba tanto al medio natural en que tal sociedad se desarrolla, como a sus peculiaridades económicas, culturales, organizativas y políticas. En otras palabras, la ausencia o presencia de determinada patología depende de las características sociales y, más aún, depende también de qué considera la gente que es estar enfermo o sano, y a qué sucesos personales identifica como enfermedades.

El concepto de que el hombre es 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.

Para Hipócrates el médico, en su quehacer, debía estar guiado por dos principios: el amor al hombre y el amor a su arte. En el ejercicio de su profesión el médico había de cumplir deberes frente al enfermo, frente a sus colegas y frente a la polis.

Hipócrates normatizó la conducta de los médicos y, a tal efecto, estableció una ética profesional en su célebre juramento. Este no es el único de los códigos de conductas para los médicos, desde entonces se han establecido muchos más, pero el código hipocrático tiene el valor de ser el más conocido y ser el que sentó cátedra para las generaciones posteriores.

Se establece allí la filiación sacerdotal de su medicina, pero al mismo tiempo destaca la humildad del médico frente a la magnitud de su tarea, la vida, la enfermedad y la muerte. Sigue su reconocimiento a sus maestros, con un profundo sentido de retribución por lo recibido de ellos:

"Tributaré a mi maestro de medicina el mismo respeto que a los autores de mis días, partiendo con él mi fortuna y socorriéndole si lo necesitase, trataré a sus hijos como a mis hermanos y si quisieran aprender ciencia, se la enseñaré desinteresadamente y sin ningún género de recompensa".

A renglón seguido establecen las bases académicas, éticas y legales que fundamentan el carácter profesional de la carrera:

"Instruiré con preceptos, lecciones orales y demás modos de enseñanza a mis hijos, a los de mi maestro y a los discípulos que se me unen bajo convenio y juramento que determina la ley médica y a nadie más".

Seguidamente enfatiza el carácter individual de las acciones médicas, que deben adaptarse a cada persona y no viceversa, y advierte sobre la responsabilidad del médico en relación con los actos sobre personas que produzcan daño sobre su salud, lo que se designa como iatrogenia:

"Estableceré el régimen de los enfermos de la manera que le sea más provechosa según su facultades y mi entender, evitando todo mal y toda injusticia. No accederé pretensiones que se dirijan a la administración de venenos, induciré a nadie a sugerencias de tal especie".

El célebre juramento impone la norma de actuar en beneficio del enfermo:

"Haré uso del régimen dietético para ayuda del enfermo, según mi capacidad y recto entender: del daño y la injusticia lo preservaré"

"No daré a nadie, aunque me lo pida, ningún fármaco letal, ni haré semejante sugerencia. Igualmente tampoco proporcionaré a mujer alguna un pesario abortivo".

Así como también la obligatoriedad del secreto profesional:

"Lo que en el tratamiento, o incluso fuera de él, viere u oyere en relación con la vida de los hombres, aquello que jamás deba trascender, lo callaré teniéndolo por secreto".

En su contenido hace referencia a la honestidad que debe rodear todo acto médico, en tanto que dicho profesional, por su ascendencia y por la actitud de entrega y confianza casi ciega con que se dirigen a él los pacientes, puede sentirse tentado a cometer actos contrarios a la ética profesional y a la moral... definiendo principios generales relacionados con la profesión como son:

1. La Fidelidad
2. La Solidaridad
3. La Honradez

Medicina de la Persona

Se ha definido la Medicina Antropológica como la medicina centrada en la persona, cuya enfermedad se atiende y cuya salud se debe cuidar.

“*El enfermo no es una idea teórica, filosófica; es una noción real, concreta, viviente...*” (Riesse W.). Puede decirse que el objetivo de este nuevo enfoque de la medicina consiste en “*rescatar, en lo primordial, al paciente como persona*” (Escardó F.)

Como decía la anciana de un cuento de Scholem Aleijem¹⁸:

“*Doctor, sufro del corazón, de los pulmones, del estómago y del intestino y...
Yo también estoy enferma*”.

Así, el objetivo de la Medicina Integral es *la atención de la persona*. Por consiguiente, constituye la base ética de la medicina actual: autonomía del paciente, acción médica en beneficio del enfermo y nunca en su perjuicio (tal como lo postulaba Hipócrates en su “Juramento”) y justicia equitativa como guía para la sociedad, que debe brindar a sus integrantes una medicina buena para todos, según lo proclama la organización Mundial de la Salud.

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.

Durante el interrogatorio a los pacientes que se presentan a la consulta médica en búsqueda de asistencia y ayuda profesional se puede detectar que uno de los temores más frecuentes que presentan es el miedo a tener algo

¹⁸ En sus “Obras Completas”. 1º tomo. 1967.

grave, es decir, padecer una enfermedad terminal que precipite el final de su existencia: su muerte.

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.

El psicoanalista Erik Erikson sostiene que la muerte es una realidad - como lo es el nacimiento, la juventud, la vejez- es un escalón más, el último en subir en la vida. La muerte es ese gran paso del ser al no-ser.

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.

El filósofo alemán Max Scheler, afirma que todo ser viviente posee, bajo una u otra forma, la certeza intuitiva de la muerte. En todos los seres vivos de nuestro universo, el humano es el único que se sabe mortal. Al parecer, en el hombre la aparición de la conciencia de sí precede por muy poco a la conciencia de la muerte, y en ninguna parte parece considerarse a la muerte como un proceso trivial.

El temor a la muerte, por la que el ser humano se cree amenazado, es una reacción normal de todos los seres vivos. Este temor ejerce una función positiva, no sólo porque nos protege de ella, sino también porque estimula y aumenta la alegría de vivir.

El miedo a la muerte -cuando se hace angustioso- paraliza la acción, hace al hombre un inadaptado a la vida, le quita a veces la alegría de vivir. En cambio, el temor, está al servicio de la vida.

En ocasiones, la muerte de otro puede convertirse para cada uno en una auténtica experiencia de la muerte, a condición de que se la viva afectivamente, es decir, que haya identificación en cierta medida con ese otro que muere o que acaba de morir.

Los enfermos orgánicos -principalmente los enfermos cardíacos, que padecen una afección en un órgano con tan importante simbolismo- tienen constantemente conciencia y temor de morir; este temor constituye una fuente importante de tensión sobre su adaptación emocional y social.

La muerte es un tema espinoso y secreto, del que se piensa pero que ninguno discute abiertamente. El temor a la muerte es una fuente potencial de tensión, sobre todo para estos 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.

Cuidados Paliativos

Según la definición de la OMS, los *Cuidados Paliativos* son aquellos que se le aplican a toda persona que entra en una etapa irreversible y progresiva de la enfermedad, con la que ya se han ensayado tratamientos científicos tradicionales que fracasaron. Los cuidados paliativos son un tratamiento integral de absolutamente todos los síntomas, con acciones que abarcan tanto al paciente como a toda su familia, brindándoles apoyo psicológico social y familiar hasta el final de sus días.

Cuando se habla de *Cuidados Paliativos*¹⁹ se hace referencia a cuidados interdisciplinarios que apunta a aliviar el sufrimiento y aumentar la calidad de vida para pacientes con enfermedades avanzadas y para sus familias también. Se puede decir que es una etapa de cuidados, contención y protección.

Esta definición se aproxima a la establecida por la OMS. Pero aparece en ella una referencia directa a la *calidad de vida*, es decir, uno de los conceptos básicos implícitos en la idea de cuidados paliativos. ¿Qué es la calidad de vida? En principio, la respuesta a este interrogante depende de cada persona. Se logra una aproximación al mismo al apreciar situaciones que se presentan en la práctica médica. Por ejemplo, cuando en el consultorio el médico recibe a familiares de un paciente, ellos saben que el paciente no

¹⁹ Paliar significa poner un manto de protección sobre alguien que ha perdido su salud y fuerza y se ha hecho más vulnerable, para que pueda enfrentarse con mayor entereza a las nuevas circunstancias de su vida.

puede mejorar su situación en relación con la enfermedad, que ya no tiene cura, pero buscan mejorar la calidad de vida del mismo. Lo que se interpreta es que los familiares están buscando calmar los síntomas, manejar la situación en sus casas y participar ellos mismo en la asistencia.

Es incongruente la respuesta que los médicos, como profesionales de la salud, dan ante esa solicitud, y es más incongruente aún que la familia lo acepta. Casi es un ensañamiento terapéutico, se sigue con tratamientos e intentos curativos a pesar de que el paciente está en la etapa terminal de su enfermedad, caso muy común en oncología. Pero ¿porque la familia acepta esto si previamente había solicitado calidad de vida? ¿Será quizás que la medicina no tiene nada mejor para ofrecerles?

Cuidados Paliativos, en el contexto de la medicina, devino en nombre propio de una seudoespecialidad, puerto de llegada al límite del manejo normativizado en la clínica con pacientes insanables, en muchos casos con escasa expectativa de vida o que -por alguna razón no siempre clara- el médico tratante quiere dejar de serlo, sin reconocer sus propios límites.

La complejidad del tema ha sido planteada por diversos autores que relevan la problemática del área de *Cuidados Paliativos*, discriminándola en el contexto del modelo de Medicina Asistencial que conocemos:

"Este modelo de atención sanitaria está basado fundamentalmente en la curación. Gracias a él hemos avanzado en Medicina, en estos treinta últimos años, más que en toda la historia. Ello ha conducido de una manera sutil a relegar la muerte y el proceso de morir de los objetivos docentes. Este fenómeno no es casual ni está solamente en el espíritu de la formación médico-sanitaria. La sociedad occidental desarrollada y rica en tantos aspectos, está inmersa en una cultura donde impera el éxito, el brillo social, el poseer más, la comodidad y la erradicación del esfuerzo, del dolor y del sufrimiento, el alejamiento de las limitaciones, etc. [...] Resulta paradójico que esta sociedad, donde se han superado tantos tabúes, haya acabado haciendo de la muerte el principal tabú. [...] El hombre tiene miedo a acercarse a todo lo que tenga relación con la muerte y como no puede vencerla, tiende a ignorarla o a ocultarla. En este sentido, la muerte se vive como un fracaso que genera angustia".

La formación médica-académica actual está afinada sobre el conocimiento del sustrato orgánico del hombre. Evidentemente la acumulación de saber científico sobre la biología humana no necesita tener en cuenta la singularidad de cada sujeto para esclarecer el funcionamiento celular, ni las bases físico-químicas de los procesos orgánicos. Éste es un campo del saber donde el sujeto, por definición, queda afuera.

El **plano subjetivo** -aquel que según el ángulo en que se aborde se denomina "alma", "espíritu", "psiquismo", "personalidad", "ser"- alude a una configuración singular, única. La subjetividad se construye a lo largo de la historia personal, en el contexto de otras subjetividades que lo afectan; en primer lugar, la familia de origen, también el entorno social y cultural, las condiciones de vida y los discursos que lo atraviesan -aun desde antes de nacer- en las expectativas, deseos, ideales y creencias de los padres y de la comunidad donde se desarrolla. El sujeto será un resultado de las prácticas instituidas sobre sus conductas, sus dichos y su cuerpo.

La definición dada por el Subcomité de Cuidados Paliativos del Programa Europeo contra el Cáncer (junio 1992), sitúa por alusión, el pivote que fuerza a la Medicina a salir de lo puramente "*científico-experimental*": la muerte.

En el acto médico se conjugan los dos planos, el orgánico y el subjetivo. La obviedad de portar un cuerpo, con sus complicaciones orgánicas, susceptible de ser encuadrado por el saber científico, no anula el otro plano, el subjetivo: desde donde el paciente demanda con sus creencias, su sufrimiento, sus esperanzas, su singular manera de vivir la enfermedad, negarla, usarla, padecerla y hasta gozarla.

En determinadas y muy circunscriptas dolencias orgánicas, el plano de la subjetividad puede pasar a un último plano, sin hacer sentir sus efectos al profesional que lo trata. En Cuidados Paliativos, siempre es el primero:

"[...] su objetivo primario no es prolongar la supervivencia, sino conseguir la más alta calidad de vida presente para el paciente y su familia. Deben cubrir las necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales. Si es necesario, el apoyo debe extenderse al proceso del duelo".

Más allá de los eslóganes: "*comfort*", "*consentimiento asistido*", "*calidad de vida*", "*asistencia integral*", "*contención*"... las preguntas son: ¿Cómo se hace jugar la variable subjetiva en las decisiones?, ¿Qué espacio se ofrece a la escucha singular del paciente?, ¿Con qué capacitación se cuenta? ¿Con qué marco interpretativo se aborda la asistencia en el momento en que la ciencia deja de dictar con alguna certeza lo que se debe hacer y de asegurar los efectos deseables?

Las respuestas a estas preguntas dependen de la posición personal del médico respecto de aspectos de su formación que no están directamente involucrados en el saber científico ni en la capacitación técnica o el entrenamiento clínico.

Bajo la alfombra (derivación) o... Dentro del placard (hospice)

La posición del Dr. David Morris, en su obra *La Cultura del Dolor*, es que una parte fundamental de la formación profesional en el campo de la salud, debe incluir la posibilidad de tematizar sobre la muerte:

"Este cuerpo que la medicina tanto procura mantener saludable, más tarde o más temprano cae irremisiblemente en la derrota. [...] Las opciones trágicas y los sucesos trágicos son, por definición, insalubres. Pero la tragedia nos puede mostrar que nuestra cultura podría ser mucho más saludable si no diéramos la espalda al sufrimiento, si cesáramos de tratar de cancelar el dolor y de prolongar la vida a cualquier costo, si dejáramos de tratar de prohibir o de apartar de la vista todo lo que nos atemoriza con la premonición de nuestra propia muerte".

Descartes, con su cogito: *"pienso, luego existo"*, ubica al "ser" del hombre en el pensamiento y fuera del cuerpo, al que define como *res extensa*, "materia" puramente espacial, tangible y localizable. Inaugura así, un nuevo modo de concebir la corporeidad, sustituyendo al cuerpo del humano por una máquina sin alma: el organismo.

La ciencia y la tecnología han avanzado geométricamente en el conocimiento de la máquina y la provisión de repuestos y aditivos para maximizar su rendimiento, chequear sus desarreglos y componer piezas y circuitos. Pero, lo rechazado retorna delatando el fracaso de tal disección y sustitución: **el cuerpo humano no es reemplazable y desechable como una máquina fuera de servicio y siempre es problemática su salida de circulación.**

El sujeto humano aparece ante el médico en toda su dimensión como el portador de ese cuerpo que amenaza convertirse en resto, y deja al descubierto el conflicto entre una verdad confinada: también **soy donde no pienso** y lo que resiste a su reconocimiento y hace síntoma.

Que la atención médica al paciente con riesgo de morir se sintomatice, alude a esta instancia conflictiva en el hacer profesional, en que fracasa la defensa del médico a la irrupción de los aspectos subjetivos propios y del paciente, y aparecen las dudas, las confusiones, las culpas, el deseo de sustraerse del conflicto demarcando territorios, para huir de la angustia:

- *"Finalmente, ¿este paciente a qué Servicio corresponde?"*
- *"¿No sería mejor derivarlo?"*
- *"A este paciente no lo soporto más, es muy demandante"*
- *"No respetan mis indicaciones ni ella ni su familia. ¡Que busquen otro médico!"*

Los Cuidados Paliativos surgen actualmente como una nueva “solución alternativa” para estabilizar el síntoma de esta medicina, derivando la responsabilidad ética de hacerse cargo, clausurando todos los enigmas que nos plantean los límites, el sujeto, la ética, la muerte. Tal coartada sorteja la posibilidad de plantear la posición de la medicina y del médico frente a lo imposible, lo contingente, lo necesario, lo posible, sin obturarlo con nuevas panaceas o rodeos más o menos discretos.

Lo que no se resuelve, se reproduce sintomáticamente en otro lugar. Esta posición dio lugar a dos desplazamientos de las cuestiones problemáticas que rozan la muerte en la práctica médica:

1. Hacia la Unidad de Terapia Intensiva;
2. Hacia Cuidados Paliativos y los Hospices.

El retaceo de la primera opción, en base de los altísimos costos que demanda la atención especializada y la sofisticación tecnológica, sumada a la limitada capacidad de camas y de instituciones con posibilidad de instalar y mantener las UTI (Unidad de Terapia Intensiva) con este nivel de exigencia del mercado de consumo de servicios médicos, hace que las Unidades de Cuidados Paliativos aparezcan como opción para desalentar intervenciones, resignar aspiraciones y acortar expectativas de sobrevida, con la menor resistencia posible y el más reducido costo, obviamente para el pagador.

De la sobreprestación y el “encarnizamiento terapéutico”, como vicios del sistema, se ha pasado a la subprestación y el “encariñamiento terapéutico”, sin solución de continuidad. Así, el tema sigue sin ser planteado en todas sus implicancias.

La medicina presupone ciertos valores como la conservación de la vida y el alivio de los sufrimientos. Pero no aclara hasta cuándo ni a qué costo, ni de quién; no encontramos en el corpus de sus conocimientos ninguna enseñanza que no sea puramente retórica, sobre el sufrimiento humano.

"[...] no podemos prescindir de ninguna de las cuatro formas observación: el sustrato anatómico, la función fisiológica, la estructura psíquica y la fuerza espiritual".

Para los dos primeros aspectos, el médico se basa en la ciencia, se resultados más o menos estandarizados y previsibles. Acerca de la estructura psíquica y la aquí denominada "fuerza espiritual", el médico se encuentra con una frontera y sin pasaporte, a la vez compelido "moralmente" a intervenir: últimamente terciariza hacia personal médicamente poco adiestrado, y con escasa intención de cuestionamiento a cerca de las decisiones, abstenciones y derivaciones.

"La Medicina Paliativa adquiere toda su relevancia cuando el paciente alcanza la fase progresiva --enfermo preterminal y terminal-- [...]. Se trata de ofrecer en este período remedios que le proporcionen confort y dignidad; alivio, consuelo y serenidad".

¿Con qué parámetros medir la dignidad, el confort, la serenidad, el alivio y el consuelo? Lo relevante en Medicina Paliativa parece ser las intervenciones dirigidas a los aspectos que definen su pertinencia según cómo afectan la subjetividad del paciente.

"El ejercicio práctico de la Medicina está intrínsecamente ligado a la ética. En la atención al paciente con enfermedad neoplásica progresiva las decisiones terapéuticas deben ser tomadas sobre bases sólidas, morales y técnicas. Para ello es absolutamente imprescindible una formación profunda de los profesionales, formación médico-sanitaria, humana y ética".

Si bien, cuando los tratados de Medicina se refieren al paciente -a quien definen como un "ser humano total", englobando ambos aspectos en un ideal de integridad indivisible- es real y pertinente considerar que estos los planos biológicos y de la subjetividad se diferencian y se nutren de saberes referenciales altamente discriminados.

Cuando los parámetros "objetivos" son insuficientes, inseguros, incompletos, inexactos; cuando las alternativas son indecidibles, y los beneficios indemostrables; cuando la lógica de un pensamiento correcto es impracticable, la medicina cae en las falacias de asumir en las premisas de su razonamiento lo que ha de ser demostrado, ya que parte de hipótesis improbables: **"si la esperanza de vida no es superior a dos meses, el enfermo es terminal"... y viceversa.**

Medir la esperanza siempre ha resultado equívoco; se sabe que es más larga cuando menos se tiene en qué fundarla.

Cuando la ciencia tropieza con aquello imposible de saber, se encuentra de bruces con efectos que los psicoanalistas adjudican al Sujeto, en el límite preciso entre lo calculable y el azar.

El médico puede *barrer los efectos del sujeto o la subjetividad bajo la alfombra elegante de otro "equipo" o "servicio" o encerrarlo en el placard de la internación domiciliaria o el más reciclado "hospice"*. Son modalidades que no requerirán la asistencia del médico derivador, el oncólogo en el caso del enfermo de cáncer, que ha conducido hasta esa instancia el tratamiento...

El hospice tiene su origen en Inglaterra, en la década de 1960 y es sinónimo de acercamiento y cuidado de las personas en la última etapa de vida. La búsqueda es la humanización del cuidado con un abordaje interdisciplinario que, como desafío, se plantea no perder de vista el sufrimiento. Está pensado para enfermos crónicos y terminales, que no necesitan estar internados pero que no tienen dónde ir o están solos. Allí se cuidan y contienen a enfermos incurables en el último tramo de la vida.

El valor práctico actual del uso del Cuidado Paliativo, segmentado del trabajo asistencial que se venía llevando a cabo con el paciente antes de rotularlo de “terminal”, radica en relevar la responsabilidad médica, sustituyéndola por un enfoque puramente sintomático con énfasis en el “trabajo afectivo”.

Dos ejes deben guiar la conducta médica más allá y más acá del dominio de la ciencia:

- 1) Hacerse cargo del tratamiento del paciente en todas las instancias, contando con el respaldo de un trabajo interdisciplinario calificado.
- 2) Trabajar las implicancias éticas de su accionar desde concepciones teóricas explícitas y análisis de los supuestos, creencias, fantasías e hipótesis personales o colectivas.

Estos ejes objetan el abandono de la responsabilidad profesional, bajo la justificación de la imposibilidad de curación del paciente o la necesidad de intervenciones ajenas al campo de la biología.

Se trata de la posición clínica de la medicina y no de los límites epistemológicos de la ciencia.

El Dr. Robert G. Twycross comenta en el prólogo de la obra *Bioética Paliativa*, de Jorge Luis Manzini: “*Los médicos, junto a otros profesionales de la salud, tienen la doble responsabilidad de preservar la vida y de aliviar el sufrimiento. Este mandato varias veces centenario se halla admirablemente resumido en la famosa cita de Voltaire sobre el rol de los médicos:*

"Curar a veces, aliviar a menudo y confortar siempre".

Sin embargo, una responsabilidad dual puede, y en ocasiones así sucede, desembocar en dilemas éticos. ¿Hasta dónde se debe llegar tratando de preservar la vida de alguien que padece una enfermedad progresiva incurable? ¿Hasta dónde se puede llegar tratando de aliviar el sufrimiento si eso significa que, como consecuencia de ello, la vida del paciente se acortará?

¿Qué se entiende por "riesgo aceptable" cuando se apela a opiáceos para aliviar el dolor, u otras drogas que mitiguen síntomas penosos?

La necesidad de reconocer y sobreponerse a esta tendencia es fundamental para el movimiento de los Cuidados Paliativos. En relación con esto, es interesante recordar que en el siglo XVIII -una época en que la política de la mayoría de los hospitales en Gran Bretaña excluía específicamente el cuidado de los pacientes incurables y moribundos- un médico de Edimburgo escribió:

“Permítanme exhortarlos en contra de la usanza de algunos médicos que abandonan a sus pacientes cuando son desahuciados y cuando ya no es decoroso involucrarlos en más gastos. El deber de un médico consiste tanto en curar enfermedades, como en aliviar el dolor y allanar los caminos de la muerte, cuando ésta es inevitable. Aún en los casos en los cuales su habilidad técnica específica como médico no pueda ya hacer nada más, su presencia y asistencia amistosas puede ser agradable y útil, tanto a su paciente como a la familia” (J. Gregory *“Lectures on the Duties and Qualifications of a Physician”*. London, Strahan, 1772).

Esto implica que todos los miembros del equipo de salud deben adquirir la aptitud técnica necesaria para ser comunicadores efectivos, sensibles y compasivos, evitando los extremos: encarcelar a los pacientes tras un muro de silencio, o engañarlos, con palabras con doble intención o con una sobredosis insensible de información negativa. Pienso que tanto existe el imperativo ético de ser honesto con el paciente, como el de ser sensible y compasivo. En otras palabras, administrar la verdad en dosis cuidadosamente medidas, valoradas de acuerdo a las necesidades y a la capacidad de cada paciente en particular...

El Dr. Francisco Maglio, médico Presidente de la Sociedad Argentina de Medicina Antropológica, en una conferencia sobre Ética de los cuidados paliativos relataba al respecto:

“Una forma de respetar al enfermo es escucharlo. Estamos acostumbrados (mal acostumbrados) al “interrogatorio” y ésta es una palabra muy connotada de autoritarismo y castigo.

Hay que desestructurar el interrogatorio y convertirlo en un “escuchatorio”, valga el neologismo. Pero una escucha activa, esto es, ocuparnos y “preocuparnos” por lo que dice el enfermo; escuchar (no siempre oír) sus palabras desde su propia perspectiva más que de la nuestra.

A este tipo de escucha se refiere uno de los aforismos hipocráticos cuando afirma “muchos pacientes se curan solamente con la satisfacción que les produce el médico que los escucha”.

Pero esta forma de escuchar debe ir más lejos de lo biológico, debe interesarse por lo biográfico para conocer los proyectos de vida del enfermo. Este conocimiento es fundamental porque se puede considerar que en términos antropológicos una persona se enferma cuando ve interrumpido su proyecto de vida.

En consecuencia, si lo ayudamos en ese proceso, además de curar lo estamos “sanando”: la “tekné” (aptitud, conocimientos y habilidades para curar y el “medeos” (la actitud de la persona que cuida y cura a otra persona)

Todo lo mencionado puede resumirse en el epitafio del Dr. Trudeau del siglo XI d.C.:

“Curar a veces, aliviar a menudo, confortar siempre”.

Pero confortar no es simplemente la “palmadita” al hombro, a veces esto se parece más a lástima. Confortar, en sentido antropológico, es comprometerse a ayudar al enfermo en la búsqueda del significado de su sufrimiento, que no es el “por qué” sino el “para qué”, porque cuando se tiene una idea sobre ese significado se deja de sufrir, quizás siga el dolor, pero solamente el físico, y para éste tenemos los analgésicos.

... Siempre hay un “para qué”. Nietzsche decía: “Cuando tenemos un “para qué vivir” soportamos cualquier “cómo vivir”...

Este acompañar al paciente en esa búsqueda del sentido de su sufrir, es nuestro gran compromiso, el arte supremo de la medicina, pero acompañarlo en la búsqueda de su propio significado, no del nuestro...

Una enfermedad tiene dos comienzos, uno biológico y otro antropológico. El biológico es el día que aparecen los síntomas y el antropológico comienza el día que se interrumpió el proyecto de vida. La sanación va empezar el día que a pesar de los síntomas pueda reintegrarse a su proyecto de vida. El proyecto más palmario que yo encontré es Stephen Hawkins. Vamos a verlo con la mirada de la tekné y el medeos.

“Está severamente enfermo. Ni siquiera puede hablar pero con el único dedo que mueve maneja su computadora y la de los centros astrofísicos más importantes del mundo. Cuando él comienza con su esclerosis sabía que iba a terminar así. Y pone en su biografía: “Tuve tres intentos de suicidio y felizmente no logré ninguno. Un buen día apareció como proyecto de vida asomarme a los misterios del universo, al origen de la vida. Yo sé que mientras pueda hacer esto no me sentiré cada vez más enfermo aunque sé que lo estoy”.

...Ustedes, por su profesión, son los encargados de dar las peores noticias. Yo me pregunté hace poco si se podían dar bien las malas noticias. Creo que sí. Cuando el paciente pregunta qué tiene, hay que discernir entre dos derechos. Cuándo el paciente quiere ejercer su derecho a saber y cuándo pregunta qué tiene pero quiere ejercer su derecho a no saber...

... ¿Y cómo hay que decirle la cosa? ¿Cómo se puede dar bien un mala noticia? En primer lugar, la verdad soportable para el paciente, no es soportable para la familia o los médicos. En segundo lugar, la verdad escalonada. No se puede dar diagnósticos que son

escalonados. A veces para decir que tiene un cáncer de pulmón podemos empezar con una neumonía y a las 48 horas hay que hacer otros estudios. Tercero, la verdad con esperanza.

Yo tenía la mala costumbre frente a un paciente desahuciado, decirle a la familia que no había nada que hacer. Porque yo siempre pensaba en la tekne y no en el medeos. Y miren lo que me decía una vez una madre que tenía un hijo en estado terminal. Una mañana yo le digo: “Mire, señora ya no hay nada que hacer”. Y ella me respondió: “¿Cómo no? Sí hay algo que hacer. ¿Me puede dar un abrazo?”. A partir de ahí yo digo: “Ya no hay nada que tratar. Dígame que puedo hacer por usted como persona”.

... El éxito en cuidados paliativos debe medirse por la calidad de vida de aquellos que sobrevivieron y la calidad de muerte de aquellos que murieron.

La calidad de muerte de los que murieron... Ahora bien ¿Qué es muerte digna? Para mí una muerte digna tiene tres requisitos. Primero debe ser sin dolor pues no hay dignidad en el dolor. Y si, para abreviar el dolor en una muerte termina, la dosis de ese analgésico apresura la muerte, no es ninguna inmoralidad. Es inmoral no hacerlo. Eso lo dijo Pío XII a los anestesiólogos en un congreso internacional de anestesia del año 1958, porque le preguntaron y contestó “es inmoral que no lo hagan”.

Otra condición de muerte digna es el espacio y tiempo para recibir y transmitir afecto, por más alta que sea la tecnología del lugar. Si no hay un lugar para Cuidados Paliativos, armemos una pequeña unidad para los cuidados paliativos. Un lugar para aislar al paciente, aislarlo en el buen sentido, para que en vez de estar esa fría hora diaria con sus parientes, pueda estar todo el día con sus seres queridos.

Si el paciente lo pide, es el momento de las decisiones, y no de las decisiones reglamentarias, sino de las afectivas, es el único e irreplicable momento en que vamos a llamar a esa persona que nunca nos atrevimos a decirle y ahora que sabemos, le vamos a decir que la queremos, o al revés.

Una vez un paciente me dio el número de una persona para que la llame. Esa persona llegó a terapia corriendo y preguntó por el paciente. Llega a la cama se abrazan y lloran con el paciente por un largo momento. Cuando se va me llama el paciente, me agradece y me explica lo que había pasado. Esa persona era su hermano, al que había echado de su casa hacia quince años y solo se atrevió a pedirle perdón una vez que supo que iba a morir. Y tuvo un gesto que nunca me voy a olvidar. Me toma la mano y me dice: “Dr., gracias por dejarme morir en paz”.

Cuando voy a trabajar al día siguiente, me enteré que el paciente había muerto la noche anterior. Le pregunto a la enfermera que lo vio morir si notó algo distinto y la enfermera me respondió: “Sí, es la primera vez en terapia que veo morir a alguien con tanta paz.”

Bibliografía Consultada

- **Babini, J.** *Historia de la Medicina*. Gedisa S.A., Barcelona, España. 1985.
- **Escardó F.** “*Carta abierta a los pacientes*” Emecé. Bs. As. 1972.
- **Fahrer, Rodolfo, A. Magrás** “*Temas de psicología médica*” Primera Edición, Buenos Aires, Editorial C.T.M. Septiembre 1986.
- **Ferrater Mora, J.** *Diccionario de filosofía Abreviado*. Ed. Sudamericana. 1988
- **García Astrada, A.** *Introducción a la Filosofía*. Ed. Librecor. 1990.
- **González Barón M.** “*El objeto de la medicina paliativa*” en *Tratado de Medicina Paliativa y Tratamiento de Soporte en el Enfermo con Cáncer*. Ed. Médica Panamericana, Madrid, 1995.
- **González Barón M., Jalón J.J. y Feliú J.** “*Definición del enfermo terminal y preterminal*” en *Tratado de Medicina Paliativa y Tratamiento de soporte en el enfermo con cáncer*. Ed. Médica Panamericana, Madrid, 1995.
- **Grimberg, I. Y Grimberg, R.** “*Identidad y Cambio*” Vol. 1 Primera Edición. Bs. As. Editorial Kargieman, 1971.
- **López JM.** *Breve historia de la medicina*. Madrid: Alianza Editorial, 2000.
- **Losoviz A.** “*El guardián de los vientos*” Reflexiones interdisciplinarias sobre Ética en Medicina. Catálogos. 1998.
- **Manzini, Jorge Luis.** “*Bioética paliativa*”, de Ed. Quirón, La Plata, 1997.
- **Meeroff M.** *Medicina Antropológica*. Base Ética de la Medicina Actual. Conferencia de clausura de las “Reflexiones interdisciplinarias sobre Ética en Medicina”, diciembre de 1996.
- **Morris David.** “*La Cultura del Dolor*”. Ed. Andrés Bello, Sgo. de Chile, 1994.
- **Sergio Cecchetto,** “*Curar o cuidar. Bioética en el confín de la vida humana*”. Ad-Hoc, Buenos Aires, 1999.
- **Singer Peter,** “*Repensar la vida y la muerte*” Ed. Paidós, 1997.
- **Wulff H., Pedersen S. y Rosenberg R.** *Introducción a la filosofía de la medicina*, Ed. Triacastella, Madrid, 2002.

UNIDAD IV

MEDICINA Y PSICOLOGÍA

La persona como sujeto-objeto de la práctica médica

Lic. Silvina M. Trucchia

FUNDAMENTACIÓN

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 “un ser contextualizado”, 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.

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. Los principios y métodos de análisis de la psicología, están soportados por diversas teorías explicativas, que se ocupan de las manifestaciones de la conducta, de su desarrollo psicoevolutivo y de los mecanismos y factores causales y/o determinantes de sus características normales y patológicas.

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 vivencie y asuma el estar enfermo.

La psicología es entendida como un vasto campo de conocimientos generados a partir de una investigación profunda que reconoce problemas, saberes, procedimientos y metodología muy diversas y que, constituidos en una teoría, contribuyen en la comprensión del hombre, su modo de ser y actuar, desde sus modalidades afectivas, cognoscitivas y vinculares.

Los aportes que desde esta área se brindará a los estudiantes de medicina, posibilitarán la profundización del conocimiento del ser humano en su aspecto psicológico, contribuyendo así, en el entendimiento de si 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.

La psicología, en tanto ciencia social que se ocupa del estudio de la personalidad y conducta humana, aporta a la formación del médico los conocimientos y elementos básicos para conocer la estructura, funcionamiento y manifestaciones generales del psiquismo humano, para aplicarlos a todos los problemas de la medicina, abarcando los

aspectos psicológicos de la actividad profesional del médico, la relación médico-paciente y la actitud del individuo o grupo, frente a la enfermedad y otros factores como biografía personal o familiar, expectativa de muerte, curación o cronificación, situación y conflictos vitales, logrando así un abordaje integral y comprensivo de la persona del paciente.

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.

Sin embargo, la construcción de la psicología como ciencia ha seguido un largo proceso.

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*”

A medida que se fue desarrollando, fue variando su objeto de estudio: primero fue el alma, luego la conciencia, después los fenómenos mentales y la conducta. Es decir que fue avanzando desde lo menos observable hacia lo más concreto y observable, como es la conducta de los individuos. Estos cambios se debieron a las transformaciones que se fueron sucediendo en el conocimiento humano, en el modo de concebir la realidad, ó el modo de pensar el mundo en general.

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

Hasta el siglo XIX la Psicología fue considerada una rama de la Filosofía. En la **primera etapa** del desarrollo de esta disciplina aparecen los primeros conceptos específicamente psicológicos y se realizan los primeros intentos de construir sistemas generales a partir de ellos, pero no se va más

allá de la mera presentación de los hechos. Esta etapa constituye la psicología precientífica, clásica o tradicional, cuyos orígenes se encuentran en la filosofía griega de Platón (427-348 a de C) y Aristóteles (384-322 a de C). Su objeto de estudio era el alma y su método la introspección (*autoobservación de los procesos psíquicos*).

Durante la primera mitad del s. XIX y a partir de la aparición del método científico-experimental, responsable del constante avance de las ciencias naturales, la Psicología centra su interés en el estudio de los fenómenos observables convirtiéndose en una Psicología empírica, la cual se transforma en experimental cuando la observación se realiza en forma controlada en un laboratorio. Así, los métodos de las ciencias físico-naturales, tales como la observación y el registro de datos, basados en la experimentación y la medición, fueron aplicados a los fenómenos mentales, que se creía estaban sujetos a medición y experimentación.

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 segunda **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.

El método creado por Wundt se llamó “Introspección Experimental” y quedó definido de la siguiente manera:

Objeto de la Psicología-----la conciencia (experiencia interna) Método de la Psicología-----la introspección 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.

Según esta teoría, la conciencia estaba formada por un mosaico de elementos unidos entre sí; para estudiar la vida psíquica, se descomponían estos elementos para luego volver a asociarlos (análisis). Lo que ocurre en la conciencia se basa en modos de funcionamiento mental, asociado a los

procesos fisiológicos cuya base es el cerebro, que recibe las impresiones externas y las transforma en movimiento.

W. Wundt tuvo muchos seguidores, pero a medida que la ciencia avanzaba, se fue descartando esta teoría porque consideraba “reglas generales para todos los seres humanos”.

Tercera etapa: Desde que la Psicología se incorpora al campo de las disciplinas científicas, cumpliendo con los requisitos de objetividad, confiabilidad y validez de los experimentos, se registran corrientes de pensamiento innatistas, que reconocen un potencial innato en el hombre, y otras ambientalistas que ponen énfasis en el ambiente como única fuente de influencia para el desarrollo, descartando cualquier forma de potencial previo.

Las escuelas más importantes que surgieron posteriormente fueron, entre otras, el Conductismo, la Reflexología, el Psicoanálisis, el Existencialismo, la Psicología Comprensiva de Dilthey, la Psicología de la Gestalt, la Psicología Cognitiva, entre otras.

Cada corriente psicológica tiene un fundamento filosófico que la sustenta, es decir, una concepción del hombre y del mundo, que la circunscribe de esa manera dentro de una línea de pensamiento.

Las distintas orientaciones en Psicología han surgido, a veces, por oposición o disidencias con otras ya existentes y también inspiradas por los cambios que se van produciendo en la sociedad, que generan en el hombre modificaciones significativas en su forma de ver la realidad. De acuerdo a la concepción del mundo y de sí mismo que una persona tenga, así será cómo se identificará o se opondrá a ellas, quedando habilitada a elaborar un nuevo concepto a partir de un proceso selectivo coherente.

Para la mayoría de las Escuelas Psicológicas, el carácter científico de la Psicología no está dado por la utilización o no del método experimental, ya que sus métodos son diferentes al de las ciencias físico- naturales porque también lo es su objeto de estudio = el ser humano individual.

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.

Ejemplo:

¿Recuerdas la lista de imágenes que percibiste hoy en el trayecto de tu casa a la facultad?... ¿Crees que mañana podrías reproducirlas de igual modo?... si así fuera, ¿crees que sentirías lo mismo?...
Seguro que no.
Cada experiencia humana es única e irrepetible.

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. (Gráfico 1)

Pero en esta relación el sujeto no se manifiesta como elemento pasivo, no recibe las influencias sin reacción alguna. Por el contrario, el sujeto reacciona, elige cosas, rechaza otras e, incluso, modifica el medio de acuerdo con sus necesidades. Es decir, se manifiesta como sujeto actuante. (Gráfico 2)

Esta relación entre el sujeto y el ambiente es, **bidireccional**: el medio influye sobre el hombre y éste selecciona, rechaza y transforma el medio. La relación entre el hombre y el medio se presenta, por lo tanto, en forma de **interacción** (Gráfico 3)

Gráfico 1

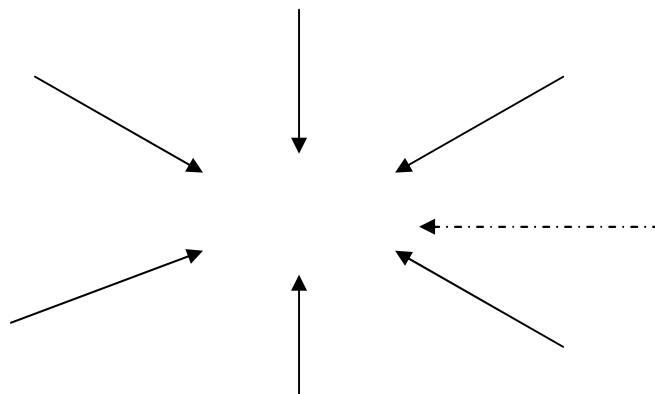


Gráfico 2

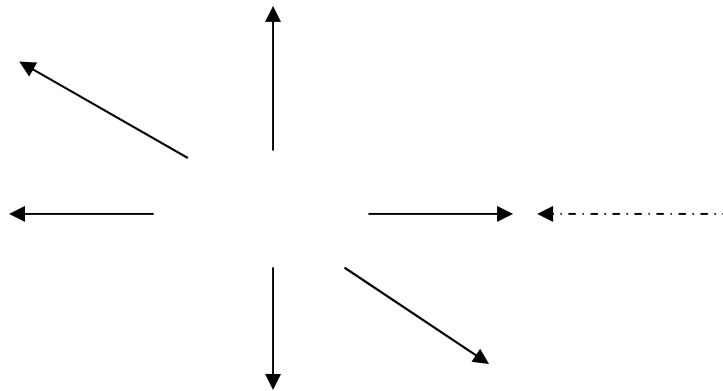
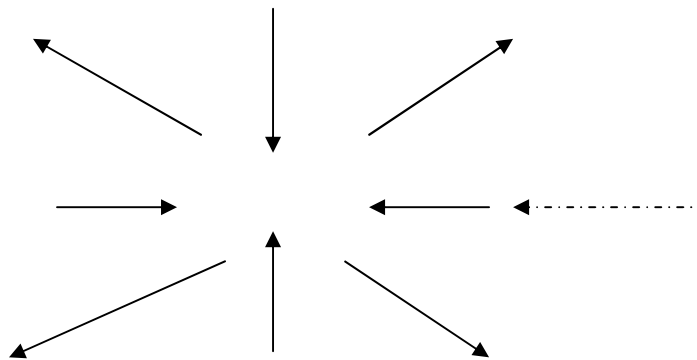


Gráfico 3



Así, durante el transcurso de su vida, el hombre es modificado por el medio, y éste es modificado por aquél.

De lo dicho anteriormente se desprende que esta interacción presenta dos momentos:

- 1- Las características que poseemos, nuestra manera de comportarnos, nuestros gustos y preferencias dependen del ambiente en que nacimos. De haber ocurrido esto en otro tiempo o lugar, nuestra manera de pensar o de sentir serían muy distintas.
- 2- El hombre se manifiesta como activo transformador del medio, adaptándolo a sus necesidades. Crea un mundo social y cultural que, además, modifica a lo largo de la evolución histórica.

En esa interacción o intercambio, las acciones del hombre se manifiestan como una *búsqueda de equilibrio* entre sus necesidades y las posibilidades que le brinda el medio. El equilibrio que logra es *dinámico*: una vez logrado, se rompe, restableciéndose luego a través de nuevas acciones.

¿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.

Los psicólogos Enrique Pichón Riviere y Daniel Lagache sostienen que *desarrollar una conducta involucra la producción simultánea de actividades en el fuero interno o vivencial del sujeto, en su cuerpo, y en el medio que lo rodea.*

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 descriptos 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* 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 confié 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 en cada sujeto 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.

Los estudiosos de la psicología siempre han tratado de comprender las diferentes personalidades. Pero no fue sino hasta hace un siglo que los científicos comenzaron a realizar observaciones científicas sistemáticas y a sacar conclusiones de ellas.

Algunos teóricos ponen énfasis en las experiencias de la primera infancia, otros en la herencia, y otros atribuyen un papel fundamental al medio ambiente. Hay quienes analizan únicamente como se comportan las personas en distintas situaciones y momentos y les restan importancia al concepto de una personalidad única y conciente.

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. Hace referencia a las cualidades que distinguen al individuo humano como ser único, singular e irreplicable. Incluye las pautas de pensamiento, percepción y conducta relativamente fijas y estables, profundamente enraizadas en cada sujeto.

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.

Algunas definiciones de personalidad:

"Organización mental total de un ser humano en cualquier momento de su desarrollo". (Warren y Carmichel). Abarca el carácter, el intelecto, el temperamento, la habilidad motora, los efectos, la moralidad y las actitudes estructuradas en el curso de la vida.

G. W. Allport, uno de los más importantes psicólogos del personalismo, afirma que la personalidad es la *"organización dentro del individuo de aquellos sistemas psicofísicos que determinan su particular adaptación al ambiente"*.

Para Adler personalidad es “*el propio sentido de la vida de un individuo, sus formas características de resolver sus problemas y conseguir los objetivos que se ha propuesto*”.

MÉTODOS DE ESTUDIO Y ESTRATEGIAS DE INVESTIGACIÓN

La **entrevista psicológica** es la técnica más utilizada para estudiar la personalidad. Supone el instrumento para obtener un informe sobre el pasado, presente y previsibles reacciones futuras de un individuo en concreto. La mayoría de las entrevistas son desestructuradas, pero algunas emplean una serie de “preguntas tipo” siguiendo una secuencia dada. Los entrevistadores ponen atención en lo que manifiesta verbalmente el individuo entrevistado, pero también atienden a otros elementos de expresión no verbal, como gestos, posturas, silencios, etc.

La observación directa, ya sea en su contexto natural o en laboratorio, trata de recoger sistemáticamente las reacciones del individuo ante situaciones cotidianas, y sus respuestas típicas hacia las personas, o bien de manipular experimentalmente situaciones artificiales para medir su respuesta frente a esas condiciones controladas en laboratorio.

Las técnicas codificadas de evaluación psicológica de la personalidad, denominadas **tests mentales** consisten en “*situaciones experimentales estandarizadas que sirven de estímulo a un comportamiento. Tal comportamiento se evalúa por una comparación estadística con el de otros individuos colocados en la misma situación, lo que permite clasificar al sujeto examinado, ya sea cuantitativa o tipológicamente*” (Pierre Pichot).

Los test se basan generalmente en cuestionarios de preguntas cerradas sobre hábitos personales, creencias, actitudes, fantasías y funciones psíquicas, **técnicas psicométricas**, o bien en **técnicas Proyectivas**, en las que el individuo responde libremente ante estímulos no estructurados o ambiguos, a través de las cuales reflejará los aspectos más profundos y menos controlados de su personalidad.

El Test de Rorschach y el Test de Apercepción Temática (TAT) son de las pruebas proyectivas más utilizadas. Las mismas consisten en una serie de manchas de tinta (Rorschach) o láminas con figuras ambiguas (TAT) sobre las que el sujeto manifiesta sus percepciones. Del análisis de sus manifestaciones, a través de complejos sistemas de codificación y de interpretación, el analista deduce aspectos esenciales de la dinámica de la personalidad del individuo.

Si bien los test constituyen un valioso auxiliar del psicólogo en la realización de sus diagnósticos, en ningún caso constituye el único elemento a tener en cuenta. El psicodiagnóstico debe incluir además la historia clínica del sujeto y los datos obtenidos en las entrevistas.

Examinar las innumerables teorías y técnicas que se ocupan de explicar la compleja dinámica de la personalidad y su abordaje diagnóstico y terapéutico, es competencia de la psicología clínica, la psicopatología, la psiquiatría, y en general las diversas psicoterapias que serán examinadas en otros niveles y materias de la carrera de Medicina. No obstante, es necesario realizar un análisis sintético de los principales modelos básicos explicativos de la personalidad.

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.

Sus raíces filosóficas se encuentran en el existencialismo y la fenomenología, entre otras.

El **personalismo** más allá de ser una corriente filosófica sistematizada, representa una corriente de pensamiento que tiene como centro de sí a la persona. Se distingue como una ideología que considera al hombre como un ser subsistente y autónomo pero esencialmente social y comunitario, un ser libre pero no aislado, un ser trascendente con un puro valor en sí mismo que le impide convertirse en un mero objeto. Un ser moral, capaz de amar, de actuar en función de una actualización de sus potencias y finalmente de

definirse a sí mismo pero considerando siempre la naturaleza que le determina.

En esta teoría es central el desarrollo y las características de la personalidad en los acontecimientos de crecimiento de un ser total: persona – sí mismo. Las necesidades o impulsos básicos de las personas son de supervivencia, afirmación, autoconstrucción, autonomía. Al utilizar el *sí mismo* como concepto central, surge la persona con toda su singularidad, sus relaciones interpersonales y la importancia de los valores, que son elecciones íntimas y autónomas y no sólo imposiciones del medio social. Las crisis que surgen en el crecimiento y desarrollo de la personalidad se vinculan con los conflictos y luchas que libra éste para autoafirmarse, lograr una identidad y un estilo de vida propio.

Para este modelo la personalidad sana y madura es una persona autorrealizada, que muestre altos niveles de las siguientes características: percepción de la realidad; aceptación del yo, de los otros y de la naturaleza; espontaneidad; capacidad de resolver problemas; autodirección; identificación con otros seres humanos; aislamiento y deseo de privacidad; serenidad de apreciación y riqueza de reacción emocional; frecuencia de experiencias máximas; satisfacción y cambio en la relación con las demás personas; creatividad y sentido de valores.

El Personalismo sostiene que:

1. Todo individuo vive en un mundo cambiante de experiencias de las cuales él es el centro.
2. El individuo reacciona ante las situaciones tal como las experimenta o percibe. Ésta es para él “la realidad”. No solo percibe cosas sino que las valora, las acepta, etc.
3. La persona tiende a percibir las situaciones y a reaccionar a las mismas de un modo coherente consigo mismo. Si la situación resulta amenazante para el *sí-mismo* el individuo se “defiende” reduciendo las percepciones, olvidándolas, evitándolas, etc. Esta tendencia a distorsionar la realidad para que resulte compatible con sus necesidades puede afectar su crecimiento y maduración y ser factor de desorden psicológico

Adhieren a este modelo autores tales como: Maslow, Carl Rogers, W. Stern y Gordon Allport.

Los estudios de Allport sobre la personalidad se caracterizan, fundamentalmente, por considerar que las variables personales tienen un papel central en la determinación de la conducta, así como en su predicción.

El supuesto básico es que la personalidad, se ve como función de un conjunto de disposiciones de respuesta relativamente estables, que configuran la personalidad de cada individuo de una forma única. Esas disposiciones o patrones únicos y relativamente estables son llamadas *rasgos*. Allport es uno de los impulsores en el estudio de los rasgos, y los define como: *Sistema neuropsíquico (peculiar del individuo) generalizado y focalizado, dotado de la capacidad de convertir muchos estímulos en funcionalmente equivalentes, y de iniciar y guiar formas coherentes de comportamiento adaptativo y expresivo.*

Resumiendo:

Allport estudia la personalidad como una construcción dinámica, psicofísica, con autonomía funcional, determinante y con perfiles de exclusividad individual. Sus estudios morfogénicos le permiten acercarse a la dimensión de un individuo concreto, al 'propium', conocer sus rasgos, describirlos y clasificarlos. El carácter individualizado de la personalidad remite a las teorías de la recepción definidas por la singularidad de la percepción y la disposición receptiva. Pero también, en virtud del carácter dinámico de la personalidad, sujeta a los cambios que se producen en su entorno, Allport advierte que la propia personalidad puede verse modificada por la acción de los medios.

II. Modelo Conductista

Sus raíces filosóficas se encuentran en empirismos, sensismos y en el positivismo determinista.

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. Mediante las denominadas leyes del aprendizaje cuyo núcleo es la teoría del efecto o los enlaces condicionados o conexiones estímulo-respuesta se tiende a explicar no sólo la conducta motora sino el funcionamiento mental y la constancia del comportamiento humano como una consecuencia de conductas que son reforzadas (gratificadas) o extinguidas por estímulos del ambiente configurando un modelo ambientalista. En otras palabras, se hace hincapié en el aprendizaje por condicionamiento, que considera el comportamiento humano principalmente determinado por sus consecuencias. 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.

Muchos aspectos de los hábitos sociales y los desórdenes psicofisiológicos que se asocian con el estrés se explican con los presupuestos teóricos de estos modelos. De esta manera, un estímulo fisiológicamente neutro (una situación social, una experiencia frustrante, etc.) puede provocar una reacción visceral: jaqueca, crisis hipertensiva, alteración en la piel, conformando una de las posibilidades de una alteración psicósomática.

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.

III. Modelo Psicoanalítico

El Psicoanálisis es una de las teorías que más influencia ha tenido en el pensamiento psicológico contemporáneo. Creado por 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.

El Psicoanálisis es, a la vez, un método específico para investigar los procesos mentales inconscientes -a través de la interpretación y del manejo de la *resistencia*²⁰ y la *transferencia*²¹- y un enfoque psicoterapéutico.

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

²⁰ **Resistencia:** Todo aquello que, en los actos y palabras del paciente, se opone al acceso de éste a su inconsciente.

²¹ **Transferencia:** en psicoterapia, el término es utilizado para describir la respuesta emocional del paciente frente al terapeuta. La transferencia abarca la proyección que hace el paciente sobre el terapeuta de las ideas y sentimientos que le provocaron personas de gran relevancia en su pasado, como padres, maestros o personas encargadas de su cuidado durante la infancia, y la respuesta emocional que desarrolla frente a las ideas y sentimientos que percibe en el terapeuta.

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.

Freud elaboró dos esquemas explicativos del Aparato Psíquico que se complementan entre sí. El **primer esquema** está constituido por el *Consciente*, el *Preconsciente* y el *Inconsciente*.

- ⇒ **Consciente:** Es el aspecto del aparato psíquico que está en contacto directo con el mundo exterior. Contiene representaciones mentales que provienen del exterior y del interior del sujeto.
- ⇒ **Preconsciente:** Son las ideas latentes que pueden volver a la conciencia directamente por voluntad del individuo (recuerdo).
- ⇒ **Inconsciente:** Lo constituyen todas aquellas ideas o experiencias latentes y reprimidas que no pueden volver a la conciencia por vía directa. El inconsciente se manifiesta a nuestra conciencia a través de los sueños, los actos fallidos y los síntomas.

El aspecto central de esta teoría reside en sostener que las representaciones mentales inconscientes pueden determinar la conducta del individuo.

Sigmund Freud completa este primer esquema, con la elaboración de un **segundo esquema**, a través del cual sostiene que la vida psíquica está integrada por tres instancias o procesos: el *Ello*, el *Yo* y el *Superyo*. El interjuego que se establece entre estas instancias conforma la personalidad del individuo.

- ⇒ **El Ello:** Constituye el polo pulsional de la personalidad, siendo sus contenidos inconscientes, en parte hereditarios e innatos, en parte adquiridos y reprimidos. Esta primera instancia se refiere a las tendencias impulsivas (entre ellas, las sexuales y las agresivas) que parten del cuerpo y tienen que ver con el deseo, por lo que generalmente son contrarias a la educación y la cultura. Freud llamó a estas tendencias *triebe*, que literalmente significa “pulsión”²². Estas pulsiones exigen su inmediata

²² **Pulsión:** Para Freud la pulsión es un proceso dinámico consistente en un *empuje* -carga energética- que hace tender al organismo hacia un fin. Tiene su *fuentes* en una excitación corporal -estado de tensión- que reina en la fuente pulsional: gracias al *objeto* la pulsión puede alcanzar su *fin*, pero este objeto y fin son variables y contingentes.

satisfacción, y son experimentadas de forma placentera por el individuo, estando gobernadas por el *principio del placer*.

Principio de Placer: Es uno de los principios que, según Freud, rigen el funcionamiento mental. El conjunto de la actividad psíquica tiene por finalidad evitar el displacer y procurar el placer.

La vida psíquica del recién nacido es totalmente inconsciente: así el bebé no razona y exige satisfacción de sus tendencias buscando aquello que le brinda placer, como el alimento, el afecto, el calor del cuerpo de su madre o de quien está a su cuidado. Es decir, el comienzo de la vida psíquica está regido por el Ello. La fuerza vital e instintiva que gobierna éste dirige la conducta hacia el placer y es denominada líbido.

A medida que el bebé crece, se va integrando al mundo y sufre un proceso de adaptación a la realidad del medio ambiente. Va diferenciando de su ello al yo. Éste tiene su origen a partir de una transformación del ello.

- ⇒ **El Yo:** Esta instancia está en contacto con la realidad exterior y domina funciones como la percepción, el pensamiento y el control motor, para adaptarse a las condiciones exteriores reales del mundo social y objetivo. Para desempeñar esta *función adaptativa*, de conservación del individuo, el yo debe ser capaz de posponer la satisfacción de las pulsiones del ello que presionan para su inmediata satisfacción, hasta conseguir en el mundo real, las condiciones de satisfacción de esas pulsiones básicas. El Yo tiene como función imprimir una copia de la realidad, obtener las percepciones del mundo exterior al sujeto, y regulando los accesos del ello, sustituye el principio de placer por el *principio de la realidad*, el cual le asegura la integración al mundo social.

El Principio de Realidad: modifica al principio de placer en la medida en que logra imponerse como un principio regulador. La búsqueda de satisfacción ya no se efectúa por los caminos más cortos, sino mediante rodeos, aplazando su resultado en función de las condiciones impuestas por el mundo exterior.

El yo tiende a la síntesis de los contenidos que recibe del medio, organiza los impulsos del ello para integrarlos al sistema total, atendiendo asimismo a los imperativos y controles que provienen de una tercera instancia, el Superyo.

- ⇒ **El Superyo:** En un sentido amplio, esta instancia comprende las funciones de prohibición y de ideal. Freud considera la conciencia moral, la autoobservación y la formación de ideales, como funciones propias del

superyo. Su función es comparable a la de un juez o censor con respecto al yo. Clásicamente el superyo es definido como el heredero del complejo de Edipo²³; se forma por interiorización de las exigencias y prohibiciones parentales, por lo que se dice que aparece principalmente como una instancia que encarna una ley y prohíbe su trasgresión.

Desarrollo de la sexualidad humana desde la concepción freudiana

El término sexualidad, en la teoría psicoanalítica no designa solamente las actitudes y el placer dependiente del funcionamiento del aparato genital, sino a toda serie de excitación o actividad existente desde la infancia y que producen placer, pero éste no puede reducirse a la satisfacción de una necesidad fisiológica fundamental.

Para hablar de “sexualidad humana”, Freud introduce el término pulsión.

Pulsión

Proceso dinámico consistente en un empuje (carga energética) que hace tender al organismo hacia un fin. Según Freud, una pulsión surge de una excitación corporal (estado de tensión). Su fin es suprimir ese estado de tensión que reina en la fuente pulsional; gracias al objeto la pulsión puede alcanzar su fin. Freud, basándose en el estudio de las perversiones y modalidades de la sexualidad infantil, corrige la concepción popular que atribuye a la pulsión sexual un fin y un objeto específico. Por el contrario, sostiene que el objeto es variable y contingente y sólo es elegido en su forma definitiva en función de las vicisitudes de la historia del sujeto. Además, muestra como los fines son múltiples, parciales a íntimamente dependientes de fuentes somáticas, que también son múltiples.

Desarrollo de la evolución psicosexual infantil

El desarrollo psicosexual en la infancia se da en una sucesión temporal de diferentes fases de la evolución de la libido, denominadas: oral, anal, fálica, latencia y genital. Cada una de estas fases corresponde al predominio de una determinada erógena (fuentes corporales capaces de generar sensaciones sensuales placenteras), de las cuales surgen impulsos eróticos que siguen un orden cronológico y una determinada relación de objeto.

²³ **Complejo de Edipo:** Conjunto organizado de deseos amorosos y hostiles que el niño experimenta con respecto a sus padres. Tiene su cenit entre los 3 y 5 años aproximadamente.

Fases de la evolución psicosexual

Fase Oral: Se extiende hasta los 18 meses aproximadamente. El placer está ligado a la excitación de la cavidad bucal y de los labios, que acompaña a la alimentación. La relación de objeto está estrechamente ligada con la alimentación, el fin es la incorporación o asimilación del objeto.

Fase Anal: Se extiende aproximadamente entre los dos y cuatro años de edad. Se caracteriza por la primacía de la zona erógena anal; la relación de objeto está impregnada de significaciones ligadas con las funciones de retención y expulsión de las heces y el valor simbólico de las mismas. La oposición de los sexos está dada en activo-pasivo. Durante esta fase entran en conflicto la necesidad de afecto, y los impulsos agresivos (ambivalencia)

Fase Fálica: Se extiende hasta los 5 ó 6 años. Esta fase se caracteriza por la unificación de las pulsiones parciales bajo la primacía de los órganos genitales. El niño o la niña no reconocen en esta fase más que un órgano genital, el masculino, y la oposición de los sexos equivale a fálico o castrado. Durante esta fase aparece preocupación, angustia y temor a dañar el pene, conocido como complejo de castración, que proviene en parte de amenazas fantaseadas o que reciben de sus progenitores.

Complejo de Edipo

El proceso por el cual el niño se identifica sexualmente con uno de los progenitores, está sujeto a complejos conflictos psicoafectivos en el pequeño. La resolución, en caso de transitar con éxito esta edad crítica, culminará con una estable estructura de la personalidad. Es lo que Freud denominó *Complejo de Edipo*. En líneas generales, este autor supone que todo niño o niña a partir de los 3 años aproximadamente, experimenta sentimientos ambivalentes, es decir de amor y odio, hacia el progenitor del mismo sexo, rivalizando y compitiendo con éste, por el sentimiento de atracción que siente hacia el progenitor del sexo contrario.

En esta situación triangular el niño experimenta temor a ser castigado por su padre que podría castrarle (*angustia de castración*). Este conflicto de amor y temor se resuelve con la identificación del varón con su padre y la internalización de las normas morales, en particular la prohibición del incesto. Surge así, hacia el final del período fálico, el Superyo. En la niña el complejo de Edipo se asocia con la envidia del pene (*complejo de castración*). La identificación con su madre se asocia a la posibilidad de tener niños. El Superyo es la instancia del aparato psíquico que interviene entre el Ello y el Yo. Una defectuosa resolución del complejo

de Edipo predispone, a través de mecanismos inconsciente, al desarrollo en etapa posterior de desórdenes neuróticos. El Yo deviene en fuente de conflicto entre las pulsiones del Ello, que buscan placer, y las restricciones del Superyo ligadas con los principios morales surgidos de la educación y de la internalización de las prohibiciones parentales. La resolución del complejo de Edipo posibilita el acceso a la genitalidad.

Fase de Latencia: Se extiende hasta los 12 años. Durante su transcurso disminuyen las manifestaciones de la sexualidad infantil. Se produce un interés intelectual y la adaptación social, permaneciendo latentes los intereses eróticos y los conflictos sexuales. La energía libidinal activa intereses intelectuales.

Fase Genital: Se produce la unificación de las pulsiones parciales bajo la primacía de órganos genitales. Se da la elección definitiva del objeto.

Evaluación crítica de las teorías de la personalidad

Las diferentes aproximaciones teóricas arriba presentadas han contribuido a un mejor conocimiento del hombre y a la solución de sus problemas de adaptación y supervivencia. Esto es particularmente necesario en el manejo de las denominadas situaciones límite o en casos de conflictiva ética: incurabilidad, discapacidad, abandono o marginación de pacientes, situaciones todas que llevan a un grado de compromiso en una relación que implica respeto y solidaridad y no sólo un frío e impersonal tecnicismo aplicado a un organismo enfermo.

Herencia y Ambiente en la estructuración de la personalidad

La herencia y el ambiente interactúan para formar la personalidad de cada sujeto. Desde los primeros años, los niños difieren ampliamente unos de otros, tanto por su herencia genética como por variables ambientales dependientes de las condiciones de su vida intrauterina y de su nacimiento. Algunos niños, por ejemplo, son más atentos o más activos que otros, y estas diferencias pueden influir posteriormente en el comportamiento que sus padres adopten con ellos, lo que es un ejemplo de cómo las variables congénitas pueden influir en las ambientales. Entre las características de la personalidad que parecen determinadas por la herencia genética, al menos parcialmente, están la inteligencia y el temperamento, así como la predisposición a sufrir algunos tipos de trastornos mentales.

Entre las influencias ambientales, hay que tener en cuenta que no sólo es relevante el hecho en sí, sino también cuándo ocurre, ya que existen

períodos críticos en el desarrollo de la personalidad en los que el individuo es más sensible a un tipo determinado de influencia ambiental.

La mayoría de los expertos cree que las experiencias de un niño en su entorno familiar son cruciales, especialmente la forma en que sean satisfechas sus necesidades básicas o el modelo de educación que se siga, aspectos que pueden dejar una huella duradera en la personalidad.

Los niños aprenden el comportamiento típico de su sexo por identificación con el progenitor de igual sexo, pero también el comportamiento de los hermanos y/o hermanas, especialmente los de mayor edad, puede influir en su personalidad.

Algunos autores hacen hincapié en el papel que cumplen las tradiciones culturales en el desarrollo de la personalidad.

PSICOLOGÍA EVOLUTIVA

FORMACIÓN Y DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD

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

Psicología Evolutiva o del Desarrollo.

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 de la psicología 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.

El estudio de la psicología evolutiva humana es significativo porque observando y comprendiendo cómo se desarrollan los individuos y los factores que afectan este desarrollo, se alcanza a entender la importancia de los padres, de la estimulación temprana, del amor, contención y cuidado hacia los niños, para fomentar un mejor desarrollo en términos de adaptación, evolución y bienestar psicológicos dentro de nuestra sociedad.

Es importante diferenciar algunos términos a los que se hará mención frecuentemente durante el desarrollo de esta temática.

- ❖ **Crecimiento:** Implica un aumento del tamaño, peso, o fuerza de todo organismo vivo. Indica cambios cuantitativos.
- ❖ **Maduración:** Es el aumento de capacidades y adaptabilidad. Designa avances hacia niveles adultos de funcionamiento. Implica cambios cualitativos.
- ❖ **Desarrollo:** El desarrollo es entendido como un continuo proceso de potencial crecimiento y de cambio a lo largo de toda una vida. Señala cambios graduales en la adaptación del individuo al ambiente. Implica cambios progresivos que van de una etapa a otra en lo que refiere a diferenciación y complejidad. Incluye cambios físicos, actualización de potencialidades y capacidades del individuo, cambios psicológicos y sociales y adaptación social.

Aspectos del desarrollo

Básicamente se estudian tres aspectos del desarrollo humano:

- **Desarrollo físico:** Son todos los cambios corporales, de las capacidades sensoriales y de las habilidades motrices que forman parte del desarrollo físico e influyen sobremanera en el intelecto y la personalidad.
- **Desarrollo intelectual o cognitivo:** Cambios en las facultades mentales: aprendizaje, memoria, razonamiento, pensamiento y lenguaje.
- **Desarrollo social y de la personalidad:** Cambios que se refieren a la forma en cómo la persona se relaciona con los demás y expresa sus emociones.

Según Gordon Allport, la personalidad es una realidad que se despliega en el tiempo. Las potencialidades innatas que impulsan la morfogénesis y funciones del ser en crecimiento, se actualizan en una secuencia de etapas de maduración, diferenciación e integración creciente.

La falta o carencia de estímulos y respuestas del ambiente al complejo inicial de crecimiento y maduración se reflejan en la interrupción o alteración del mismo. El niño sin estimulación o contacto humano detiene su secuencia fisiológica de desarrollo y se torna apático, desaparece el llanto y no progresa ponderalmente. Esta situación, si no se regula, puede poner en peligro su vida.

El crecimiento es un complejo proceso de organización. La organización es un fenómeno constante y progresivo en el curso de la filogenia y la ontogenia. Es a través de la integración de las diferencias para una unidad de acción y propósito como surge el individuo (indivisible).

La posibilidad de comprender las motivaciones de la conducta personal se fundamenta en el reconocimiento y comprensión de las diferencias individuales. Estas diferencias personales permiten identificarlo como un ser único e irrepetible.

Existen etapas críticas en este continuo, donde en forma acelerada y dramática eclosionan cambios de la personalidad, diferenciaciones somáticas y psicológicas que provocan una alteración del equilibrio y la autoimagen.

El psicoanalista norteamericano Erik Erikson sostiene que la personalidad se desarrolla en etapas predeterminadas en la disposición del organismo humano para “*ser conducido hacia*”, para “*darse cuenta*” y para

“interactuar con un círculo cada vez más amplio de individuos e instituciones significativas”.

En cada etapa de la vida deben alcanzarse ciertos atributos para arribar a la madurez y, a su vez, en cada una de ellas se plantea una crisis de cambio. Cada etapa es un avance, un estancamiento o una regresión con respecto a las otras etapas. Para este autor el término *crisis* hace referencia a un momento de la evolución en que el desarrollo tiende hacia una u otra dirección:

- ⇒ Una salida que promueve el desarrollo, forma y funda un atributo.
- ⇒ Una salida que provoca el bloqueo y estancamiento e impide el desarrollo hacia la próxima etapa.

El sistema de clasificación del desarrollo formulado por Erikson, se basa en los aspectos psicosociales del proceso evolutivo humano. Para él, la personalidad del individuo surge de la relación entre las expectativas personales y las limitaciones del ambiente cultural. La vida gira en torno a la persona y el medio. Establece ocho etapas o estadios en el desarrollo psicosocial de una persona, con sus atributos correspondientes.

1. **Lactancia:** Sentido básico de Confianza.
2. **Temprana infancia:** Sentido de Autonomía.
3. **Primera Infancia:** Sentido de Iniciativa-Juego.
4. **Latencia o Segunda Infancia:** Sentido de Laboriosidad.
5. **Adolescencia:** Identidad personal.
6. **Juventud:** Intimidad.
7. **Edad Adulta:** Compromiso y Generatividad.
8. **Edad Madura:** Integridad y Adaptación.

A lo largo del desarrollo se asiste a una variación en la gravitación de los factores hereditarios y orgánicos vs. los factores personales y ambientales.

Desde el nacimiento hasta los 5 años aproximadamente los impulsos biológicos que aseguran la supervivencia del individuo son predominantes: alimentación, motilidad, dependencia, sueño, expulsión.

LACTANCIA Y TEMPRANA INFANCIA:

Durante la **lactancia** (primer año de vida), se establecen las relaciones psicológicas con la madre, y de estas relaciones surgen las actitudes básicas de confianza o desconfianza. El desarrollo en esta etapa se caracteriza por un rápido crecimiento físico y muscular, crecimiento que da origen a grandes

avances en la motricidad. Así, el niño comienza a caminar y a tomar y sostener algunos objetos proporcionales a su desarrollo.

En la **temprana infancia** (segundo año) las relaciones del niño se amplían a ambos padres, dando lugar a la formación de las estructuras de autonomía y de dominio de sí mismo o de inseguridad y conformismo, según sea esa la relación con los padres.

Desarrollo físico:

Entre el segundo y tercer año, el crecimiento disminuye. El sentido menos desarrollado en el niño es la vista y, si bien hacia los tres años la visión binocular se torna difícil, los colores pueden percibirse con claridad. El sentido del oído, se desarrolla desde que el niño está en el útero de la madre, y a los tres días de nacido el niño ya puede reconocer la voz de su mamá. Si bien los sentidos se desarrollan simultáneamente, el más desarrollado a partir del nacimiento es el sentido del tacto.

Durante los tres primeros años de vida, el niño presenta una rápida y continua evolución, marcada por la utilización a conciencia de ciertas partes de su cuerpo. En el transcurso de estos primeros años se observa la conquista de dos capacidades motrices importantes:

1. La precisión en el agarre: beber en vaso por sí solo, abrir una caja, etc.
2. Habilidad para caminar en dos piernas, capacidad que se inicia con la aparición del gateo.

Desarrollo intelectual

El aprendizaje puede ser definido como un cambio de conducta. Pero, para que el aprendizaje se presente, se requiere de un proceso simultáneo de maduración en el individuo, en este caso, el niño.

Teoría Evolutiva de la Inteligencia de Jean Piaget

Para analizar el aprendizaje y el desarrollo intelectual, se hará referencia a la teoría evolutiva de la inteligencia del psicólogo Jean Piaget, pues sus ideas han contribuido de manera especial a conocer y comprender las estructuras y procesos mentales del niño. Piaget sostiene que el desarrollo cognoscitivo ocurre en una serie de etapas. En cada una de ellas surge una nueva manera de pensar el mundo y de responder frente a su evolución. Por lo tanto, puede decirse que cada etapa es una transición de un tipo de pensamiento o comportamiento a otro. Una etapa se cimienta en la anterior y sienta las bases para la que viene.

Estructuras Cognoscitivas

Piaget sostenía que lo sustancial del comportamiento inteligente es la capacidad innata para adaptarse al ambiente. Los niños construyen sus capacidades sensoriales, motoras y reflejas para aprender del mundo y adaptarse a él. A medida que aprenden de sus experiencias, desarrollan estructuras cognoscitivas más complejas.

*Las personas tienen su propia visión del mundo en cada una de las etapas del desarrollo. En esta visión subyacen una cantidad de estructuras cognoscitivas básicas que se conocen con el nombre de esquemas. Los **esquemas** son patrones fijos de comportamiento que los individuos utilizan para pensar en una situación y enfrentarse a ella. Los actos motores son los primeros esquemas que se presentan. Con el desarrollo intelectual, los esquemas se convierten en patrones de pensamiento ligados a comportamientos particulares, que van desde el pensamiento concreto hasta el desarrollo del pensamiento abstracto.*

Principios Del Desarrollo Cognoscitivo

El desarrollo cognoscitivo se produce en un proceso de dos pasos:

- **Asimilación:** se toma la nueva información acerca del mundo.
- **Acomodación:** se cambian algunas ideas para incluir los nuevos conocimientos.

Existen tres principios que se relacionan con los pasos del desarrollo cognoscitivo. Estos principios son:

Organización: *Tendencia a crear sistemas que integren los conocimientos que tiene una persona acerca del ambiente.*

Adaptación: *Se refiere al cómo las personas utilizan la nueva información; incluye los procesos complementarios de asimilación y acomodación.*

Equilibrio: *Es una búsqueda constante para balancear no sólo el mundo del niño y el mundo exterior, sino también las mismas estructuras cognoscitivas del infante.*

Durante los dos primeros años de vida, los niños adquieren conocimientos acerca de ellos mismos y del mundo en el que viven, presentando un comportamiento egocéntrico de manera predominante, lo cual puede deberse, en buena parte, a que el niño no domina ampliamente la comunicación verbal.

Piaget sostiene que los avances en el conocimiento del infante durante esta etapa, pueden observarse notoriamente en sus acciones sensoriomotoras organizadas. Así, desde el nacimiento hasta el tercer año de vida, el niño se encuentra en la etapa **Sensoriomotriz**. El infante deja de ser alguien que responde principalmente a través de reflejos y se convierte en alguien que organiza actividades en relación con el ambiente, presentando entre otras características, un aprendizaje basado en actividades sensoriales y motrices y

actividades en relación con el ambiente, con coordinación de sus extremidades físicas. Los niños muestran una vivaz e intensa curiosidad por el mundo que les rodea y su conducta está dominada por las respuestas a los estímulos

Desarrollo social y de la personalidad

Algunos de los aspectos del desarrollo social y de la personalidad del niño, durante las etapas de la lactancia y de la primera infancia, son los siguientes:

0 - 3 meses: El niño responde a estímulos, se presenta curiosos y sonríe fácilmente a las personas.

3 - 6 meses: Período del despertar social y de los primeros intercambios recíprocos entre el niño y quien lo cuida.

7 - 9 meses: Son capaces de manifestar alegría, enojo, sorpresa u otras emociones.

9 - 12 meses: Demuestran preocupación por las personas que los cuidan, son capaces de sentir temor hacia los extraños. Pueden comunicar sus emociones con más claridad.

12 - 18 meses: Exploran el ambiente, y poco a poco, presentan una mayor confianza hacia su medio.

18 - 36 meses: Los niños que empiezan a caminar se tornan ansiosos porque se dan cuenta de que se alejan de las personas que los cuidan. Mediante la fantasía, el juego y la identificación con los adultos, logran superar la conciencia de sus limitaciones.

Por otra parte, a partir del segundo año de vida el vínculo que mantiene el niño con ambos padres, juega un papel determinante en su desarrollo, así como la influencia que tienen los hermanos desde temprana edad, ya sea positiva o negativamente. También se establecen los primeros contactos con otros niños.

PRIMERA INFANCIA:

Durante la **Primera Infancia** (entre los 3 y 6 años) las relaciones del niño se amplían hasta la denominada familia básica. En esta etapa se fomenta la iniciativa o los sentimientos de culpabilidad. El niño posee una autonomía espontánea y deliberada. Se preocupa por el juego y muy poco por su autoimagen.

Esta etapa se caracteriza por los avances significativos en las destrezas motrices y en el desarrollo intelectual. Mejora el sistema circulatorio y respiratorio, la resistencia física y el sistema inmunológico.

En general, el estado de salud es bueno, aunque las principales influencias en la salud del niño están determinadas por la herencia, las características de la alimentación, el contacto con niños enfermos, las situaciones familiares (estrés y dificultades económicas), el cuidado físico y las características del medio ambiente. La mayor causa de muerte en los niños son las lesiones por accidente.

A continuación se presenta un resumen de las principales áreas y los cambios que afectan el desarrollo del niño durante esta etapa de crecimiento:

Cambio y crecimiento físico

El crecimiento físico aumenta de los 3 a los 6 años. Los niños son ligeramente más altos y pesados que las niñas. Los sistemas muscular, óseo, nervioso, respiratorio, circulatorio e inmunológico se encuentran madurando y aparece la primera dentición. El crecimiento y la salud dependen de la nutrición.

Salud

Las enfermedades menores ayudan a fortalecer la inmunidad ante las enfermedades graves y conllevan beneficios emocionales. Factores como el contagio con otros niños, estrés en el hogar, pobreza, falta de hogar y hambre aumentan el riesgo de enfermedad o lesiones.

Destrezas motoras

El desarrollo motor avanza rápidamente, los niños progresan en las destrezas de motricidad gruesa y fina, y en la coordinación ojo-mano.

Hacia los 6 años, los niños pueden atender muchas de sus necesidades personales. El desarrollo motor grueso está más influido por la maduración, mientras que el desarrollo motor fino lo está por el aprendizaje.

Desarrollo intelectual

Funciona mejor la habilidad de reconocer que la de recordar. El recordar es necesario para el procesamiento y uso de la información. La memoria está influida por la motivación, las estrategias de estudio, el conocimiento general y las interacciones sociales.

Según Piaget, el niño está en la etapa **preoperacional**. Debido al recuerdo, el pensamiento no se limita a los hechos del entorno, pero el niño aún no puede pensar en forma lógica.

La función simbólica aparece y se demuestra en la imitación, el juego y lenguaje simbólico, que permite al niño representar mentalmente a las personas, objetos y sucesos.

En la etapa preoperacional, los niños pueden comprender relaciones funcionales básicas y el concepto de identidad, pero confunden realidad y fantasía, no entienden la reversibilidad. El pensamiento del niño es mágico y egocéntrico, se cree el centro de todos los sucesos, que todas las cosas giran en torno a él, resultándole muy difícil ver las cosas desde otro punto de vista.

Desarrollo social y de la personalidad

Erikson sostiene que la principal crisis de desarrollo en la primera infancia es el logro del equilibrio entre la iniciativa y la culpa. Al resolver con éxito esta crisis se logra la virtud del propósito, que capacita al niño para emprender, planear y ejecutar actividades para alcanzar metas.

Los niños resuelven el complejo de Edipo y logran identificarse con el padre del mismo sexo. La teoría del aprendizaje social considera que la identificación se produce cuando el niño observa e imita a uno o varios modelos.

Los niños sienten temor ante objetos y eventos reales o imaginarios y los padres influyen en los hijos a través de las recompensas y castigos.

El juego es una actividad social y cognoscitiva. A través del juego los niños ejercitan las habilidades físicas, el crecimiento cognoscitivo y aprenden a interactuar con los demás.

SEGUNDA INFANCIA:

En la **segunda infancia** (entre los 6 y 11 años) el desarrollo del lenguaje simbólico, independiza en forma creciente al sujeto del mundo concreto de los objetos y le posibilita el desarrollo del pensamiento abstracto, la subjetividad y el sí-mismo. El manejo de la realidad interpersonal y del mundo de las cosas se ve facilitado por el desarrollo y la madurez intelectual. El ámbito de las relaciones interpersonales del niño se amplía en la escuela y en la vecindad. Surgen en él las ideas de competición y de cooperación con los demás, así como los sentimientos de superioridad o inferioridad.

Desarrollo físico

Por lo que respecta a los índices de crecimiento, durante esta etapa el peso del cuerpo del niño se duplica y crecen de cinco a ocho centímetros por año. Por otro lado, durante la infancia intermedia los niños necesitan altos niveles de carbohidratos complejos, ya que sus juegos requieren de mucha energía.

Desarrollo intelectual

Según Jean Piaget, entre los cinco y siete años de edad, los niños inician la etapa de las ***operaciones concretas***, que consiste en pensar con lógica acerca del aquí y el ahora. Los niños son menos egocéntricos que antes y más hábiles en tareas que exigen razonamiento lógico, tales como la conservación. La conservación consiste en reconocer que dos cantidades iguales de materia, permanecen idénticas en sustancia, peso o volumen hasta que se les añade o quita algo. Entre los 6 y 7 años, conservan la sustancia, a los 9 ó 10 el peso, y a los 11 ó 12, el volumen.

Desarrollo social y de la personalidad

Es preciso que los niños desarrollen el autoconcepto y, en este proceso, es sumamente importante la ayuda de los padres. El autoconcepto se define como el sentido de nosotros mismos, es decir, lo que opinamos de nosotros. Así pues, en la medida en que los niños desarrollen un autoconcepto fuerte, duradero y positivo, desarrollarán habilidades sociales, físicas e intelectuales que les permitirán verse como individuos valiosos para la sociedad.

Por lo tanto, la segunda infancia -también llamada infancia intermedia- es una época importante para el desarrollo de la autoestima y la construcción de una autoimagen o autoevaluación positiva.

Durante esta etapa es conveniente la resolución de la crisis de competencia, crisis que en el planteo de Erikson es fundamental para lograr una buena autoimagen. La competencia es la capacidad del niño para dominar habilidades y completar trabajos.

El grupo de pares es importante en el desarrollo de la personalidad, ya que los pares tienen algunos efectos positivos en la vida del niño: el desarrollo de habilidades de sociabilidad, el mejoramiento de las relaciones y la adquisición del sentido de pertenencia.

Las relaciones familiares sufren algunos cambios, ya que el niño pasa mucho tiempo fuera de su casa, a diferencia de lo que ocurría en etapas anteriores. Esto se debe a que ahora ocupa gran parte de su tiempo en la

escuela, con los amigos, los juegos, las clases extracurriculares, etc. Pero, un ambiente de amor, apoyo y respeto por parte de todos los miembros de una familia, brinda un excelente pronóstico para lograr un desarrollo saludable.

LA ADOLESCENCIA

La etapa de la **pubertad** y de la **adolescencia** se inicia cuando, en algún momento determinado biológicamente, la glándula pituitaria de una persona joven envía un mensaje a las glándulas sexuales, las cuales empiezan a segregar hormonas. Este momento preciso está regulado aparentemente por la interacción de los *genes*, la *salud* del individuo y el *ambiente*. La pubertad, entonces, se presenta como una respuesta a los cambios en el sistema hormonal del cuerpo de un individuo. Se caracteriza por cambios biológicos que señalan el fin de la niñez e incluyen el crecimiento repentino del púber, el desarrollo de las características sexuales secundarias (*señales fisiológicas de la madurez sexual que no involucran en forma directa a los órganos reproductores*) el comienzo de la menstruación de las mujeres, la presencia de semen en la orina de los varones, y la maduración de los órganos sexuales primarios (*los que se relacionan directamente con la reproducción*).

En la ***crisis del ciclo pubertad-adolescencia***, hay una reactualización del factor biológico que abruma la personalidad y provoca inestabilidad. La puesta en funcionamiento del sistema hipotálamo-hipofiso-gonadal induce una transformación somática con aparición de las características sexuales secundarias. Estos cambios generan confusión de la identidad física (autoimagen) y conflictos psicológicos y sociales.

Este período se inicia con cambios biológicos y fisiológicos en la pubertad que interactúan y se combinan con factores psicológicos y sociales. Surgen emociones diferentes, sensaciones nuevas y son características las fluctuaciones del humor que llevan al adolescente al desánimo, soledad, retraimiento, indiferencia, hiperactividad, impaciencia, optimismo injustificado, entre otros estados anímicos.

Desarrollo intelectual

Jean Piaget sostiene que a partir de los doce años aproximadamente es el inicio de la etapa del pensamiento de las ***operaciones formales***, etapa que puede definirse como el pensamiento que implica una lógica deductiva. La persona puede pensar en términos abstractos, enfrentar situaciones hipotéticas y reflexionar sobre posibles soluciones. Esta capacidad para entender y resolver problemas complejos se desarrolla gradualmente.

Desarrollo social y de la personalidad

Para Erikson el adolescente atraviesa un período conflictivo de madurez y adaptación, cuyo tema central es la ***búsqueda de la identidad***. La identidad es el *conjunto de características biológicas, psicológicas, y sociales que hace que un individuo se diferencie de quienes lo rodean*.

La crisis de la adolescencia lleva al sujeto a un proceso gradual de diferenciación en cuanto a su identidad individual. Es esta una etapa de transición y cambios que supone el pasaje de la dependencia del niño a la independencia del adulto.

Crisis y duelos del adolescente

- **Crisis de Identidad:** ¿Quién es él?
- **Crisis de Intimidad:** ¿Quién es el otro y cómo se relaciona con él?
- **Crisis de Participación:** ¿Cómo se integra a la sociedad?

Según Arminda Aberasturi el adolescente atraviesa por un triple duelo:

- ***Duelo por el cuerpo infantil:*** Construcción de una nueva imagen corporal.
- ***Duelo por la identidad y el rol infantil:*** Confusión de roles.
- ***Duelo por los padres de la infancia:*** Búsqueda de modelos y figuras idealizadas.

En un primer momento, el púber se caracteriza por un sensación de extrañamiento frente sí mismo. Percibe la pérdida de su cuerpo infantil, se encuentra perdido en un cuerpo que parece de otro, y al que no sabe cómo tratar. Se siente y se muestra torpe, avergonzado, confuso en lo que respecta a sus relaciones sociales. Surgen nuevas sensaciones que lo turban, lo confunden, lo asustan y lo tornan inseguro. Para defenderse de sí mismo reacciona agresivamente con los otros o utiliza mecanismos adaptativos (negativismo, egocentrismo) para sobrellevar la situación a la que se enfrenta.

En algunas ocasiones, los adultos dificultan aún más su confusión porque lo tratan como niño o bien como adulto ante diferentes situaciones. Esto hace que el adolescente rechace a sus padres, se rebele, critique y discuta refugiándose en su grupo de pares, en un intento de buscar apoyo y contención. Las pandillas y los líderes influyen notablemente en la consolidación de la propia identidad personal de este periodo. Se buscan ídolos a los cuales imitar, y como consecuencia de esta imitación, se producen

en el adolescente sentimientos de integración o aislamiento. Este es un período crítico de la relación social, ya que se pasa a un nivel más diferenciado, donde el afecto, la amistad, la solidaridad, o la rebeldía y el aislamiento se manifiestan según el grado de madurez alcanzado.

Ante la inminencia de su plena incorporación al mundo de los adultos - en el cual ha empezado ya a introducirse y que descubre plagado de nuevas exigencias- el adolescente se siente desconcertado en muchos momentos y sucumbe a la necesidad de encerrarse en sí mismo. El aislamiento, en muchos momentos, es una necesidad vital para el adolescente, quien necesita analizar críticamente su pensamiento y sus emociones.

La adolescencia es una etapa muy delicada y clave en el desarrollo de la personalidad. Va a regir la vida del adulto, su desarrollo social y emocional y el desenvolvimiento positivo en la sociedad.

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, y circunstancias sociolaborales, 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 viejo, la inacción y la desinserción social que de una verdadera involución orgánica. Por ello, es que el predominio de lo biopatológico que impone la declinación a las funciones físicas, puede ser atenuado con cambios socioeconómicos y culturales que aseguren y prevengan el exilio forzoso del hombre de edad avanzada.

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.

Alrededor del tema sexual existe una maraña de prejuicios, tabúes y verdades a medias. Por ello, durante siglos la sexualidad humana fue mantenida al margen en las consideraciones a cerca de la adecuación integral del hombre. La ausencia de una normativa ética y social en el comportamiento humano ha sido causa de graves consecuencias sobre la salud y el desarrollo armónico de la personalidad: carencias afectivas, violencia familiar, desviaciones sexuales, promiscuidad, etc.

La sexualidad de una persona depende de tres factores interrelacionados:

1. **Identidad sexual** en términos de masculino o femenino (macho o hembra). El Proceso de sexuación es complejo, en el sentido de que no es una elección ni decisión de ser hombre o mujer, sino que es una construcción a lo largo de la vida en la que convergen aspectos biológicos, psicológicos y culturales.
2. **Identidad de género**, es decir, la percepción de las cualidades de feminidad y masculinidad. La orientación sexual es una noción psicológica individual que implica que el sujeto tiene la convicción interior de pertenecer a uno de los dos sexos.
3. **Conducta sexual o comportamiento**, esto es, el individuo como hombre y mujer en la relación sexual. El rol sexual es una noción psicosocial que implica actitudes, comportamientos o conductas que permiten actuar en un contexto sociocultural de acuerdo a su sexo.

Conducta sexual madura

El adolescente es físicamente capaz 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 o autoestimulación, 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.

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.

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.

FUNCIONES PSICBIOLÓGICAS

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) 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.

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.

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.”

El objetivo de esta disciplina es analizar y relacionar las prácticas individuales con el estado de salud. Estudiar el comportamiento ligado al contexto de la salud y de la enfermedad desde una perspectiva evolutiva resulta imprescindible para comprender la naturaleza cambiante de las necesidades sanitarias así como las percepciones cambiantes de la salud y de la enfermedad a lo largo del ciclo vital.

PATRONES DE COMPORTAMIENTO Y PROBLEMAS DE SALUD

Se ha definido anteriormente a la personalidad como el modo habitual de ser, pensar, sentir y actuar. De acuerdo a este concepto, los patrones de comportamiento son aquellas conductas que caracterizan y distinguen el pensamiento, las emociones y la forma de actuar de los individuos.

Observaciones de Price (1982), llevaron a definir los patrones de conducta o comportamiento como *las predisposiciones de determinados sujetos en cuanto a sus actitudes y el modo de afrontar situaciones, condicionadas por la escala de valores en uso en una sociedad determinada*. Así, el patrón de conducta de un sujeto reúne rasgos de personalidad, actitudes, creencias, conducta manifiesta y una determinada activación psicofisiológica.

Se puede estudiar la personalidad de un individuo. Pero ello no va a indicar necesariamente cómo se va a comportar, ya que la personalidad es el reflejo de lo habitual pero no de lo excepcional. El comportamiento tiene una cara al exterior -que refiere al cómo nos ven los demás- y otra interior -o cómo nos vemos nosotros mismos.

Dentro de este campo tan amplio, hay diferentes modelos de conducta que, en algún caso, se ha relacionado con problemas de salud: **modelo conductual tipo A, tipo B y tipo C**.

Dentro de cada patrón de conducta se engloban una serie de características, actitudes y comportamientos que los diferencian entre ellos y que los relacionan con ciertas patologías.

- Patrón de comportamiento tipo A:

Corresponde a un conjunto de características y de síntomas acción-emoción que se da en personas que luchan por alcanzar objetivos en el menor tiempo posible y en contra de circunstancias adversas. Los sujetos a los que se

los denomina A corresponden a perfiles psicológicos donde predomina una respuesta excesiva. Con respecto al perfil psicológico (A, B y C), los individuos con patrón de conducta tipo A tienden a reaccionar con la vía autonómica, es decir, por la activación del sistema simpático adrenal.

Son sujetos propensos a la ira y la hostilidad. Exhiben hiperactividad e irritabilidad. Son ambiciosos, agresivos, hostiles, impulsivos, impacientes crónicos, tensos y competitivos, ya sea tanto con su medio ambiente como con ellos mismos. Sus relaciones interpersonales son problemáticas y con tendencia a la dominancia.

Las personas con este tipo de personalidad suelen ser muy activas y rápidas; seguras y atrevidas; impacientes e inconformistas; competitivas, agresivas y combativas; valientes y arriesgadas; protagonistas, autoritarias y líderes.

Además, tienen una gran implicación laboral y su forma de comportamiento está caracterizada por la impaciencia, tendencia competitiva, hiperactividad motora y un estado de alerta permanente. La personalidad tipo A presenta un estilo de vida caracterizado por una extrema competitividad, una motivación por el éxito, la agresividad, la impaciencia, el apresuramiento, la inquietud, la sensación de estar en desafío con la responsabilidad y el tener la sensación continua de falta de tiempo para todo.

Son personas enérgicas, que hablan con voz alta y con rapidez y que se muestran tensos e impacientes. Su vida gira en torno al trabajo, al logro y al éxito. Tienen una gran necesidad de control de su ambiente, lo cual los vuelve muy tenaces.

Estas personas tratan de probarse a sí mismas continuamente, midiéndose a través de sus logros. Por este motivo, emprenden numerosas tareas, tratando de destacar y triunfar en todas ellas. Dado que su valor personal depende para ellos de sus logros, suelen tener un gran temor al fracaso, pues lo consideran un indicativo de su falta de valor personal. Debido a que el logro y el éxito se vuelve una cuestión vital, se encuentran en una continua competición con los demás.

No es extraño que se encuentre a estas personas realizando dos actividades al mismo tiempo. Necesitan estar siempre ocupados, centrados en los resultados, en vez de en el placer que puedan obtener con la tarea que realizan. Les cuesta mantener la atención en un tema que no consideren de gran importancia, pues es una pérdida de su valioso y escaso tiempo. A menudo, están pensando en la solución de problemas que consideran de gran importancia, casi siempre relacionados con el trabajo, lo cual hace que presten

menos atención al mundo exterior y sean por este motivo más propensos a accidentes. En los periodos de inactividad o vacaciones se muestran inquietos.

En cuanto a las relaciones interpersonales, el individuo con este tipo de personalidad es problemático, dominante, provoca tensión y es agresivo. Numerosos estudios realizados en la década del 70 han demostrado que todas estas características pueden incidir desde el punto de vista sanitario, ya que tienen una relación directa con la prevalencia e incidencia de enfermedades del aparato circulatorio y con los factores de riesgo cardiovascular.

Se pueden correlacionar distintos factores de riesgo con el padecimiento de ciertas patologías. Así se habla del factor “prisa”, de la implicación en el trabajo y del comportamiento duro y competitivo. En cuanto al factor “prisa” se incluye el comer deprisa, el temple duro, la facilidad para irritarse, la impaciencia en las conversaciones, el hecho de apresurar a las personas.

Cuando se habla de trabajo hay que tener en cuenta que estas personas tienen una alta motivación, trabajan horas extraordinarias, afrontan trabajos importantes en tiempos límites y prefieren la promoción laboral a un aumento de sueldo. Son personas conscientes, responsables y serias y, sin duda, muy competitivas.

En 1957, dos cardiólogos, Rosenman y Friedman, del hospital Monte Sinaí, en San Francisco –California- desarrollaron un amplio trabajo sobre los aspectos psíquicos de la enfermedad coronaria, describiendo este estilo de comportamiento y concluyendo que constituye un factor de riesgo para la cardiopatía isquémica.

Con respecto a la ira y a la hostilidad, numerosos estudios muestran cómo ambas características son factores importantes que contribuyen a padecer trastornos de las arterias coronarias.

Las personas que sienten ira, pero son incapaces de expresarla de un modo adecuado y la reprimen, tienen una mayor probabilidad de tener trastornos coronarios. Un estudio realizado por Barefoot, Dahlstrom y Williams para medir la hostilidad mostró que las personas que puntuaban por encima de la media en la escala de hostilidad, tenían un promedio de mortalidad 6,4 veces más alto que los que puntuaron por debajo de la media. Es decir, tanto la ira reprimida como la hostilidad abierta, afectan negativamente a la salud, produciendo un mayor riesgo de enfermedad coronaria e hipertensión.

Las personas hostiles tienen episodios de ira con más frecuencia y se encuentran más a menudo en estado de vigilancia ante un medio que consideran amenazante u hostil. Esto da lugar a una serie de respuestas cardiovasculares y neuroendocrinas que contribuyen al desarrollo de la enfermedad.

Puede decirse entonces que los sujetos con patrón de conducta tipo A, con respuesta autonómica al estrés, poseen mayor predisposición a padecer patologías cardiovasculares por la activación de las catecolamina. A su vez, tienen con frecuencia elevado el colesterol LDL y disminuido el colesterol HDL y acumulan asimismo otros factores de riesgo, como obesidad, nicotínismo e hipertensión.

- *El patrón de comportamiento tipo B*

Es un tipo de personalidad que se caracteriza por la tranquilidad, la confianza, la relajación, la búsqueda del bienestar personal, la no competitividad, la satisfacción. Así, las personas con este patrón, suelen ser - por ser abiertas a las emociones, incluidas las hostiles- relajadas, serenas y tranquilas siempre; seguras y confiadas de sí mismas y de los demás; pacíficas y poco agresivas; equilibradas, inteligentes, razonables, comunicativas, con buena conexión social y emocional. Este modelo conductual no se ha relacionado hasta ahora con ninguna enfermedad.

- *Patrón de comportamiento tipo C:*

Las personas que se encuentran dentro de esta tipología suelen ser sujetos introvertidos, callados, inexpresivos y perfeccionistas, que interiorizan su respuesta al estrés; son pasivos, lentos, inseguros, retraídos, y desconfiados; generalmente, son pacientes, resignados y apacibles, extremadamente cooperadores y preocupados por los demás, sumisos y conformistas. Presentan gran inhibición emocional, ya que siempre están controlando las expresiones de hostilidad y están deseosos de aprobación social. En las relaciones interpersonales son más bien sumisos, con tendencia a la filiación, motivados principalmente por el deseo de agradar y con gran control de la hostilidad.

Los sujetos con patrón de conducta tipo C funcionan con la vía neuroendocrina, por lo que tienen estadísticamente mayor predisposición a sufrir reumas, infecciones, alergias, afecciones dermatológicas variadas e, incluso, cáncer; este último asociado a la inhibición inmunitaria de la que padecen en general estas personas.

Entre las características de estas personas se destacan la tendencia a la depresión, el negativismo, la desesperanza y la incapacidad para expresar las emociones negativas.

Las personas proclives al cáncer tienen una gran dificultad para expresar emociones de ira, agresividad y otras emociones negativas, mientras que expresan emociones positivas (amor, solidaridad, etc.) en exceso. Suelen ser amables, preocupados por agradar y se presentan imperturbables ante el mundo. Son personas que se describen a sí mismas como con tendencia a guardarse la ira dentro. Es decir, no es que no sientan estas emociones, pues las sienten en la misma medida que la mayoría de las personas, pero en vez de expresarlas de un modo asertivo y apropiado, tratan de ignorarlas y suprimirlas sin llegar a procesarlas correctamente ni a solucionar el problema.

Esta tendencia procede tanto de factores genéticos como de los patrones de interacción familiar, que llevan a una persona a aprender a reaccionar ante las dificultades, los acontecimientos estresantes o los traumas, suprimiendo la manifestación de sus necesidades y sentimientos. Así, suprimen sus propias necesidades en favor de las de las otras personas, las cuales sitúan por encima de las propias. Eso conlleva la eliminación de emociones negativas (enfado, ira, desagrado, injusticia, frustración, etc.) mostrándose sumisos, cooperativos y tranquilos.

En condiciones normales, cuando no existen acontecimientos especialmente estresantes, las buenas relaciones que logra tener con los demás, pueden compensar el malestar originado por la supresión de sus necesidades. Sin embargo, el bloqueo excesivo de la expresión de los sentimientos y necesidades tiene consecuencias negativas para la salud física y mental, sobre todo cuando los deseos o sentimientos que suprime son muy intensos (por ejemplo, en situaciones altamente injustas o estresantes).

Esto genera gran tensión interna y estrés, lo que origina emociones negativas ante las cuales reacciona del mismo modo, suprimiéndolas y mostrando una fachada de normalidad y autosuficiencia a pesar de sentir un gran desamparo. De hecho, pueden llegar a ignorar incluso síntomas físicos, así como sentimientos de soledad, tristeza, miedo, etc. Así, la persona comienza a sentirse deprimida, pero esta depresión no se debe a un acontecimiento concreto, sino que se debe a la sobrecarga acumulada de necesidades y sentimientos sin expresar.

Tanto la depresión como el desamparo o la desesperanza son capaces de reducir la función de las células NK y, de este modo, influir sobre la aparición, desarrollo y recurrencia del cáncer. Así mismo, este

comportamiento puede inducir a una persona a la realización de conductas de riesgo para el cáncer, como el consumo de alcohol y tabaco.

La tendencia a la evitación emocional presenta las siguientes características:

1. Evitación de situaciones que producen emociones negativas.
2. No expresión de las emociones negativas a otras personas, con lo cual se intensifican estas emociones.
3. No afrontar los acontecimientos conflictivos.

La evitación emocional también puede estar relacionada con una menor tendencia a detectar síntomas físicos, los cuales también desea ignorar. Esto retrasa la búsqueda de ayuda médica y, por tanto, produce un retraso en el diagnóstico y tratamiento del cáncer.

A niveles biológicos, la tendencia a la evitación emocional produce una disminución de la actividad del sistema simpático adreno-medular, lo cual parece ir asociado a un funcionamiento más pobre de las células NK, que contribuiría al inicio, progresión o desarrollo del cáncer.

También hay que tener en cuenta la intervención de otros elementos inmunológicos, como los linfocitos T, el interferón y algunos péptidos y, a su vez, ha de tenerse en cuenta la relación existente entre el sistema neuroendocrino y el inmunológico (la relación entre estrés y depresión del sistema inmunitario), lo cual complica las vías de investigación de la influencia de las variables psicológicas en la iniciación, evolución y recurrencia del cáncer.

En conclusión, todas estas diferencias, actitudes, estilos de vida, comportamiento, modos de enfrentarse al día a día, se relacionan íntimamente con ciertos riesgos para la salud. No cabe duda de que un individuo con la personalidad tipo A presenta más riesgo de padecer enfermedades como el infarto de miocardio, la angina de pecho, las arritmias, la hipertensión, etcétera. Y en el lado completamente opuesto están los individuos con personalidad caracterizada por la inhibición social, la negatividad, que se relaciona con patologías como la depresión y un aumento significativo en el número de suicidios y patologías oncológicas.

PATRONES DE CONDUCTA Y PROBLEMAS DE SALUD

PATRONES DE CONDUCTA	CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS	RELACIONES INTERPERSONALES	RIESGOS PATÓGENOS
TIPO A	Hiperactivo, rápido, impaciente, hostil, competente.	Problemática, dominancia, tensión, agresión.	Enfermedades cardiovasculares, hipertensión, entre otras.
TIPO B	Relajado, tranquilo, confiado, atento a la satisfacción o bienestar personal.	Tranquilas, expresión abierta de emociones, incluso el hastío.	No detectado
TIPO C	Inhibición emocional, deseo de quedar bien, pasiva, conformista, cooperadora, no asertiva.	Sumisos, deseo de agradar y filiación, control de hostilidad.	Reumas, infecciones, alergias, afecciones dermatológicas, cáncer.

MECANISMOS DE DEFENSA Y REACCIONES PSICOLÓGICAS

Se denominan mecanismos de defensas a aquellas acciones o *conductas adaptativas* que un individuo pone en marcha frente a pulsiones instintivas y/o exigencias de la realidad que amenazan su estabilidad, autoestima y las posibilidades de afirmación y crecimiento personal. Estas defensas actúan, disminuyendo los estados de ansiedad y angustia, en forma casi automática o inconsciente.

Si bien todas las personas usan constantemente una serie de mecanismos defensivos, el uso rígido y frecuente de un mecanismo de defensa por parte de un individuo puede tornarse patológico.

Los mecanismos de defensa más importantes son:

- ❖ **Negación de la realidad:** *El yo se protege de hechos dolorosos no reconociendo su existencia.*
- ❖ **Aislamiento emocional:** *Evitar el compromiso del yo con pasividad como protección. Se despoja el contenido mental de su carga afectiva*
- ❖ **Formación reactiva:** *Se impide que deseos peligrosos se manifiesten, exagerando actitudes y tipos de conducta opuesta.*
- ❖ **Identificación:** *Es la internalización de cualidades, gestos, emociones de otra persona o grupos de pertenencia.*
- ❖ **Intelectualización:** *Desviación emocional de un hecho examinándolo desde un punto de vista general e impersonal*

- ❖ **Proyección:** *Se atribuye a los otros los propios deseos o impulsos inaceptables.*
- ❖ **Racionalización:** *El sujeto intenta una justificación o explicación socialmente aceptable de su conducta.*
- ❖ **Regresión:** *Retrocesos a niveles psicoevolutivos anteriores que suponen respuestas menos maduras.*
- ❖ **Sublimación:** *Transformación de un impulso instintivo en un valor culturalmente aceptado.*
- ❖ **Desplazamiento:** *Descarga de hostilidad hacia una persona u objeto en lugar de la que originó esa emoción por ser menos peligrosa o comprometedora.*

Reacciones psicológicas ante la enfermedad

Ante un diagnóstico de enfermedad, el individuo responde con diferentes conductas que tienen por objeto adaptarse a esta nueva situación que debe enfrentar y que –obviamente- viene a desestabilizar a la persona en su totalidad. Estas conductas, son consideradas como reacciones psicológicas defensivas ante la vivencia de enfermar.

Las reacciones psicológicas que el paciente tenga ante la enfermedad son muy importantes para el profesional de la salud. Esto es así, porque la enfermedad va a ser una vivencia que queda -de modo consciente o inconsciente- grabada en el individuo que la padece, dejando en él una huella. Esta vivencia es una reacción psicológica suscitada por una experiencia intensamente vivida.

La vivencia de la enfermedad está cargada de múltiples factores. La persona vive a la enfermedad como una situación de imposibilidad de realizar y satisfacer sus necesidades. La enfermedad se corresponde con una conducta frustrante que genera displacer psíquico, porque el ser humano la vivencia y percibe como algo que le genera:

1. Invalidez, porque lo bloquea y paraliza.
2. Molestias, dolor físico y psíquico.
3. Amenaza, aislamiento.
4. Anomalía, porque siente que no es igual que los demás y no puede realizar lo que los demás.
5. Temor al dolor.
6. Ruptura del proyecto existencial.

La enfermedad se va a involucrar en la vida del individuo en función del tipo de enfermedad. Según sea una patología aguda o crónica, variará el pronóstico y evolución. También la edad va a influir, pues en cada etapa de la vida la enfermedad será vivida de distinta forma. El sexo también influye,

pues según sea masculino o femenino, se generará una situación diferente alrededor del sujeto y de su enfermedad.

La enfermedad de un miembro de la familia genera una modificación y crisis del sistema familiar en su totalidad. La respuesta de la familia a esta situación puede dar lugar a reacciones de disfunción, que conducen a situaciones de vulnerabilidad familiar. Se dan también reacciones de impacto.

Cuando se está ante enfermedades de naturaleza crónica, el proceso de adaptación va a tener una serie de implicaciones, que no tienen por qué ser reacciones psicológicas permanentes, pues si se controla la enfermedad y se recupera “la salud” normalmente se vuelve a recuperar el estado psicológico anterior.

En general, las reacciones psicológicas se relacionan con conductas de naturaleza regresivas. La **regresión** se refiere a la aparición de conductas infantiles que no se corresponde con la edad cronológica. El sujeto se infantiliza y exhibe rasgos infantiles. Estas conductas son motivadas por la propia enfermedad, pues una persona sana -con un rol activo- pasa a ocupar un rol pasivo, debido al estado de dependencia que genera la enfermedad y al entorno hospitalario, medio en el que pierde su identidad, pasando a ser un número u objeto de cuidados. La regresión puede aparecer en cualquier etapa del proceso y puede manifestar de diferentes modos:

- ⇒ **Pasiva o Dependiente:** al dejar el rol activo y pasar al rol pasivo, la persona deja de ser ella misma y depende de los demás.
- ⇒ **Rebelde y agresiva:** el enfermo se vuelve caprichoso y rebelde, pierde su identidad y se convierte en objeto de cuidados. Se materializa como una persona adulta, irritable, que dificulta las tareas de los profesionales. Se niega o cuestiona la alimentación y los medicamentos. Puede tener miedo a quedarse solo, abandonar hábitos de higiene, acusar al entorno de no esforzarse en su cuidado, llamarlos incompetentes y tener baja tolerancia a la frustración.

Otros mecanismos que constituyen reacciones psicológicas como respuestas del individuo ante la enfermedad son los siguientes:

- ⇒ **Inculpción:** Implica mecanismos autopunitivos y se da cuando el paciente se siente culpable de su enfermedad. Se aísla y se deprime. Estas manifestaciones son frecuentes en pacientes con SIDA.
- ⇒ **Evasión:** Este mecanismo es utilizado como medio para escapar de las dificultades de su vida. El paciente, exagera los síntomas y minimiza

los efectos del tratamiento. Algunas personas viven su enfermedad como algo insoportable y se refugian en conductas adictivas, como ser, en el alcohol y las drogas.

- ⇒ **Retracción:** Es el estrechamiento del horizonte del enfermo, implicando la ruptura de lazos con su medio social. Este mecanismo se puede interpretar como una situación legítima para evitar experiencias desagradables. A través de la enfermedad el paciente intenta la evasión del problema y rompe lazos familiares o sociales que le son desagradables. Por ejemplo, no se llevan bien con la familia de su marido y mandan que el médico no aconseje visitas.
- ⇒ **Negación de la Realidad:** Se niega la enfermedad o se resta importancia a la misma. La negación puede ser parcial o total. Se produce generalmente ante el diagnóstico del médico, constituyéndose así en un obstáculo para el tratamiento rápido de la enfermedad. Pero también aparece después del diagnóstico. Es frecuente en pacientes con cáncer y trastornos coronarios. Con esta reacción el paciente disminuyen su nivel de ansiedad; y es en este sentido que tiene una función protectora. Un ejemplo de negación parcial se manifiesta cuando diagnóstico dado por el médico es tuberculosis y el paciente afirma que tiene catarro. Ejemplo de negación total es cuando el paciente, ante un diagnóstico de cáncer sostiene que no tiene nada.
- ⇒ **Entrega a la enfermedad:** Es el caso de aquellos pacientes que viven la enfermedad como un castigo merecido y justo; o bien, los que intentan obtener beneficios de su enfermedad buscando la liberación de responsabilidades y exigen ayuda externa. Por ejemplo, en casos de accidentes laborales.
- ⇒ **Reacción de Ansiedad:** Desde el punto de vista clínico es una emoción compleja, difusa y desagradable que se expresa con sentimientos de temor, tensión, emoción y cortejo somático. La ansiedad se acerca al miedo pero se diferencian en que éste es un sentimiento producido por un peligro presente o inminente y la ansiedad es la anticipación del peligro, de causa vaga y menos comprensible. En el temor identificamos la amenaza, en la ansiedad no.²⁴

La ansiedad se manifiesta por:

1. **Niveles Cognitivos:** Sentimientos de aprensión, tensión emocional, miedo, dificultad para superar problemas por baja autoestima.

²⁴ Esta temática será ampliada en la asignatura Medicina Psicosocial.

2. *Niveles Fisiológicos*: Actividad del Sistema Nervioso Autónomo SNA (aumento de pulsaciones cardíacas, de la tensión arterial, palpitaciones), sistema cardiovascular, alteraciones en aparato respiratorio (hiperventilación) y sistema muscular.
3. *Nivel Motriz*: Es resultado de la interacción de los niveles fisiológicos y cognitivos. Se caracteriza por la aparición de temblores, tartamudeo, no poder hablar, pánico, entre otros.

La percepción subjetiva de la enfermedad

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 (*Osterweis, Kleinman, Mechanic 1987*). Como parte de los sistemas de significados y normas sociales, el “sentirse enfermo” está fuertemente influido por la cultura (*Kleinman, Eisenberg y Good 1978*).

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 (1960, 1962, 1972, 1995) para ser aplicado al componente subjetivo de cada episodio de enfermedad. Mechanic 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.

Antes de ampliar la conceptualización del “sentirse enfermo” es necesario definir la palabra enfermedad. Enfermedad es un concepto que proviene de la ciencia biomédica y se refiere al mal funcionamiento de procesos psicofisiológicos y biológicos y a deformaciones anatómicas objetivas (*Ford 1983; Kleinman, Eisenberg y Good 1978*). Los médicos buscan una

explicación orgánica de la enfermedad basados en el concepto biomédico de la misma. Este enfoque es limitado dado que excluye condiciones en las cuales, aunque no existen problemas orgánicos evidentes, los pacientes continúan sintiéndose mal y persisten en la búsqueda de atención médica. Es el caso de los pacientes rotulados somatizadores, quienes se perciben estando enfermos, teniendo un problema físico u orgánico. Lo anterior significa que la enfermedad evaluada médicamente es sólo un aspecto de malestar del cuerpo. Como lo ha planteado Ford (1983), la experiencia de la enfermedad es lo que lleva a la persona a la búsqueda de un médico.

Los conceptos de “*sentirse enfermo*” y “*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*”; esta es, en algunos casos, la situación del recurrente 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. Se podría sugerir que los pacientes recurrentes somatizadores no se encuentran satisfechos con el tratamiento recibido o que hay algo que ellos buscan (por ejemplo, apoyo afectivo) que no logran alcanzar a través de las visitas continuas al servicio médico.

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.

La misma enfermedad puede crear reacciones subjetivas diferentes y dificultades funcionales (Barsky 1979; Katon y otros 1983). Esto significa que “estar” y “sentirse” bien es más que tener o no tener una enfermedad orgánica específica. Pareciera que, en el caso particular de algunos pacientes somatizadores, la sola anormalidad es la intensidad en sí misma de las quejas

y el rechazo del paciente a aceptar la confianza del médico y las explicaciones de que no existe enfermedad alguna.

La experiencia subjetiva de enfermedad está influida por factores socioculturales. Es el contexto sociocultural en el cual el sujeto vive que le da guías en términos de qué hacer cuando siente dolor o disconformidad, de cómo expresar estos sentimientos verbalmente y no-verbalmente, de quién requerir ayuda y de lo que se espera de los roles y normas que deberían ser tomadas en cuenta para comportarse de acuerdo a las prescripciones de la cultura. En este sentido, cada cultura tiene su propio “*lenguaje del dolor*”; en algunos grupos se espera una expresión emocional del dolor y la disconformidad pero, en otros, lo opuesto (*Kleinman 1982,1986*). Existe evidencia que en algunos contextos la somatización -entendida como la expresión aprendida de problemas psicosociales en el lenguaje del cuerpo y la disconformidad que resulta de estos problemas- está socioculturalmente sancionada. El uso del cuerpo como un medio de comunicación de los problemas diarios (con la pareja, hijos, trabajo, desempleo, adicción a las drogas, abuso sexual y otros) no sólo es un método aceptable sino que, al mismo tiempo, es la forma más efectiva de obtener ayuda.

La somatización llega a ser una conducta normal y el modo creado y positivamente sancionado por el grupo en el intento de adaptar el sí mismo al medio ambiente sociocultural.

Existe una definición social y cultural de los síntomas en cada contexto sociocultural en que cada ser humano vive. Esta definición es aprendida a través del proceso de socialización. Durante este proceso cada persona es enseñada acerca de las posibles causas de las enfermedades, las expectativas de rol de su familia y de los proveedores de salud y las normas sociales que definen su conducta en la situación de enfermedad.

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 (*Mechanic, Kleinman y Osterweis 1987*). En este proceso cognitivo los síntomas del cuerpo son interpretados, y el individuo les atribuye significados específicos (*McHugh y Vallis 1985*).

Helman (1984) se refiere a ocho experiencias subjetivas en el proceso de llegar a enfermar:

1. Cambios percibidos en el cuerpo. (*Por ejemplo, pérdida de peso*).
2. Cambios en el funcionamiento normal esperado del cuerpo. (*Por ejemplo, períodos menstruales más cortos o más largos*).
3. Emisiones del cuerpo inusuales. (*Ejemplo: esputo*).
4. Cambios en la función límbica. (*Ej.: Parálisis*).
5. Alteraciones en los principales sentidos (*Ej.: falta de olfato*).
6. Síntomas físicos no confortables. (*Ej.: dolor de espalda*).
7. Estados afectivos inusuales (*Ej.: depresión, ira*).
8. Alteraciones conductuales en la relación con otros. (*Ej.: conflictos frecuentes con la pareja*).

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.

EL Dr. Arthur Kleinman²⁵ (1980) introdujo el término “*modelo explicatorio*”, para referirse a las ideas y creencias concernientes a la enfermedad y al tratamiento empleadas por aquellos implicados en el proceso clínico.

Los modelos explicatorios proveen las explicaciones sobre la etiología de la enfermedad, su curso y el modo de inicio de los síntomas, los procesos patofisiológicos implicados, la historia natural de la enfermedad, la severidad de la misma y el tratamiento adecuado para enfrentar la condición (Helman 1984).

El modelo explicatorio del paciente no tiene nada que ver con el modelo explicatorio biomédico: el primero es impreciso, ambiguo, con múltiples significados, no permanente y combina las experiencias pasadas con ideas; mientras que el último se basa en la ciencia, sólo cambia ante nuevas

²⁵ El Dr. Arthur Kleinman introdujo el término «modelo explicatorio» para referirse a las ideas y creencias concernientes a la enfermedad. Desde una perspectiva teórica, en la antropología médica norteamericana se reconocen tres dimensiones de la enfermedad: “*disease*” (o enfermedad propiamente dicha) se refiere a la anomalía en la estructura y función del órgano o sistema de órganos.; “*illness*” (padecimiento) corresponde a las percepciones y experiencias de ciertos estados devaluados socialmente, incluyendo (pero no limitándolo) a la enfermedad; por último, “*sickness*” es utilizada para designar un término general que comprende las dos dimensiones anteriores, es decir, la enfermedad y el padecimiento (Kleinman, A. *Patients and Healers in the Context of Culture*. Berkeley: University of California Press. (1980, 1988).

evidencias, el conocimiento acumulado sobre una específica entidad y está continuamente siendo contrastado con nuevas evidencias.

Así como el darse cuenta subjetivo de la experiencia de estar enfermo se lleva a cabo en un marco socio-cultural específico, al mismo tiempo debe existir un acuerdo entre las percepciones del sujeto y las percepciones y definiciones de aquellos que se encuentran alrededor de él. Consecuentemente, está socialmente definido qué señales o síntomas serán considerados normales y cuáles anormales. Al mismo tiempo, la definición social ayuda a dar sentido a las sensaciones físicas y emocionales difusas introduciéndolas en patrones, los cuales son reconocibles para la persona que se siente enferma y para aquellos que lo rodean. Por tanto, el llegar a estar enfermo es un proceso social; implica una rotulación social y es ésta definición social del estado de la persona que le permite comportarse como un individuo enfermo.

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.

El rol de enfermo es un concepto definido por el sociólogo Parsons (1951) para indicar las expectativas sociales (deberes y derechos) atribuidos a la persona enferma. Estas expectativas son:

1. Relevación de las responsabilidades diarias.
2. Búsqueda de ayuda competente con el fin de resolver los problemas de salud.
3. Conducta colaborativa para abandonar el rol de enfermo lo más pronto posible.

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.

Dado que el médico y el paciente no siempre provienen de similares grupos socioculturales, puede existir un desacuerdo entre sus «modelos explicatorios». Este hecho resulta en un abandono del tratamiento, falta de compromiso del paciente, insatisfacción del paciente y busca reiterada de nuevos médicos, todo lo cual representa una carga para el sistema de salud tanto como una frustración y pérdida de tiempo para el médico.

CRITERIOS DE SALUD MENTAL

¿Normalidad psíquica o salud mental?

El término normalidad hace referencia a algo ajustado a una “norma”, “regla” o “patrón”. La normalidad somática se establece mediante un criterio estadístico. Las variaciones de los estándares biológicos son mínimas para los distintos individuos de la especie humana. Ello permite generalizar los datos de observación, de técnica de diagnóstico biofísico y de terapéuticas bioquímicas utilizadas en enfermedades somáticas: infectopatías, enfermedades del metabolismo, cardiopatías, etc.

En el campo de la psicología humana el criterio estadístico aplicado al análisis de la personalidad ha sido intensamente utilizado por las corrientes de la psicología experimental, de la psicología social y por el conductismo. No obstante, su valor es relativo y de aplicación limitada. La dificultad de utilizar el criterio estadístico para calificar la normalidad psíquica surge de la naturaleza humana, que se coloca en una dimensión sociocultural y espiritual, dimensión que le otorga una singularidad alejada de la regularidad y la previsibilidad propias de las demás formas de vida. El ser humano es un ser libre, con capacidad para optar y elegir; por ende, posee conciencia de sí y de su realidad.

Desde el punto de vista de la salud pública, es más operativo utilizar el criterio de **salud mental**, para lo cual es necesario no sólo atender a las manifestaciones observadas de la conducta, sino indagar a través de la comunicación y el diálogo clínico las motivaciones personales de una determinada conducta que resulta “anormal” o inesperada.

Frente a una supuesta alteración psicológica o psiquiátrica se tendrá en cuenta la coherencia, congruencia o el carácter extraño e incomprensible (Jaspers) de una determinada forma de actuar o pensar.

<p>La Organización Mundial de la Salud establece que Salud Mental es “<i>La capacidad de los individuos para mantener relaciones armónicas con los</i>”</p>
--

otros y participar en modificaciones de su ambiente social y físico y contribuir a él de modo constructivo”.

Así, la salud mental, está relacionada con las experiencias de intercambio afectivo entre las personas y las posibilidades de éstas para desarrollar sus potencialidades.

El concepto de salud mental es un constructo, esto quiere decir algo sujeto a variabilidad. Así, la salud mental se vincula con la noción del desarrollo óptimo del individuo dentro de su entorno, teniendo en cuenta su edad, capacidad innata, condiciones de vida y cultura.

De modo más preciso, se puede definir la salud mental como la capacidad del individuo para:

- Establecer relaciones con los demás.
- Participar de forma constructiva en las modificaciones del entorno.
- Resolver de manera adecuada sus potenciales conflictos.
- Reestablecer el equilibrio ante situaciones problemas o ante crisis vitales.
- Sentirse bien consigo mismo (autorrealización, desarrollo personal).
Aceptarse como uno es.
- Desarrollar su personalidad, integrando sus pulsiones instintivas dentro de las realizaciones sociales.

Referencias Bibliográficas:

- **Allport G. W.** *Psicología de la Personalidad*. Paidós. 1970
- **American Psychiatric Association** *DSM-III-R. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Third Edition-Revised), 1987.
- **Balint, Michael.** *The Doctor, His Patient and the Illness*. International University Press, Inc. New York, 1957.
- **Barsky, Arthur.** *Patients who Amplify Bodily Sensations*. En *Ann Intern Med* 1979; 91, 63-.
- **Bass, C. and Benjamin, S.** *The Management of Chronic Somatisation*. En *Br J Psychiat* 1993; 123:472-480.
- **Bertolasi C. y A. Ramos** “*Cardiología Actual V*” Primera Edición, Argentina, Perfil, 1995.
- **Bleger, J.** *Psicología De La Conducta*”. Edit. Paidós. Bs. As. 1973
- **Bridges, K.; Golberg, D.; Evans, B.; Sharpe, T.** *Determinants of Somatization in Primary Care*. En *Psychol Med*, 1991; 473-483.
- **Brodsky, Carroll.** *Sociocultural and Interactional Influences on Somatization*. En *Psychosomatics* 1984. , 25, 673-680.
- **Canino, I; Rubio-Stípec, M.; Canino, g.; Escobar, J.** *Functional Somatic Symptoms: A Cross-Ethnic Comparison*. En *Am J Orthopsychiat* 1992; 64,605-612
- **Davini; Salluzzi; Rossi.** *Psicología general*. Ed Kapeluz
- **Enciclopedia Médica** *El gran libro de la salud 2'* Edición, México, Editorial Reader's Digest, 1995.
- **Engelmayer Otto.** *Psicología Evolutiva de la Infancia y de la Adolescencia*. 1970. Buenos Aires. Editorial Kapelusz.
- **Erikson, E.** *Identidad juventud y crisis*. Ed Taurus
- **Erikson, E.** *Infancia y sociedad* Ed. Horme, Buenos Aires, 1980
- **Fahrer, Rodolfo, A. Magrás** “*Temas de psicología médica*” Primera Edición, Buenos Aires, Editorial C.T.M. Septiembre 1986.
- **Florenzano, Ramón** et al. *Frecuencia de Síntomas Emocionales en la Atención de Salud: su Diagnóstico y Manejo por parte de los Médicos Generales*. En *Corporación de Promoción Universitaria (CPU)*. Serie Documentos de Trabajo, No. 48, Septiembre, 1992.
- **Goleman, Daniel** “*La inteligencia emocional*”, Primera Edición, s/l. Javier Vergara Editor, Septiembre 1996.
- **González Barón M.** “*El objeto de la medicina paliativa*” en *Tratado de Medicina Paliativa y Tratamiento de Soporte en el Enfermo con Cáncer*. Ed. Médica Panamericana, Madrid, 1995.
- **González Barón M., Jalón J.J. y Feliú J.** “*Definición del enfermo terminal y preterminal*” en *Tratado de Medicina Paliativa y Tratamiento de soporte en el enfermo con cáncer*. Ed. Médica Panamericana, Madrid, 1995.
- **Grimberg, I. Y Grimberg, R.** “*Identidad y Cambio*” Vol. 1 Primera Edición. Bs. As. Editorial Kargieman, 1971.
- **J. Stone y J. Church.** *Niñez y Adolescencia*. 1973. Buenos Aires. Ediciones Hormé.
- **Kleinman, Arthur** *Culture, Illness, and Care. Clinical Lessons from Anthropologic and Cross-Cultural Research*. En *Ann Intern Med* 1978; 88,251-258.
- **Kleinman, Arthur** *Social Origins of Distress and Disease*. Yale University Press. USA, 1986.
- **La Planche y Pontalis,** *Diccionario de psicoanálisis*. Ed. Labor, 1971
- **Lazarus Richard,** “*Estrés y procesos cognitivos*”, Barcelona, Martínez Roca, 1986.

- **Mechanic, David.** The Concept of Illness Behavior. En J Chronic Dis 1962; 15,189-194.
- **Mechanic,D.** Social Psychologic *Factors Affecting the Presentation of Bodily Complaints*. En N Engla J Med 1972; 286,1132-140.
- **Papalia, D., Wendkos, S.** *Desarrollo Humano*. Editorial Mc Graw Hill 1997
- **Papalia, Diane.** *Psicología del desarrollo de la infancia a la adolescencia*. Editorial Mc Graw Hill 3ra. Edición.
- **Papalia, Diane.** *Psicología del desarrollo*. Editorial Mc Graw Hill 7ma. Edición
- **Parsons, Talcott** *The Social System*, Glencoe, Illinois: *The Free Press*, 1951.
- **Piaget, J.** *Psicología del Niño*. Ed. Morata. Madrid, 1981
- **Sender Rosa,** “*Personalidad y riesgo de enfermar*”, *Estrés*, vol. 2, 1, 1991.
- **Singer Peter,** “*Repensar la vida y la muerte*” Ed. Paidós, 1997.
- **Valdés Manuel y T. De Flores,** “*Psicobiología del estrés*”, Barcelona, Martínez Roca, 1985.
- **Valdés Manuel,** “*Estrés y cardiopatía coronaria*”, Barcelona, Alamex, 1988.

UNIDAD V

MEDICINA Y SOCIEDAD ***Nociones básicas de Sociología***

FUNDAMENTACIÓN

“Esta unidad está pensada para estudiantes que se aproximan a la temática desde otra disciplina; 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”²⁶.

Para analizar en toda su complejidad los procesos de salud-enfermedad resulta fundamental conocer el escenario donde se desarrollan, sea en el caso de la salud individual, tanto como familiar y comunitaria/poblacional, debido a que estos procesos conforman un espectro único y se encuentran en constante interrelación.

El escenario al que se hace referencia está constituido por la sociedad y por los factores que interjuegan en ella, tales como la posición de los sujetos en la trama social, las formas de organización social, las instituciones como ámbitos normativos y de expresión de la cultura, el sistema social y los factores que favorecen su estabilidad y cambio (movimiento dinámico).

El conocimiento de aspectos macro y micro sociales en el que se analizará la estructura y dinámica de la población, favorecerá a los futuros profesionales de la salud la identificación de diferentes modalidades de respuestas sociales que influyen directamente en las condiciones de salud de los sujetos y las poblaciones. La Sociología aportará a los estudiantes contenidos básicos para el estudio de la epidemiología y del proceso de vigilancia epidemiológica (temáticas que son abordadas en otras asignaturas), como así también, favorecerá la contextualización de la práctica 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-

²⁶ Arceguet Lucrecia S. “Sociología para no sociólogos”. Ed. De la campana ,2004.

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 interjuegan 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.

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.

Algunos de los métodos utilizados por la sociología son: la revisión de fuentes escritas, las entrevistas, la observación de campo, la observación participante, 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 microsociales 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 clínica²⁷, que estudia la enfermedad como fenómeno individual y personal- y las implicancias en la dinámica familiar y en las acciones del equipo de salud.

El desarrollo humano acontece en un contexto o marco social a partir de las primeras experiencias interpersonales del neonato con su madre biológica o cuidador, de las relaciones intrafamiliares y de las experiencias de crecimiento, socialización y aculturación a través del aprendizaje social. En este discurrir de la parábola vital, el hombre toma contacto con los factores que perturban su equilibrio, preparan y desencadenan los estados de enfermedad. La comunidad²⁸ -supuestamente sana- en la cual vive y convive, contiene componentes de la denominada tríada ecológica: agente agresor, medio ambiente físico y social y huéspedes. Los huéspedes son personas con niveles de salud y grados diversos de vulnerabilidad frente a las noxas, es decir, frente a factores productores de enfermedad.

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.

Las enfermedades son siempre una realidad social. Por las razones mencionadas, el médico es un profesional implicado en una práctica social y la medicina una profesión biopsicosocial.

²⁷ En este sentido, la Clínica Médica se sirve más de la Psicología Individual y Social.

²⁸ **Comunidad:** grupo o conjunto de personas que comparten elementos en común, tales como un idioma, costumbres, valores, tareas, visión de mundo, edad, ubicación geográfica (un barrio), status social, roles, etc. Por lo general en una comunidad se crea una identidad común, mediante la diferenciación de otros grupos o comunidades (por ejemplo: en función de individuos que viven fuera de su patria -comunidad libanesa-, minorías étnicas o religiosas -comunidad judía o musulmana en un país mayoritariamente cristiano-, en grupos constituidos voluntariamente -comunidad de jubilados, etc.), que es compartida y elaborada entre sus integrantes y socializada. Si bien uno de los propósitos de una comunidad puede ser unirse alrededor de un objetivo en común, basta una identidad en común para conformar una comunidad sin la necesidad de un objetivo específico.

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.

EL AMBIENTE SOCIAL DEL HOMBRE

Sociedad Humana

La sociedad es una agrupación de individuos que viven en un espacio geográfico definido, que comparten valores y una historia común, y que desarrollan en su seno la totalidad de su vida, estableciendo un sistema de relaciones que le es propio.

Partiendo de la base de que la persona-social es la que integra la sociedad, podemos definir a la sociedad como:

“... la estructura de grupos organizados, interconectados entre sí, que viven en un territorio, actúan con la finalidad de satisfacer necesidades colectivas y comparten una cultura común”.²⁹

Mediante el ***proceso de socialización*** -básica y secundaria- los individuos se transforman paulatinamente en miembros de una sociedad, es decir, devienen en sujetos sociales.

Este proceso consiste en la internalización por parte del sujeto, de costumbres, valores, normas y relaciones sociales del medio social al que pertenece. Al mismo tiempo, es también un proceso de transmisión de conocimientos y de habilidades por parte de los agentes socializadores que aseguran la continuidad y la reproducción de la vida social.

Durante los primeros años de vida, los seres humanos son indefensos y su vida depende del cuidado de los adultos; sin ese contacto las personas no

²⁹ Kechichian, Roberto “Sociología” Ediciones Polimodal. 1999.

se desarrollan plenamente como seres sociales, porque los daños causados por el aislamiento y la privación son irreparables.

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**. 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.

Resumiendo...

La vida social constituye un complejo entramado de interacción a nivel de individuos y grupos. Las distintas agrupaciones se mueven principalmente por las decisiones de ciertas personas que gozan de mayor rango dentro de los distintos grupos y que influyen en los demás desde su privilegiada situación social.

Los grupos son unidades colectivas reales, parciales, observables, fundadas sobre actitudes colectivas continuas y activas, que tienen que realizar una labor común. Tales actitudes, acciones y comportamientos constituyen un cuadro social estructurable, con tendencia a la cohesión de las manifestaciones de sociabilidad.

La organización social se nos presenta, en ocasiones, con muchos puntos vulnerables. El supuesto "equilibrio" puede romperse a cualquier nivel, afectando el desarrollo de una determinada sociedad.

El marco institucional

Habitualmente se entiende por ***institución*** a cualquier organización o grupo social que, con unos determinados medios, persigue la realización de unos fines o propósitos.

Las instituciones son ámbitos normativos de la realidad social en cuyo seno se aprenden, adoptan y actúan los roles que se consideran legítimos, apropiados o esperados según el consenso social de una determinada cultura (expectativa de rol).

Toda institución tiene un soporte material en la realidad social: un espacio físico, lugar en el que funciona o se manifiesta: hospital, templo, oficina, etc. La institución prescribe las formas de organización y desempeño de los individuos para el cumplimiento de sus fines. Dichos fines dan cuenta de la necesidad social que satisface toda institución. Por ejemplo: la escuela es una institución educativa (finalidad), que agrupa individuos en organismos de distinta complejidad (escuela primaria, secundaria, de medicina, industrial, etc.), en su seno los individuos ocupan posiciones o status de distinta índole y jerarquía (maestra, profesores, directores, alumnos, etc.). Las instituciones son también realidades conceptuales o ideológicas en cuanto a que implican una concepción de las acciones y consecuencias de los actos humanos. En este sentido prescriben normas morales y legales.

A partir de lo expuesto, puede verse que toda sociedad humana es una configuración de múltiples instituciones, algunas de gran complejidad (como el Estado) y otras tan sencillas (como un centro vecinal).

Toda institución implica:

1. **Objetivos:** para qué sirve, que necesidad satisface.
2. **Recursos humanos y materiales:** quién se desempeña y con qué medios.
3. **Ubicación espacial:** lugar, espacio o sede donde funciona
4. **Origen y desarrollo histórico**
5. **Organización, pautas y normas que la rigen**
6. **Relación con otras instituciones**

En el seno de las estructuras formales y organizacionales de toda institución surgen vínculos interpersonales: las personas se comunican con mayor o menor facilidad, se establecen lealtades, identificaciones, segregación o marginación de sus miembros, relaciones armónicas o conflictivas, privilegios. Las distorsiones que experimentan la funcionalidad

institucional generan distintas formas de adaptación de sus miembros y grados variables de alteración emocional y conductual.

Las instituciones como manifestaciones de la cultura

La **cultura** es el producto de la actividad humana y el modo de vida de un pueblo. Un objeto cultural (por ejemplo, una lapicera) testimonia la actividad del hombre a diferencia de los objetos naturales (por ejemplo, una flor). Existen culturas de extensa difusión geográfica, como es el caso de la cultura denominada Occidental; otras de menor extensión, por ejemplo una sociedad tribal; incluso, existen culturas aisladas, como las sociedades primitivas del Pacífico Sur.

Existe una **cultura médica** que se expresa en una modalidad casi universal de aprender y ejercer la medicina científica y organizar la práctica sanitaria. Sin embargo, existen también diferencias en las modalidades de interacción con el paciente, de asociación de los profesionales, de ejercer la autoridad y disciplina en las instituciones, diferencias que configuran una forma de subcultura. (Ver Unidad II)

SISTEMA SOCIAL

El conjunto total de instituciones, las formas de organización, el ejercicio del poder y la vida política de la actividad comunitaria, la distribución, posesión y uso de la riqueza material, el control y la regulación de la vida social, constituyen lo que se conoce como **sistema social**.

Los sistemas sociales tienden a mantenerse estables mediante la acción de elementos o factores que favorecen la permanencia o sostenimiento del sistema. Los principales factores que favorecen la estabilidad de todo sistema social son:

- ❖ **El control social:** Incluye el complejo de leyes y normas que regulan la conducta de los individuos en una sociedad dada. La persona aprende a determinar, a través del proceso de socialización, cuál es la conducta aceptable para cada situación y a diferenciar entre las pautas o patrones de conductas apropiadas y las inapropiadas. El **control social** es una extensión del proceso de socialización, y refiere a los medios y métodos utilizados para inducir a una persona a actuar de conformidad con las expectativas de un grupo particular o de la sociedad en su totalidad. Los más poderosos factores de control son: la familia, la escuela, la iglesia, instituciones éstas transmisoras de valores culturales; la prensa en sus diversas modalidades de comunicación social, las costumbres y la tradición, las leyes escritas, la opinión pública, así como los prejuicios y tabúes que influyen la actitud de la comunidad o grupos de ella con relación a temas conflictivos como la educación sexual, las minorías étnicas, los grupos marginales, etc.

- ❖ **Los sistemas de socialización:** Familia, grupos de pertenencia, asociaciones recreativas, culturales, deportivas, etc. que posibilitan el aprendizaje de roles y la ubicación de los individuos en la trama social.
- ❖ **La estratificación social:** Define el lugar que cada individuo y grupos sociales ocupan en la escala de la jerarquía y el poder; en función de factores diversos y el tipo de sociedad, sistemas o cultura: linaje, poder económico, cultural, político, burocrático, etc.
- ❖ **Factores socioeconómicos y culturales:** Hace referencia a los soportes necesarios para la supervivencia y satisfacción de las necesidades espirituales, emocionales y recreativas de sus integrantes; es decir, para garantizar la inclusión social y el cumplimiento de los derechos de ciudadanía.

La estabilidad y cohesión aseguran el mantenimiento del sistema preservando sus leyes y valores. No obstante, toda sociedad está sometida al cambio socioeconómico y cultural. Las sociedades humanas evolucionan y se transforman. Los cambios son permanentes y se experimentan bruscas aceleraciones que son causa de desestabilización del sistema social vigente. Los factores que aceleran el cambio tienden a la innovación, revisión y cuestionamiento de valores y leyes del sistema.

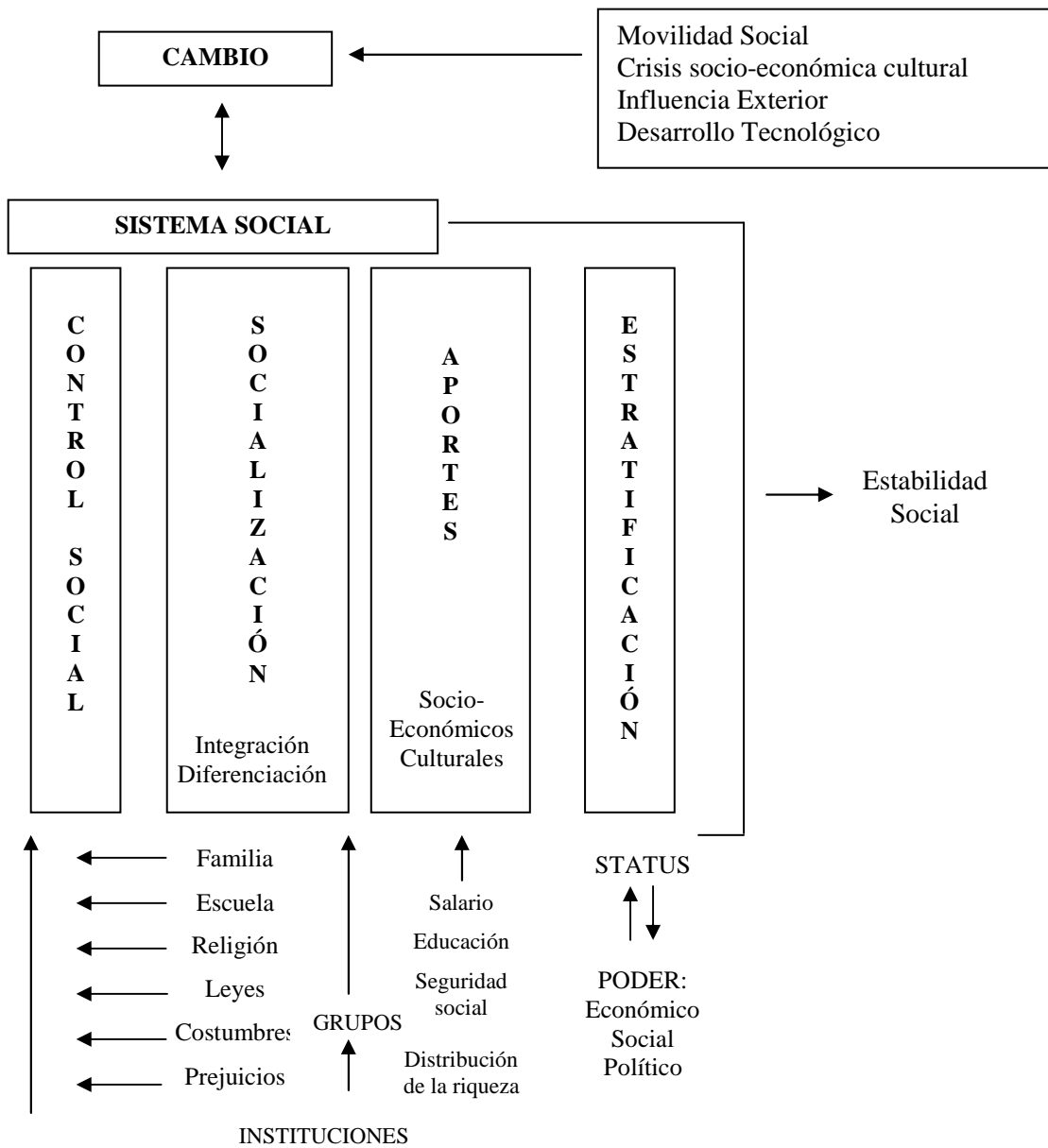
En términos generales, se reconocen tres grandes factores de cambio:

- ❖ **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 (sobreocupación) que afectan su equilibrio psíquico y favorecen la aparición de las denominadas enfermedades psicosomáticas.
- ❖ **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. La actual revolución tecnocrática

y el fenómeno de la globalización están generando modificaciones socioeconómicas y culturales en las sociedades actuales.

- ❖ **Influencias Externas:** Las comunidades nacionales están sometidas a la influencia cultural de otras sociedades del planeta. El intercambio cultural, las migraciones externas que aportan valores y formas de vida de los países de procedencia, los medios de comunicación masiva con su cultura "**empaquetada**", afectan las instituciones básicas como son la familia y la escuela. En algunos casos, los modelos son impuestos por la fuerza: invasión, sometimiento por la fuerza militar y/o política.³⁰

Sistema Social: Factores de Estabilidad y Cambio



³⁰ La falta de influencia externa puede perpetuar una modalidad cultural. Uno de los factores que explica en parte el escaso desarrollo de comunidades tribales del Pacífico Sud-Oriental es el aislamiento cultural.

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 desviadas³¹ y el aumento de las tasas de criminalidad, suicidio, alcoholismo y drogadicción.

*“No puede concebirse ningún ordenamiento social en el que estén ausentes las normas, ya que cada relación social es un entretejido de normas. Sociológicamente, anomia significa una situación en la que existe un conflicto de normas, de modo que los sujetos no pueden orientar con precisión su conducta... (...) Para Durkheim y Merton, la anomia surge de la discrepancia que existe entre las necesidades humanas y los medios que les ofrece la sociedad para satisfacerlas”.*³²

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 Anomia surge de una estructura social rígida y parcialmente arruinada que restringe las oportunidades para algunas categorías de población. La estructura social permite, en estas condiciones, a algunos compartir por objetivos inculcados y a otros no. Los primeros siguen las normas institucionales prescriptas; los segundos no lo hacen. Los modos de adaptación de estos últimos, por su posición anómala dentro de la estructura social, son formas de desviación”. (R. Merton. *Social Theory and Social Structure*; cit por M. Clinnard: Anomia y conducta desviada. Ed. Paidós, 1967).

Así, para Merton, la crisis anómica surge en el conflicto entre fines culturales y normas institucionales.

La anomia se produce:

- ⇒ Cuando hay circunstancias que entorpecen el entramado de las normas, hasta el punto de contradecirse unas con otras o de crear

³¹ **Conducta desviada:** comportamiento que viola normas sociales explícitas y provoca reacciones de corrección o castigo por parte de los agentes encargados de hacer cumplir las normas.

³² Arceguet Lucrecia S. “Sociología para no sociólogos”. Ed. De la campana ,2004.

ambigüedad, hasta el punto que el individuo siente como si “no hubiese normas”.

- ⇒ Cuando la organización sitúa a la sociedad en un punto de equilibrio, dejando fuera o al margen de la participación y colaboración a grupos concretos de la población, se habla de marginación³³.
- ⇒ Cuando los individuos no ajustan su comportamiento a las normas de la sociedad, y las quebrantan peligrosamente, se habla de desviación.

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 aplicación de las políticas de ajuste estructural -como condición necesaria para la adaptación del modelo económico neoliberal- implica una reducción de las condiciones y calidad de vida de las grandes mayorías en vastas regiones del mundo.

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.

³³ **Marginación social:** Situación de un individuo o grupo, que por sus condiciones de vida no están integrados a la sociedad a la cual pertenecen.

INCIDENCIA DE LA POBREZA EN LAS CONDICIONES DE SALUD

Lic. Mónica Sabadías

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. (*Minujin y Kessler 1995*).

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 Indigencia³⁴ detecta aquellos hogares que, dentro de la población pobre, carecen de ingresos suficientes para cubrir las necesidades alimentarias (canasta básica de alimentos).

En síntesis...

La medición del tamaño de la pobreza, según Minujín, presenta dos métodos principales:

³⁴ **Indigencia:** falta transitoria o crítica de recursos necesarios para vivir.

1. *Línea de Pobreza (LP)*: Presupone la determinación de una canasta básica de bienes y servicios, respetando pautas culturales de consumo de una sociedad en un momento histórico determinado. Una vez valorizada la canasta se obtiene la citada línea de pobreza. Según este criterio, serían “pobres” aquellos hogares con ingresos inferiores al valor de la LP, en la medida en que no pueden cubrir el costo de esa canasta con sus ingresos.
2. *Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI)*: Remite a aquellas manifestaciones que evidencian la falta de acceso a cierto tipo de servicios. Tales como, vivienda, agua potable, electricidad, educación y salud, entre otros. Serían “pobres” aquellos hogares que no alcanzan a satisfacer una o alguna de las necesidades definidas como básicas.

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.

En Argentina el empobrecimiento se ha acentuado fuertemente en la última década. Según una nota publicada el 16 de julio del año 2000 en el diario La Nación: *“El país creció tanto en su economía como en su nivel de desigualdad. Desde 1990 hasta la actualidad la brecha entre ricos y pobres se incrementó en un 57%. El mismo porcentaje de aumento se registró en el producto bruto interno (PBI) La contradicción de los datos señala que la riqueza generada por el crecimiento del país se distribuyó de manera muy despareja...”*

A partir de esta realidad, a los pobres históricos se suman hoy otros sectores de la población, principalmente los miembros de la clase media/trabajadora que se han ido empobreciendo, es decir, perdiendo posibilidades de acceder a bienes de salud, educación, vivienda, esparcimiento, etc. Para Minujin y Kessler (1995) *“El empobrecimiento es en muchos casos un proceso largo y complejo, con idas y vueltas, con momentos de repunte y otros de recaída, durante su transcurso hay oportunidades, posibilidades de ahorro y de realizar pequeños progresos”*

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.

Inclusión/ Exclusión Social y Salud

La dinámica inclusión/exclusión es parte de una misma realidad social compleja, colectiva y dicotómica.

- ⇒ ***Compleja***, ya que adquiere múltiples manifestaciones como la pobreza, marginación, desigualdad, etc.
- ⇒ ***Colectiva***, porque trasciende la individualidad, siendo una trama de relaciones económicas, sociales, culturales y políticas.
- ⇒ ***Dicotómica***, porque para entender uno de estos fenómenos se hace necesario relacionarla con su opuesto (exclusión vs. inclusión), teniendo en cuenta que ambos no son términos antagónicos sino que existen otras situaciones intermedias, como la vulnerabilidad. Además no son términos netamente restringidos.

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 exclusión³⁵ 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.

El sistema de estratificación social determina la vida de las personas, las oportunidades para mejorar su salud y su esperanza de vida entre otras cuestiones. La misma tiene una importante influencia en acontecimientos tales como la expansión o el achicamiento económico, el desempleo, la inflación y las políticas gubernamentales de varios tipos. Se puede definir la estratificación social como la desigualdad que ha tomado cuerpo o se ha institucionalizado y que existe en un sistema de relaciones sociales que determina quién recibe qué y por qué.

Por último, se puede sintetizar que la nueva cuestión social argentina se caracteriza, según Tenti Fanfani, por: *"la presencia de viejas formas de pobreza estructural y por la pobreza de ingresos, la cual no solo se origina en la exclusión total del mercado de trabajo, sino también en formas defectuosas de inserción, y por un deterioro del nivel de ingresos de amplias categorías de la población que viven duras experiencias de decadencia social. La pérdida de centralidad del asalariado obrero en el conjunto del empleo, la expansión de nuevas y viejas formas de trabajo autónomo. Una profunda transformación en los principios estructuradores de las relaciones de trabajo asociadas con las exigencias de productividad y competitividad."*

Las situaciones de empobrecimiento y/o exclusión social tienen en sus bases rasgos de sociedades desiguales.

La exclusión social está condicionada por las estructuras socioeconómicas y políticas de cada país. También está ligada a factores como la situación geográfica, y a otros como la discriminación por cuestiones de género, casta o etnia.

³⁵ **Exclusión social:** 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.

Entre los mecanismos estructurales de producción de la exclusión social se pueden mencionar:

- ~ La persistencia del desempleo de larga duración.
- ~ El deterioro de las estructuras familiares.
- ~ La evolución del sistema de valores.
- ~ La tendencia a la fragmentación social.
- ~ La evolución de los fenómenos migratorios.

La exclusión social se puede considerar como:

- ❖ **Una característica individual:** Se relaciona con las condiciones de vida de las personas o los grupos, considerando que éstos se encuentran en desventaja.
- ❖ **Un factor social:** Hay exclusión social cuando se produce alguna forma de discriminación desde la estructura social y cultural en la que viven los ciudadanos.

Frente a la pobreza y a la exclusión social, se manejan conceptos como inserción o integración social. Son términos distintos que se tienen que manejar en contextos diferentes. La inserción es una fase de la integración social.

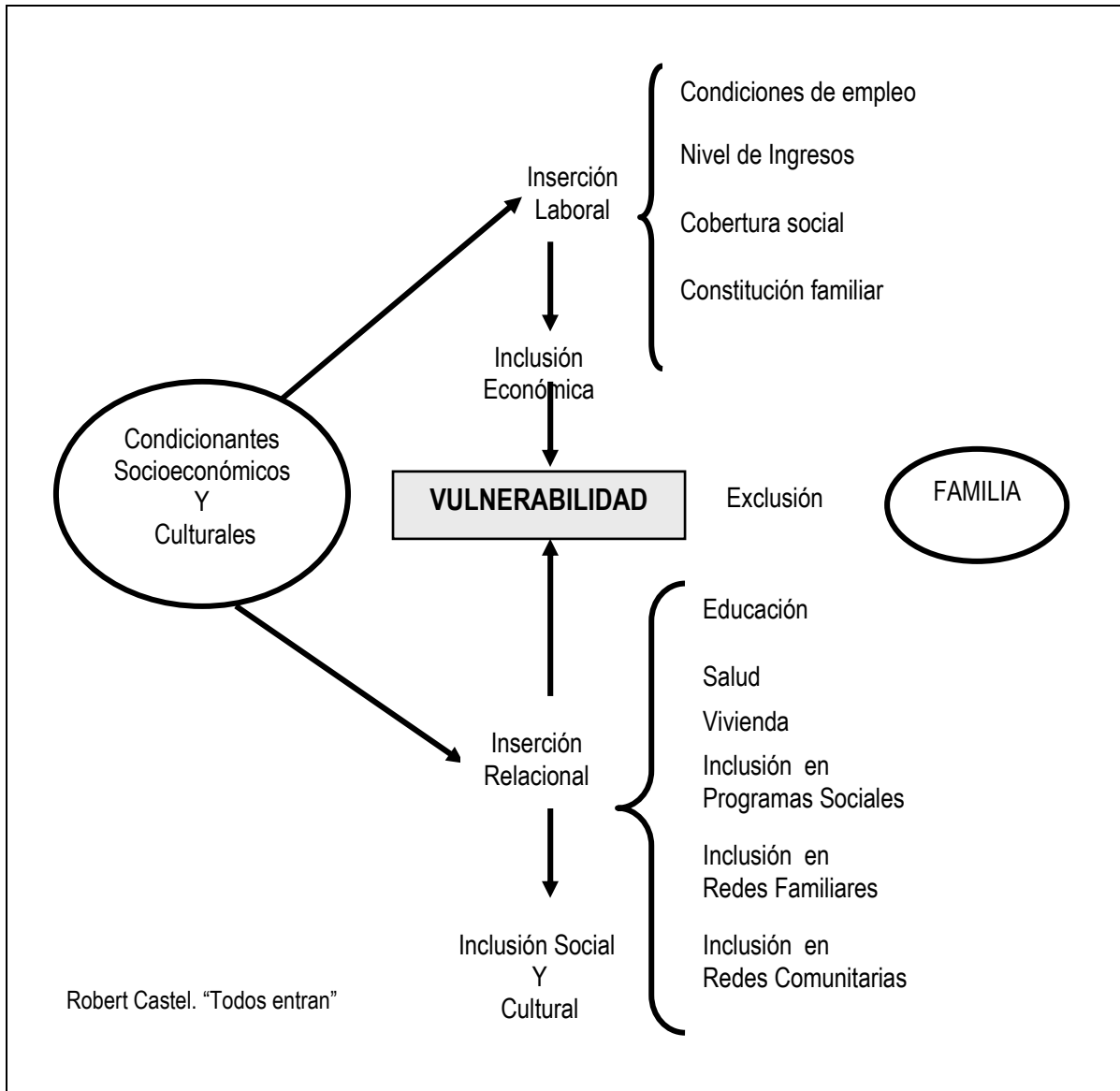
La pobreza es el mayor determinante individual de mala salud, y se relaciona con elevadas tasas de consumo de sustancias nocivas para la salud (alcohol, tabaco, drogas, etc.). El aumento de la urbanización, el hacinamiento, la acumulación de basuras y la falta de alcantarillado son condiciones ideales para los vectores de enfermedades. Estas condiciones, junto con la falta de conocimientos e información sobre el proceso de las enfermedades y su prevención, mantienen el ciclo de la pobreza y la mala salud.

Teniendo en cuenta que la OMS define la salud como el bienestar físico, psíquico y social, la protección de la salud implica la educación y la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, la curación de todas las formas de pérdida de salud y la reinserción social de las personas, individual y colectivamente.

Varios estudios³⁶ han demostrado que las inversiones en atención de salud, políticas sociales y educación dirigidas a las poblaciones pobres y vulnerables mejoran eficazmente indicadores de salud tales como la esperanza de vida y las tasas de mortalidad infantil.

³⁶ Foro mundial para la investigación de salud. Informe 10/90 sobre investigación de salud 1999.

Para reducir y eliminar la exclusión de grupos sociales y avanzar en la consecución de la integración, hay que poner en marcha estrategias orientadas a la participación social, la integración laboral y realización personal.



GRUPO SOCIAL

Se denomina grupo a un número variable de personas que interactúan entre sí, tienen conocimiento mutuo y realizan algo en común. Por ejemplo, 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.

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. (Ver “Importancia de la familia como grupo primario”).
- b. **Grupos Secundarios:** Aquí las relaciones entre sus miembros son impersonales, técnicas, contractuales³⁷, 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, grupos Balin, 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.

En síntesis...

El medio social que rodea al hombre es una trama de relaciones interpersonales y grupales que se ordenan en una verdadera estructura que ocupa un espacio físico. La conducta de sus miembros está regida por **normas** que definen los modos de obrar y la finalidad de sus conductas (**instituciones**). Los individuos ocupan posiciones (**status**) y desempeñan formas de conductas acordes (**roles**), participan en grupos primarios y secundarios, se ubican en un determinado nivel de poder y de prestigio con sus pares (**clase social**) en una estratificación social. Las sociedades tienden a

³⁷ **Contractual:** Convenido, pactado, establecido, estipulado.

preservar un sistema de funcionalidad y estructura merced a sistemas de control social, a la influencia exterior, a las crisis socioeconómicas y culturales. Incluso el desarrollo tecnológico influyen en la estabilidad y cambio social.

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. (Ver Endoculturación, Unidad II)

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

Tomando la familia como un sistema -es decir, como un conjunto de partes interdependientes subordinadas a una totalidad- la familia ofrece las siguientes características:

1. Coherencia interna e interdependencia en una polaridad que va de la dependencia a la independencia.
2. Diferenciación progresiva de sus miembros por crecimiento y evolución.
3. Grados diversos de apertura con relación al medio externo.
4. Adaptación frente al medio externo y regulación interna homeostática.
5. Estabilidad mediante control de las desviaciones mantenidas dentro de un margen de fluctuación que no compromete la integridad del sistema.
6. Retroalimentación (feed-back): acciones, comunicación verbal o gestual, crisis, adaptaciones, etc. son reincorporadas y elaboradas para ajustar y regular futuras acciones (aprendizaje social).

La familia como institución básica de servicios comunitarios

La familia se encuentra en relación con numerosas instituciones y servicios que sirven a su promoción, preservación e inclusión a la sociedad general. Constituye la matriz cultural y social básica del individuo. La cantidad de funciones que desarrolla y necesidades que debe satisfacer convierten a la familia en una institución central para las políticas de gobierno y la participación de instituciones y servicios asistenciales.

Se examina a continuación el marco institucional y de servicios que se vinculan con la familia, su realidad interior, sus necesidades materiales y psicológicas, etc.

1. Políticas Sociales de Familia. Servicio Social familiar.
2. Medicina familiar en el marco de la atención médica primaria.
3. Protección jurídica: derechos de la mujer, derechos del niño.
4. Servicio de saneamiento ambiental.
5. Medios de comunicación social
6. Servicios de salud mental comunitarios y familiares.
7. Instituciones culturales y religiosas.
8. Servicios Educativos.
9. Otros.

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 paraverbales 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 (Schor, 1987 - Cafferata 1985). Los cambios en la tipología familiar pueden determinar la aparición de problemas de salud, por lo que deben considerarse como un agente etiológico principalmente en procesos de naturaleza psicosocial. El tamaño de la familia también puede ser una variable que intervenga en la utilización de servicios, y en la adherencia a los tratamientos. Un ejemplo de ello son los de cambios de conducta que suelen presentar los niños en edad escolar luego del divorcio de los padres o la hiperutilización de los servicios de salud en las primeras etapas de las familias reconstituidas.

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.

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.

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.

Por este motivo, la clasificación basada en familia extensa y nuclear, no representa en la actualidad los modelos predominantes de estructuras familiares. Esto llevó a una nueva clasificación basada en la familia nuclear.

Clasificación demográfica de la familia (L. De la Revilla)

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 subclasifica 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; como amigos, vecinos, personal doméstico, etc.)
 2. f- **Familia binuclear o reconstituida:** Integradas por dos adultos en la cual, por lo menos uno de ellos, trae un hijo de su relación anterior.
3. **Familia monoparental:** constituida por un solo cónyuge y sus hijos.
4. **Personas sin familias:** personas que viven solas (personas que por razones laborales y personales viven de ese modo, sin que esto signifique un rechazo a la vida familiar).
5. **Equivalentes familiares:** individuos que conviven en un mismo hogar sin constituir un núcleo familiar tradicional, como es el caso de parejas homosexuales, grupo de amigos que viven juntos, religiosos que viven cerca de su comunidad.

A continuación se presentan otras modalidades de organización que configuran verdaderas tipologías con problemáticas específicas y que hacen necesario el desarrollo de políticas de asistencia desde diversos ángulos y con recursos interdisciplinarios.

Tipologías de familias que configuran con 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 macrosociedad.
- 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**

Relaciones de parentesco y ayuda mutua³⁸

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

³⁸ Lic. Mónica Sabadías, Jefa de Trabajos Prácticos, Cát. Medicina Antropológica, FCM, UNC.

reciprocidad, la obligación -así como cierto derecho a peticionar- son aspectos claves en el funcionamiento de las relaciones de ayuda mutua.

“Es pertinente distinguir analíticamente dos dimensiones del intercambio: una de ellas hace referencia al aspecto material de la relación, el bien o servicio que, aunque diferentes y desiguales, y en momentos no simultáneos, efectivamente se intercambian. Esta dimensión responde a la lógica de las necesidades cotidianas de los sujetos...”

La otra dimensión responde a la lógica de los patrones normativos en los que las relaciones de intercambio se llevan a cabo: el parentesco, la vecindad, la amistad. En este universo normativo, lo que se intercambian son favores, y en cada acto de intercambio se pone a prueba, se actualiza, la expectativa de “disponibilidad efectiva del otro”...

La expectativa de disponibilidad del otro forma parte del contexto normativo en que las relaciones de ayuda mutua se desenvuelven. En este sentido, la condición de familia, vecino o amigo comporta -además de consideraciones acerca de la existencia de algún lazo de sangre o cercanía residencial, por ejemplo- consideraciones acerca del tipo de interacción que puede o debe tenerse con un sujeto considerado, pariente o vecino. Así es como la noción “mis padres o hermanos son los únicos con los que efectivamente puedo contar” no constituye un efecto de la condición de padre o hermano, sino un atributo básico de la misma.

En cuanto a los contenidos materiales de la relación, el conjunto de bienes y servicios intercambiables es muy vasto y heterogéneo. Apoyo moral, información, asistencia laboral, préstamos de dinero, cuidado de los niños o enfermos, alojamiento, actividades relacionadas con el mantenimiento cotidiano de la unidad doméstica (realización de las compras, lavado de ropa, preparación de las comidas, limpieza, aseo de los niños, medicamentos, etc.) son sólo algunos de los bienes y servicios intercambiados.

Estos bienes o servicios se intercambian fundamentalmente en función de las necesidades cotidianas de los sujetos. Sin embargo, más allá de la utilidad que estos objetos o actividades puedan tener para los mismos, son expresión de un intercambio más sutil, menos perceptible, pero que obra con una fuerza que también impulsa al intercambio. Portadores de un vínculo, los objetos y servicios expresan favores que los sujetos se intercambian, orientados por sus propias necesidades y la consideración de las del otro.

Desde esta perspectiva, la importancia de este tipo de intercambio reside, no sólo en la utilidad que pueden prestar como ayuda para la organización de la vida doméstica de las familias sino también en la permanente recreación que a través de estos intercambios se realiza respecto del vínculo, sea este familiar, amistoso o vecinal. ” (Relaciones de parentesco y ayuda mutua. Silvina Ramos. 1984)

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.

Según C. Sluzki, la red social personal es la suma de todas las relaciones que un individuo percibe como significativas o define como diferenciadas de la masa anónima de la sociedad.

El profesional de salud 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.

En el campo de la biología se planteó que, dondequiera que se encuentren seres vivos, se podrá observar que sus componentes están dispuestos en forma de red. Si se visualizan las redes, se ve vida. Si se coartan o disminuyen las redes, se restringen las posibilidades de vinculación y disminuye la posibilidad de vida. (*Capra, 1996*)

Los siguientes, son algunos conceptos de redes que es posible encontrar:

“Las redes son una propuesta de acción o a veces aparecen como un modo de funcionamiento de lo social. La red es un modo espontáneo de organización pero también se nos presenta como una forma de evitar la

organización y lo instituido.” (*Dornel, Redes Sociales y participación social. 2005*)

“Las redes son un conjunto de relaciones que se desarrollan espontáneamente en la búsqueda de satisfacción de necesidades de diversa índole. Conformando un tejido social, no siempre visible, ni para los que participan de esas redes, ni para los actores externos del ámbito local donde los grupos poblacionales desarrollan su hábitat” (*Acosta, B. 2000*)

“Las redes son un grupo de personas miembros de una familia, vecinos, amigos y otras personas capaces de aportar una ayuda o apoyo a un individuo o a una familia.” (*Chadi, M. 2000*)

“En definitiva la noción de red implica una estrategia de articulación e intercambio entre instituciones y/o personas, quienes a partir de una decisión voluntaria deciden desarrollar acciones comunes, con finalidades compartidas y manteniendo la identidad de los participantes. El resultado de esa estrategia es la propia red que constituye una modalidad organizativa, que puede ser vista como sistema bien definido por la claridad de objetivos, pero abierto en sus límites para un redimensionamiento de la red.” (*Arteaga, B. 2002 Redes promocionales de calidad de vida*)

Estrategias a desarrollar desde el Equipo de Salud:

Se propone el mapeo de las relaciones sociales del sujeto consultante en cuatro áreas básicas: la familia, las amistades, las relaciones laborales o escolares, las relaciones comunitarias, de servicios o de credo (mencionando en cada una de ellas los sujetos o instituciones más significativas).

Este mapeo debe ser construido con el sujeto, como conjunto de recursos a los que se puede referir en los casos considerados como necesarios en salud. Por ejemplo, internaciones prolongadas, fuga de internaciones, paciente policonsultador, carencia de apoyo social, violencia familiar, etc.

Es fundamental también la identificación y priorización de problemas que afectan al sujeto, la familia y la comunidad.

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.

VIOLENCIA³⁹

Factores Psicosociales

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.

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.

La violencia y el daño que ocasiona tienen orígenes sociales, psicológicos y culturales que van tomando distintas formas de legitimación a través de la historia de los individuos y de los grupos sociales.

Es oportuno señalar que el conocimiento del fenómeno de la violencia se encuentra desarrollado a través de elaboraciones conceptuales provenientes de las Ciencias Sociales. Cada una de ellas en particular ha tratado de indagar sobre el significado de la violencia, adherida a cuestiones sociales, políticas y religiosas a lo largo del desarrollo de la humanidad.

¿Qué es la violencia?

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*

³⁹ Lic. Nora Krabbe. Prof. Adjunta Cát. Medicina Antropológica y J.T.P de Medicina Psicosocial. FCM, UNC.

probables lesiones físicas, daños psicológicos, alteraciones del desarrollo, abandono e incluso la muerte.”

La conceptualización de la OMS diferencia tres tipos de violencia:

- ⇒ La autoviolencia: 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.
- ≈ **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 -generalmente 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 literatura a violencia doméstica (VD) y a 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.

La violencia doméstica es considerada un problema de salud pública de primer orden por organizaciones internacionales y gobiernos.

En 1995 la O.N.U. estableció entre sus objetivos estratégicos la lucha contra la violencia contra las mujeres. La O.M.S., en 1998, declaró a la violencia doméstica como una prioridad internacional para los servicios de salud.

La violencia doméstica 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, tanto de las víctimas como de los convivientes.⁴⁰

Los profesionales sanitarios no pueden permanecer ajenos a este importante problema de salud pública. Su intervención es necesaria en la prevención, detección, tratamiento y orientación de este complejo problema,

⁴⁰ “La Violencia en la Familia”. Barcelona. Ed. Española 1996.

ante el que es imprescindible un abordaje integral y coordinado con otros profesionales e instituciones.

Formas de violencia:

***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 instaure 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.

La violencia cada vez aparece con más fuerza, como lenguaje dominante, cuyos resultados son expresiones de dolor, impotencia, ausencia y muerte.

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 problemática de la violencia familiar, las formas más graves de violencia son la violencia conyugal, maltrato infantil y el maltrato al anciano.

Prevención de la Violencia Familiar⁴¹

La prevención primaria de la violencia familiar es el conjunto de acciones dirigidas a disminuir o eliminar los factores de riesgo que afectan a

⁴¹ Lic. Silvina Trucchia. Prof. Adjunta Cát. Medicina Antropológica FCM, UNC.

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.

La importancia del problema de la violencia familiar, subraya la necesidad de que el médico de familia y los profesionales de atención primaria en general, deban comprometerse en la detección de la violencia por su alta prevalencia, por su carácter repetitivo, por las dramáticas repercusiones en la víctima y en los distintos miembros de la familia y por el alto coste sanitario y social que conlleva.

Intervención del médico general

¿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, secundaria y terciaria?

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.

Prevención Primaria

Si la prevención se refiere a influir en las causas de la violencia doméstica y familiar, el papel de los profesionales sanitarios en la prevención primaria es limitado. Fundamentalmente se trata de actuaciones educativas orientadas al desarrollo de actitudes de respeto, al reconocimiento de la igualdad, a la tolerancia y a la no violencia en el seno de la familia. También a la promoción de una cultura más igualitaria entre géneros y clases. La escuela y la sociedad deben jugar un papel central en esta dirección, un trabajo orientado a crear un clima de no tolerancia hacia los agresores, a mejorar el *status* de la mujer en la sociedad y a exigir cambios en las normas sociales. Se puede contribuir a través de la educación para la salud respecto de las relaciones interpersonales, la comunicación y la convivencia.

Otras actividades de prevención primaria que el profesional sanitario puede llevar a cabo son:

1. Identificar personas con mayor riesgo de sufrir violencia doméstica:

- ⇒ Mujeres con perfil de riesgo de sufrir maltrato (dependencia, baja autoestima, aislamiento, historia de maltrato en la familia de origen, etc.)

- ⇒ Hombres con perfil de riesgo de maltratadores (hombres violentos y controladores, con bajo control de impulsos, con historia de malos tratos en la familia de origen.)

Con estas personas el profesional debe intervenir cuando sea posible. Y en todo caso, debe estar alerta para hacer una detección precoz.

2. *Identificar situaciones de riesgo o mayor vulnerabilidad:* Abuso de alcohol, pérdida de empleo, consumo de drogas, embarazo, conflictos, pérdidas o fracasos, separación, disfunción familiar.

Prevención primaria implica: intervenir en estas situaciones mediante medidas de apoyo psicosocial y sanitario y reforzar la red social, los grupos de ayuda mutua y asociaciones no profesionales. Además, actuando en este nivel de prevención se rompe el círculo de la violencia transgeneracional.

Prevención secundaria

Existe una preocupación unánime respecto a la baja detección de la violencia familiar y al retraso en el diagnóstico, con las consecuencias que estos hechos conllevan. Se hace necesario encontrar mecanismos para su detección, *“para romper el silencio, ayudar a las víctimas y prevenir que se perpetúe o agrave la situación”* Los servicios médicos pueden ser instrumentos muy importantes de detección.

Diferentes profesionales sanitarios deben implicarse en la detección, pero los médicos de familia tienen un papel clave dada su accesibilidad y la alta frecuentación de la población en la consulta al médico de familia, por la continuidad en la atención, por el carácter longitudinal de la asistencia que presta y porque a menudo goza de la confianza de la paciente. Esto hace que ocupen un lugar de privilegio para la detección precoz del maltrato, y eso mismo les confiere una responsabilidad respecto a su papel en este importante problema de salud.

La Asociación Médica Argentina (AMA), en su Guía para el diagnóstico y tratamiento de la Violencia Doméstica (1994) dice: *“El médico puede ser la única persona fuera de la familia a la que una mujer le pida ayuda; estos profesionales tienen una oportunidad única y la responsabilidad de intervenir.”*

Además, el profesional del primer nivel tiene la oportunidad de conocer la “evolución natural” de la violencia doméstica en las distintas fases. Solo se ha estudiado la punta del iceberg: ese 10 % de las mujeres víctimas de maltrato que se llega a conocer. ¿Qué pasa con el 90 % restante? ¿Cómo se puede llegar a ellas y ayudarlas a romper su silencio?

La identificación de víctimas de maltrato es una tarea difícil, pues la mujer con frecuencia no está dispuesta a dar voluntariamente información sobre el abuso; por ello, el médico y la enfermera deben estar atentos a los signos de alerta.

Las mujeres que consultan por una agresión física son solo una pequeña parte de las que sufren violencia. Muchas acudirán a la consulta, quizás con síntomas inespecíficos, consultas reiteradas por motivos banales, quejas somáticas o trastornos psicológicos poco específicos. Quizás no se llegue ni a atisbar el mensaje oculto de esas quejas, que pueden ser la llamada de atención ante un problema que la mujer no se atreve a revelar directamente, pero que a la vez necesita pedir ayuda.

Si se llega al *diagnóstico*, es decir al conocimiento de la existencia de una situación de maltrato, es preciso hacer una valoración inicial de la situación de *riesgo inmediato*: riesgo vital por las lesiones, riesgo potencial de homicidio o de nuevas agresiones y riesgo de suicidio. Valorar si se trata de una situación aguda o crónica y establecer un plan de actuación (*teniendo en cuenta la opinión de la mujer, la situación de los hijos, el apoyo con los que cuenta*).

MEDICINA FAMILIAR

La Medicina en sus diversas formas ha sido, en todas las sociedades y culturas, la principal respuesta a los problemas de la salud-enfermedad de los pueblos, aunque ha estado condicionada al contexto político, económico y social, al modelo cultural vigente y a la capacidad tecnológica y humana para intervenir sobre los problemas. La sociedad actual, supuestamente cada vez más globalizada en aspectos tales como el conocimiento científico, encuentra en cambio una brecha cada vez mayor entre éste y las posibilidades reales de su aplicación a la resolución de los problemas de salud de la población.

La **Medicina Familiar** es una especialidad médica de *predominio clínico* que se encarga de *mantener la salud en todos los aspectos*, analizando y estudiando al individuo, la familia y la comunidad en forma *global* (*Teoría Holística o Integral de la Práctica Médica*).

Esta disciplina comparte el conocimiento y destrezas de otras especialidades e integra las ciencias biomédicas, conductuales y sociales - Biopsicosocial o Integral- capaz de resolver el 90 % de los problemas de salud, proporcionando *Cuidados continuos y comprehensivos* del individuo, su familia y su comunidad, abarcando todas las edades, sexo, sistemas o enfermedades, con particular énfasis en la *Medicina Humanística*, la

Relación-médico-paciente-familia, los Aspectos educativos, Preventivos clínicos y la Medicina integrada.

Así, a diferencia de otras especialidades, la medicina familiar no se define por un cuerpo de conocimientos acotados a un grupo etéreo o definido por el género -como es la pediatría o la ginecología- ni tampoco a un grupo de patologías determinadas -como cardiología o urología. El médico de familia centra su atención en la “persona” y no en un órgano, aparato o enfermedad y lo hace dentro del contexto familiar y social donde se desarrolla el individuo.

La medicina familiar es “la efectora de la Atención Primaria de la Salud”, y al igual que el resto de las especialidades, tiene un cuerpo de conocimientos, habilidades y tecnologías propias que le permite abordar al paciente desde una perspectiva biopsicosocial en donde el contexto familiar y social son factores determinantes del proceso salud-enfermedad.

Actividades del médico de familia

Las actividades del médico general-familiar están orientadas hacia la atención del individuo, la familia y su comunidad.

- ◆ **Atención individual:** Está capacitado para resolver el 90 % de los problemas de salud de sus pacientes.

Características de la atención individual brindada por el médico de familia:

- **Visión integrada:** El médico de familia se posiciona desde la salud y no desde la enfermedad. Esto significa que en la atención del individuo se incorporen acciones de prevención, promoción y rehabilitación. Esto permitirá -no sólo recuperar la salud- sino poner en marcha las acciones necesarias para mantenerla y mejorarla.
- **Visión integral:** El médico de familia considera a la persona como un todo, una unidad biopsicosocial, entendiendo que no existen patologías que no tengan implicaciones emocionales o sociales, al igual que las alteraciones sociales afectan al funcionamiento orgánico y psíquico del individuo. Ejemplo de ello son los problemas psicosomáticos, que se manifiestan a causa de experiencias como la desocupación o las situaciones de estrés laboral.
- **Acción continuada:** otra de las características de la atención brindada por el médico de familia, es la continuidad a lo largo del tiempo y en sus distintos ámbitos (escuela, trabajo). Esto supone la organización y previsión de la atención, incluyendo interconsultas con otros especialistas pero manteniendo su responsabilidad en todo el proceso de su salud.

- ◆ **Atención familiar:** Esta es una característica distintiva de la especialidad. El abordaje familiar permite trasladar la atención del marco individual al conjunto de personas que conforman la familia, la cual ejerce una influencia directa sobre el proceso salud-enfermedad de sus miembros. Los problemas psicosociales, los procesos emocionales, el control de las enfermedades crónicas degenerativas, no pueden diagnosticarse ni tratarse de manera integral, sin evaluar la situación familiar. Publicaciones de un comité de expertos de la WONCA (Organización Mundial de Colegios, Academias y Asociaciones Médicas de Médicos Generales y de Familia) señalan que se debe “reconocer la influencia de los factores familiares sobre la salud del paciente y tenerlos en cuenta tanto para la prevención como para la curación”. El médico de familia para concretar este enfoque, deberá desarrollar sus actividades, priorizando el trabajo interdisciplinario, que supone un trabajo coordinado y el respeto por el aporte de cada una de las disciplinas en el abordaje familiar.

- ◆ **Atención comunitaria:** En atención primaria se considera que tanto la participación de la comunidad como las acciones de orientación comunitaria son un eje fundamental para el trabajo de los profesionales de la salud. La atención de los problemas de salud colectivos, no sólo los individuales, es responsabilidad del médico de familia. Esta atención, requiere, el desarrollo de actividades asistenciales, pero principalmente actividades preventivas de educación sanitaria, para lo cual es necesaria la participación activa de la comunidad y del Equipo de Salud Interdisciplinario en todas las fases del proceso de planificación, programación y puesta en práctica de las actividades, como así también de su evaluación y reprogramación si es necesario.

Atención de la familia

La atención del grupo familiar constituye un pilar de los programas de Atención Primaria de la Salud. Por supuesto, la familia representa el ámbito crucial para el desarrollo de la personalidad. Por consiguiente, las relaciones entre padres e hijos y entre hermanos configuran la dinámica de interacción en que se aprenden y juegan roles sociales. Es también el ámbito donde discurre la casi totalidad de la vida afectiva. En el seno de la familia puede existir violencia, marginación, carencia de afecto, problemas económicos, inseguridad psicológica y física.

El estudio de sus características son determinantes para hacer una búsqueda activa de casos en algunas patologías, para llegar al diagnóstico en enfermedades en el área psicosocial, para comprender quién cuida y cómo se distribuyen los papeles en la salud y la enfermedad, qué es lo que determina

que consulten a los profesionales del Equipo de Salud o por qué los pacientes siguen o no los tratamientos, etc.

Perfil del médico de familia

Uno de los principios de la medicina familiar es la atención continuada y longitudinal. Esto supone atención responsable del individuo y la familia durante distintas etapas de su vida, resolviendo los problemas de salud y proporcionando acciones de promoción y prevención anticipada.

El médico de familia es el profesional de primer contacto, con excelencia clínica y destreza para procedimientos manuales o de consultorio (*cirugía menor o procedimientos invasivos*), experto en la consulta externa, con atención continuada, intradomiciliaria, comunitaria, hogar del adulto mayor, hospitalaria y de urgencias, además de los grupos poblacionales, con y sin factores de riesgo, con un amplio campo de acción (*sin distinción de edades, sexos, sistemas orgánicos y enfermedades*), capaz de ir del individuo, a la familia y la comunidad, integrador de las ciencias biológicas, de la conducta y sociales (*Medicina Integral*), además de los aspectos educativos, preventivos, curativos y de rehabilitación (*Medicina Integrada*) con amplio liderazgo, conocedor de la realidad nacional, del impacto de sus acciones y de sus limitaciones, interesado en comprender el contexto de los problemas y en buscar soluciones plausibles y costo-efectivas, capaz de resolver el 90% de los problemas de salud (*desde signos y síntomas aislados hasta las complejidades derivadas de múltiples padecimientos*), experto en la relación médico-paciente-familia-comunidad, comprometido con la persona (*comprendiendo sus dolencias, emociones, vivencias de enfermedad*) aplicando una Medicina Humanística con un alto nivel profesional, técnico, investigativo y académico permanentemente actualizado.

Como se desprende de lo expuesto, los conocimientos de Medicina Antropológica adquieren su máxima importancia en esta modalidad de la práctica profesional, que tiende cada vez más a su mayor reconocimiento como eje de la medicina integral con un enfoque interdisciplinario.

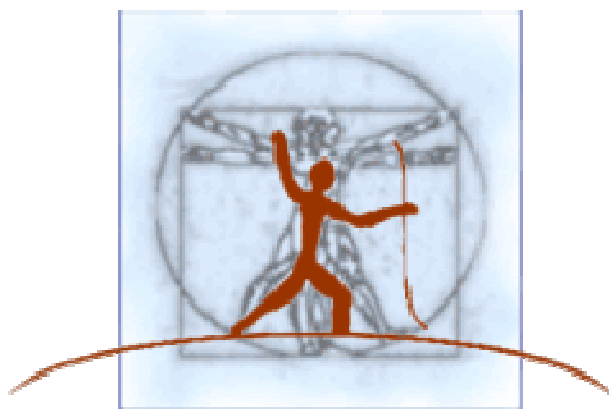
Bibliografía utilizada para Sociología

- **Arceguet, L.** *Sociología para no sociólogos*. Ed. De la campana. 2004.
- **Arteaga, B.** *Redes promocionales de calidad de vida*. 2002
- **Baron – Byrue.** *Psicología de la Conducta*. Ed. Interamericana. México, 1981
- **Bronfman, M.** *Como se vive se muere*. Cap 1 y 3. 2001.
- **Cantale, C.** *Material Teórico del Curso Básico de Medicina Familiar*, 2004
- **Castel, R.** *La metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del asalariado*. Bs. As. Paidós. 1997.
- **Chinoy Ely.** *Introducción a la Sociología*. Paidós, 1964
- **Clinnard, M. B.** *Anomia y conducta desviada*. Paidós, 1967
- **De La Revilla, L.** *Instrumentos para la Atención Familiar*. Ed. Doyma. Barcelona 1994.
- **De La Revilla, L.** *Manual de Atención Familiar. Bases para la práctica familiar en la consulta*. 1999.
- **Dornel,** *Redes Sociales y participación social*. 2005
- **Elizabeth Jelin.** *Pan y afectos*.
- **Eloisa De Jong – Raquel Basso – Marisa Paira** (compiladoras) *La Familia en los albores del Nuevo Milenio*. Ed. Espacio. Marzo 2001.
- **Erickson, E.** *Identidad, juventud y crisis*. Edit. Paidós. 1988
- **Falicov, E. y Lifszye, S.** *Sociología*. Ed. Aique. 2002.
- **Fernández Mouján.** *Abordaje teórico y clínico del adolescente*. Edit. Nueva Visión. 1989.
- **Kechichian, R.** *Sociología: Modalidad Humanidades y Ciencias Sociales*. Ediciones Polimodal. 1999.
- *La Violencia en la Familia*. Barcelona. Ed. Española 1996
- **Lic. Arce. Lic. García Cabello.** *Juventud y violencia*. Edit. Brujas. 1998.
- **Maciver, R. M y Page Charles.** *Sociología*. Ed. Tecnos. Madrid, 1958
- **Minujin y Kessler.** *La nueva Pobreza en la Argentina* 1995
- **Minujin, A.** *La clase media, seducida y abandonada* 2004.
- **Ramos, S.** *Relaciones de parentesco y ayuda mutua*. 1984
- **Riesco, L.** *Introducción a la medicina*. Anaquel. 1981.
- **Riesco, L.** *Manual de Cátedra de Medicina Antropológica*. 2006
- **Sarlo, B.** *Escenas de la vida posmoderna*. Edit. Abril 1995.
- **Spranger, E.** *Formas de Vida*. Rev. Occidente. Madrid, 1961
- **Autores varios,** *La violencia y sus causas*. Edit. De la UNESCO. 1991.
- **Young, C.** *Psicología Social de la Personalidad*. Paidós, 1969.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS



Cátedra de
MEDICINA
ANTROPOLÓGICA



CUADERNILLO
DE
TRABAJOS PRÁCTICOS

Lic. Silvina M. Trucchia

AÑO 2013 – CÓRDOBA – REPÚBLICA ARGENTINA

Fundamentación

La presente *“Guía de Trabajos Prácticos”* está organizada para que usted pueda realizar una aplicación práctica de las temáticas contenidas en el Manual Teórico. Esto significa, que la metodología con que se ha construido esta guía tiende a promover un acercamiento al conocimiento, que le permita trabajar la bibliografía, articulándola con actividades en donde, el análisis de lo conceptual, le sirva para resolver situaciones problemáticas.

Para desarrollar las actividades es requisito indispensable realizar una lectura comprensiva previa de los temas. Para ello se ha elaborado una guía de estudio autodirigido para cada Unidad. La bibliografía que usted deberá trabajar es la referida al material teórico del Manual de Cátedra, como así también, podrá consultar la bibliografía recomendada al final de cada Unidad.

Los Trabajos Prácticos de la Asignatura, adquieren la modalidad de Clases teórico-prácticas, en las que el docente efectuará las aperturas teóricas de los ejes temáticos, asumiendo el rol de tutor, el cual implica, despejar dudas, esclarecer dificultades, orientar y trabajar con el alumno la aplicación de estrategias de aprendizaje, para lograr la comprensión y acercamiento al conocimiento, y ambos, sistematizarán los conceptos fundamentales de cada unidad, los que serán trabajados en forma práctica a partir de la resolución y revisión de los ejercicios y casos contenidos en la presente *“Guía de Actividades”*.

A tal fin, se pretende desarrollar una educación centrada en el estudiante, por lo que, usted deberá desempeñar un rol activo, interactuando con sus compañeros y con el docente, que le posibilite la construcción de nuevos conocimientos, generando un fenómeno de participación, reflexión y crítica.

Recuerde que al iniciar el estudio de una materia, es importante conocer el programa, la fundamentación, los objetivos y contenidos propuestos en cada una de las Unidades que lo integran. Esto posibilita que el alumno tome contacto, desde un primer momento con la propuesta de Cátedra, para comprender los por qué y para qué de la asignatura.

Destacando la importancia que esto tiene como punto de partida para su proceso de aprendizaje en su formación profesional, en esta *Guía de Actividades* le proponemos la realización de una serie de tareas y ejercitaciones sobre puntos fundamentales de esta materia que requerirán de usted una lectura previa del material teórico. Los ejercicios serán trabajados en los prácticos y servirán para identificar dificultades y aclarar dudas con los docentes durante las actividades áulicas.

Lic. Silvina Trucchia

Marzo de 2013

UNIDAD I

MEDICINA Y SU OBJETO DE ESTUDIO

Guía para Estudio Autodirigido

1. Desarrolle el concepto de Medicina.
2. ¿Por qué decimos que la Medicina es una Ciencia Social?
3. ¿Cuál es el objeto de estudio de la Medicina?
4. A partir de las definiciones de Salud presentadas en el Apunte de Cátedra:
 - a) ¿Qué es para Uds. "estar sano"?
 - b) ¿Qué entiende por salud? (Elabore su propia definición).
5. ¿Cuáles son los cambios producidos en la concepción de salud a partir de la definición dada por la Organización Mundial de la Salud (OMS)?
6. ¿Por qué decimos que salud y enfermedad son partes de un mismo proceso?
7. Señale aquellas diferencias más importantes que se observan en los paradigmas vigentes en Ciencias de la Salud.
8. ¿Cuáles son las Ciencias Sociales? ¿Qué estudian?
9. Destaque el por qué de la incorporación de las Ciencias Sociales en la formación del médico. ¿Cuál es la importancia de su inclusión en la Carrera de Medicina?
10. Piense por un momento sobre las últimas veces que usted o algún familiar o amigo se enfermaron. Elabore una lista lo más completa posible con las señales que le indicaron que estaba enfermo.
11. ¿Qué propuesta realiza el Dr. Rubén Storino, en su reflexión a los profesionales de la salud, para evitar convertirse en Técnicos del cuerpo y ser Médicos de Personas?
12. ¿Qué significa la frase: Reconciliar el Método Científico con el Humanismo?
13. ¿Qué es la Medicina Antropológica?
14. ¿Cuál es la concepción de paciente que propone la Medicina Antropológica?

15. En cada proceso morbido se sugiere diferenciar entre enfermedad (disease), padecimiento (illness) y predicamento (sickness). Elabore en ejemplo que contenga estos tres elementos.
16. El modelo bio-psico-social requiere de un trabajo interdisciplinario. Explique por qué.
17. ¿Por qué las enfermedades no son solamente entidades biológicas y qué aspectos deben tener en cuenta los médicos para tratarlas?

CASOS CLÍNICOS

CASO Nº 1 -

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, sobreelevadas, 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.

ALGUNOS DATOS SOBRE LA PSORIASIS:

La psoriasis es una afección de la piel de origen multifactorial donde lo genético y lo emocional ocupan un lugar determinante. Para un dermatólogo se trata de una afección muy bien definida y rápidamente reconocible: inflamaciones de color rojizo sobreelevadas, cubierta de escamas gruesas y poco adherentes. Muchas veces pasa desapercibida durante bastante tiempo porque se localizan en el cuero cabelludo. Pero otras zonas recurrentes para su aparición son las rodillas, los codos y la región sacra. Cuando los pacientes postergan la consulta por desconocimiento hacen más complicado el tratamiento.

La psoriasis dispara en la piel, pero cala mucho más hondo. Dispara miedos y prejuicios, soledad y sufrimiento. No es una enfermedad que pueda poner en riesgo la vida de quienes la padecen. Sin embargo, no tratada a tiempo puede generar complicaciones en la movilidad. Si bien no existen tratamientos que curen completamente la psoriasis, las lesiones tratadas con la supervisión médica adecuada tienden a desaparecer y prolongar la remisión notablemente.

Además del deterioro objetivo que genera, debe tenerse en cuenta la tendencia a encerrarse en sí mismos que padecen los enfermos como consecuencia de sentimientos de vergüenza e inhibición. Según una encuesta realizada por la Sociedad Argentina de Dermatología (SAD), el 55 % de las personas que sufren psoriasis tienen miedo de ser rechazadas. Y el 36 % de los consultados también reconoció haber abandonado actividades por miedo o vergüenza. Dentro de éstos, el 48 % dejó de ir a la pileta; el 28 % de hacer deporte; el 25 % de trabajar; el 24 % de tener relaciones sexuales; y el 16 % de ir a fiestas.

Uno de los desafíos más grandes de quienes padecen psoriasis es convivir con ella. Se trata de una enfermedad estigmatizante que altera visiblemente la calidad de vida del paciente. Por eso la consulta rápida y el seguimiento adecuado son fundamentales. Asimismo, el apoyo de tratamientos psicológicos, siempre que sean necesarios, puede ser de gran ayuda.

Si bien la ciencia médica no ha podido descubrir con precisión qué actitudes o costumbres favorecen la aparición de la psoriasis, sí se detectaron algunos hábitos que la agravan. Está comprobado científicamente que el consumo de alcohol y tabaco influyen negativamente en el desarrollo de la enfermedad. Y combinados, el deterioro suele ser aún peor. Por el contrario, la exposición al sol resulta beneficiosa para desacelerar el desarrollo de las inflamaciones. Pero esta se debe realizar en forma moderada y bajo supervisión médica para no favorecer la aparición de otros trastornos en la piel.

En la Argentina los enfermos deben sobrellevar aún más dificultades. El Ministerio de Salud no reconoce a la psoriasis como una enfermedad crónica. Como consecuencia de esta decisión muchas obras sociales optan por no cubrir los tratamientos o incluir sólo los rubros más económicos como la fototerapia. En nuestro país un tratamiento puede costar entre 200 y 1000 pesos, lo que supone una barrera infranqueable para gran parte de la sociedad.

Luego de la lectura del caso, responda:

1. *¿Considera adecuado el abordaje de la consulta de parte del facultativo? ¿En qué aspectos pudo resultar deficitario?*
2. *¿Qué se imagina que sentiría Martina? ¿Qué pensaría su madre?*
3. *¿Puede identificar en el caso presentado características del modelo biomédico?*
4. *¿De qué manera debiera procederse para abordar el problema de Martina desde una visión integral de la medicina? (Modelo bio-psico-social.)*
5. *En relación con este caso en particular ¿por qué es importante considerar a la medicina como una ciencia social?*

CASO Nº 2 -

La Sra. María de 62 años, docente jubilada, concurre a la consulta del Servicio de Clínica Médica del Hospital Córdoba relatando que, coincidiendo con la visita a la tumba de su marido que había fallecido 6 meses antes, comenzó a presentar dolor en el pecho, molestias digestivas, acidez estomacal, pérdida de apetito, dificultad para tragar, desgana, pérdida de interés en sus actividades habituales, insomnio y preocupación excesiva sobre su salud, creyendo que una posible enfermedad grave le está afectando y que podría tener problemas económicos en un futuro inmediato. Resume todo este cuadro diciendo que se encuentra ansiosa, irritable y muy nerviosa, por lo que ha comenzado a fumar nuevamente. Además relata que en los últimos 9 meses ha aumentado 7 Kgr. de peso y que está muy preocupada porque ella antes era una persona alegre, sociable, activa, ordenada y coqueta.

Al Examen físico se observa: Ruidos cardíacos rítmicos, sin soplos ni ruidos. Frecuencia cardíaca: 90 Lat. /min. Presión arterial: 120/70 mmHg.

Ante la interrogativa del médico refiere no tener cefaleas, mareos, náuseas ni otros síntomas de significación, salvo digestiones pesadas.

El médico diagnostica hernia hiatal incipiente, constatada en los estudios complementarios solicitados (placa radiográfica de tórax y endoscopia). Indica a la paciente una dieta, evitando comidas pesadas y abundantes, y le prescribe un tratamiento con antiácidos.

ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE LA HERNIA DE HIATO:

La hernia de hiato es una afección en la cual una porción del estómago sobresale dentro del tórax, a través de un orificio que se encuentra ubicado en el diafragma, la capa muscular que separa el tórax del abdomen y que se utiliza en la respiración.

Se desconoce la causa de este tipo de hernias, pero puede ser el resultado del debilitamiento del tejido de soporte. En los adultos, puede existir una serie de factores de riesgo tales como el envejecimiento, la obesidad, situaciones de estrés y el consumo de cigarrillo.

Las hernias de hiato son muy comunes, especialmente en personas mayores de 50 años y pueden ocasionar reflujo (regurgitación) del ácido gástrico desde el estómago al esófago. Los síntomas incluyen acidez (sensación quemante en el pecho, junto al esternón, que usualmente ocurre luego de comer y tarda de minutos a horas), dolor de pecho, especialmente luego de las comidas, al acostarse, hacer ejercicio o al experimentar ansiedad. Sensación quemante en la garganta y dificultad para tragar.

Una hernia de hiato en sí rara vez presenta síntomas. El dolor y la molestia generalmente se deben al reflujo del ácido gástrico, el aire o la bilis. El reflujo sucede más fácilmente en presencia de este tipo de hernia, aunque dicha hernia no es la única causa.

El objetivo del tratamiento es aliviar los síntomas y prevenir las complicaciones. La reducción de la regurgitación de los contenidos estomacales hacia el esófago (reflujo gastroesofágico) alivia los síntomas de dolor. Además, se pueden prescribir medicamentos para neutralizar la acidez estomacal, para disminuir la producción de ácido o para fortalecer el esfínter esofágico inferior.

Otras medidas para reducir los síntomas son: evitar las comidas pesadas o abundantes, nunca acostarse inmediatamente después de una comida, bajar de peso y dejar de fumar.

Luego de la lectura del caso y los datos extras, responda:

1. *¿Considera adecuado el abordaje de la consulta de parte del facultativo? ¿En qué aspectos pudo resultar deficitario?*
2. *¿Puede identificar en el caso presentado características del modelo biomédico o del modelo Integral de la Medicina? Fundamente su respuesta.*
3. *¿Considera que en el abordaje del problema de salud de María se han tenido en cuenta los tres elementos del proceso mórbido? (disease, illness y sickness). ¿Por qué?*

UNIDAD II

MEDICINA Y CULTURA

La cultura en relación con el proceso de salud-enfermedad

Guía para Estudio Autodirigido

1. Definición y ramas de la Antropología.
2. ¿Qué estudia la Antropología Física?
3. ¿Qué estudia la Antropología Cultural? ¿Cuáles son sus métodos de estudio y estrategias de investigación?
4. Defina los conceptos de Cultura, Subcultura y Contracultura.
5. ¿Cuál es la relación existente entre Cultura y Sociedad?
6. En un esquema o cuadro sinóptico destaque los principales aportes de las Escuelas y Corrientes de la Antropología Cultural.(representantes, métodos de estudio, conceptos principales, función de la cultura en cada una de ellas, aportes y críticas)
7. Desarrolle los procesos de transmisión de la Cultura.
8. ¿Qué relación observa entre el proceso de Aculturación y la Salud pública?
9. ¿Por qué se dice que la cultura está directamente relacionada con el Proceso de Salud y enfermedad? Cite algunos ejemplos.
10. ¿Conoce algunas prácticas alternativas destinadas al tratamiento de distintas enfermedades? Mencíonelas 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?
11. ¿Qué es la Educación Sanitaria?
12. 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.

Ejercicios para Unidad II

1- A continuación le proporcionamos dos actividades que están destinadas a introducirlo en la temática de la Unidad "Medicina y Cultura". Le sugerimos que las resuelva con los conocimientos que usted tiene sin consultar la bibliografía. En caso de que tenga dificultades para resolverlas mantenga sus interrogantes y vuelva a ellas a medida que avanza en el estudio de la Unidad.

- Actividad 1

a. Piense por un momento sobre las últimas veces que usted, algún familiar o amigo se enfermaron. Elabore una lista lo más completa posible con las señales que le indicaron que estaba enfermo.

b. ¿Qué medidas toma cuando usted o sus allegados se sienten enfermos?

- Actividad 2

A partir de las medidas que usted o sus allegados toman cuando notan alguna problemática en su salud, califique con un número del 1 al 6 las acciones presentadas a continuación, siendo 1 la que más frecuentemente adopta y la 6 la que menos veces utiliza:

Medidas que adopta ante el deterioro de la salud	Nº Asignado
Espera que desaparezcan los síntomas.	
Prepara medicamentos caseros y los administra.	
Usted decide qué medicamento se debe administrar, lo compra y lo administra.	
Consulta al farmacéutico para que le recomiende el medicamento adecuado.	
Consulta con un médico en un centro de salud (hospital, dispensario, consultorio médico, etc.).	
Consulta a una persona de su comunidad que, sin ser médico, es entendida en el tema.	

2- ¿Qué diferencias de método existirá en la investigación de las prácticas culturales de una villa de emergencia entre un observador externo y un observador participante? ¿Cómo actuaría uno y otro?

3- Compare los siguientes casos y luego responda:

Situación 1

Marisa vive en un barrio aledaño al centro de la Ciudad de Córdoba. Uno de esos lugares tranquilos y arbolados, de casas bajas con amplios jardines. Marisa está cursando el último año de secundario en un colegio público cercano a su casa y ya está pensando que cuando termine el colegio irá a la Universidad a estudiar Ingeniería en Sistemas. Si bien los padres de esta joven pudieron costear sus estudios hasta ahora, sus ingresos han disminuido y aún deben afrontar el costo de los estudios de su hijo menor que, el año próximo empezará el colegio secundario. Marisa quiere conseguir un trabajo para ayudar a sus padres. Sabe que para ella, conseguir un empleo es difícil pero no imposible, su madrina trabaja en una rotisería y le prometió hablar con el encargado del negocio para que pueda entrar como cadete el próximo año.

Situación 2

Juan vive en una vivienda usurpada en la zona de circunvalación con su madre y sus 5 hermanos. Comparten la casa con otras familias, cada una ocupa una habitación. Juan trabaja, al igual que algunos de sus hermanos, ya que su madre está desocupada y sólo cobra el plan familia. Juan abandonó sus estudios primarios en tercer grado, aunque le hubiese gustado seguir estudiando. Todas las tardes junto a dos de sus hermanos y a Pedro, un vecino que vive en la habitación del fondo, recorre las calles de los comercios mayoristas juntando cartones y botellas. En general el dinero que logran juntar apenas alcanza para la comida del día siguiente. Por suerte, los vecinos son solidarios y cada uno aporta un poco a la olla común. Lo que más molesta a Juan es que para poder higienizarse tiene que ir a buscar baldes de agua a una casa vecina, porque en la casa donde él vive les cortaron el agua.

a) ¿Cuáles son las condiciones que nos permiten decir que Marisa tiene mejores posibilidades que Juan de mantener su buen estado de salud?

b) De acuerdo con las condiciones de vida enunciadas en cada una de las situaciones ¿se podría pensar que Juan está más expuesto a contraer algunas enfermedades diferentes de aquellas a las que está expuesta Marisa? ¿Por qué?

- c) ¿A qué factores, componentes o recursos están asociadas las enfermedades a las que se encuentra más expuesto Juan? ¿Y en el caso de Marisa?

4- Teniendo en cuenta el concepto de cultura, usted deberá mencionar:

_ Dos ejemplos de conductas, prejuicios, hábitos, creencias o pautas culturales de nuestra sociedad que actúen como factores que favorecen la aparición de enfermedades.

_ Dos ejemplos en donde los elementos culturales actúen favoreciendo la promoción y prevención de la salud.

_ Una propuesta para intervenir activamente en la prevención de patologías.

5- Muchas enfermedades psicosomáticas tales como hipertensión arterial, úlcera de duodeno, jaqueca, entre otras, son frecuentes en poblaciones de ciudades consumistas. ¿Qué factores socioculturales explicarían este fenómeno?

6- ¿Qué factores culturales, sociales, económicos y otros considera usted que influyen para que determinados sectores de la población depositen su confianza en prácticas y técnicas de una medicina alternativa- (homeopatía, acupuntura, reflexología, reiki, aromaterapia, etc.)?

7- El ser humano es considerado como un ente bio-psico-sociocultural, en constante equilibrio con su ambiente interno y externo, pero ¿qué actividades realiza para lograr mejores condiciones de vida?, ¿se pueden modificar variables con la finalidad de procurarnos bienestar?, ¿cómo se relaciona el ser humano con sus congéneres y con los organismos que lo rodean?

8- A continuación se le transcribe un diálogo. El ejercicio consiste: en que conteste las preguntas que encontrará al final de la situación presentada.

Usted fue a estudiar a un parque; de un momento a otro llegan cuatro señoras, se ubican cerca suyo y se ponen a hablar:

La Señora "A"

Pues yo no estoy de acuerdo con eso de la vacunas, los niños se ponen muy mal, les da fiebre, lloran mucho y además mi religión no me lo permite.

La Señora "B"

Yo si los he llevado a vacunar, pero lo que no hice fue alimentarlo al seno materno, les di biberón, dicen que no es bueno eso pero... ¡la verdad yo no tenía mucho tiempo por mis horarios de trabajo!

La Señora "C"

Pues yo a mis hijos los llevé a vacunar, les di el pecho, y ahora que ya están grandecitos me gusta darles de comer mucho huevo, mucha carne pero con bastante grasa, pues luego se ponen flacos y a mi no me gusta verlos así.

La Señora "D"

Yo no sé por qué hacen tanto problemas con las mascotas, unos que si es bueno, otros que es malo, ¿quién los entiende? Pero como mis hijos pedían y pedían, les compramos un perrito y un gatito y se entretienen muy bien. Lo que me molesta es que unos vecinos me insisten en que debo llevarlos con el veterinario y pues...el dinero no me alcanza y gastar en los animalitos, pues no puedo...

- a. Señale el error de cada señora, pero recuerde que la respuesta debe ser en base a la reflexión científica.

Señora

"A"

.....

.....

Señora

"B"

.....

.....

Señora

"C"

.....

.....

Señora "D"

.....

.....

- b. ¿Qué enfermedades se pueden generar a partir de los errores cometidos por estas señoras?

9- Cómo implementaría un programa de Educación Sanitaria para favorecer cambios y erradicar erróneas actitudes (temor, rechazo, marginación) de la población en relación con enfermedades transmisibles como por ejemplo el SIDA?

UNIDAD III

MEDICINA, CONOCIMIENTO Y FILOSOFÍA

Guía para Estudio Autodirigido

- 1- ¿Cuál es el objetivo al incorporar conocimientos de Filosofía en la formación del médico?
- 2- ¿Qué es la Filosofía y cuáles son sus ramas?
- 3- ¿Quiénes fueron los presocráticos? Destaque sus características principales. ¿Cómo influyeron en el conocimiento médico?
- 4- Sintetice el pensamiento de Sócrates. ¿Cuál fue el método utilizado para aproximarse al estudio de la verdad?
- 5- Sintetice la teoría Platónica, destaque y explique los 4 elementos principales de esta concepción.
- 6- ¿Quién fue Aristóteles? ¿Cuáles son las diferencias que Ud. observa con respecto a la concepción platónica del mundo?
- 7- Defina las relaciones Materia y Forma y la de Potencia y Acto presentes en el pensamiento Aristotélico.
- 8- ¿Qué importancia tiene Hipócrates para la historia de la medicina?
- 9- Destaque las características de la medicina greco-romana. ¿Cuál es su principal representante?
- 10- Señale las características principales del conocimiento en el campo de la medicina durante la edad media. ¿A qué acontecimientos de esa época responden?
- 11- En el renacimiento, ¿qué descubrimientos se producen e instalan una situación crítica en el campo del pensamiento filosófico? ¿Por qué? ¿Qué implicancias tiene en el campo del conocimiento médico?
- 12- ¿Qué diferencias observa entre las líneas idealistas y racionalistas y los empirismos y materialismos?
- 13- ¿Por qué se habla de una revolución científica en el campo de las ciencias a partir de la edad moderna?

- 14- ¿En qué consiste el método experimental? ¿Cuál es su limitación para el estudio del hombre?
- 15- ¿Cuál es el aporte de la hermenéutica para el estudio del hombre?
- 10- ¿Qué es el existencialismo? ¿Qué implicancias tienen sus aportes conceptuales en el abordaje y estudio del hombre sano/enfermo?
- 11- Destaque los principales aportes de la fenomenología y el realismo ontológico para el conocimiento de la realidad y especialmente para el estudio del ser humano.
- 12- ¿Cuál es la concepción de hombre que se postula desde cada una de las corrientes de pensamiento filosófico que hemos analizado?
- 13- Teniendo en cuenta los paradigmas vigentes en las ciencias de la salud, ¿qué línea filosófica da sustento a cada uno de estos modelos teóricos? ¿A partir de cuál de ellas podemos acceder al estudio del hombre como una unidad integrada?
- 14- Señale los cambios más importantes experimentados en el conocimiento médico a partir del período de la Medicina Integral.
- 15- ¿Cuál es el objetivo fundamental de la Medicina Integral?
- 16- ¿Qué implicancias tiene una atención integral del paciente sano o enfermo?
- 17- ¿Qué significa cuidados paliativos? ¿Cuál es la importancia que adquiere en las vivencias de los pacientes terminales?

Ejercicios:

1- A continuación trabajaremos sobre la concepción de enfermedad a lo largo de la historia. Para ello le proponemos la lectura del material referido a la Historia de la Medicina contenido en la Unidad III del Manual Teórico de la Cátedra.

Luego de la lectura y teniendo en cuenta los conocimientos aprendidos en la Unidad I y II responda:

- ¿Por qué se enferma el hombre?

Lea atentamente el siguiente texto:

SOBRE LA ENFERMEDAD EN LA HISTORIA⁴²

Lucía A Kuck
Silvia Lo Moro

Introducción

Desde tiempos remotos, tanto el hombre como la enfermedad constituyeron grandes interrogantes para la humanidad, en la búsqueda de la verdad. Las distintas respuestas que se fueron condicionando dependieron de la particular corriente de pensamiento de cada época,

Nuestro capítulo estará referido a la evolución que, a lo largo de la historia, sufrió el concepto de enfermedad en el ser humano hasta llegar a nuestros días.

El pensamiento científico y su método experimental han producido indiscutibles progresos en la medicina. Lo paradójico es que, al tratar de conocer cada vez más al hombre merced a la metodología científica, el sujeto vaya quedando cada vez más a un objeto de estudio. Los aspectos anímico-espirituales fueron dejados de lado al no poder ser cuantificados por dicho método (pesar, medir y analizar, lo que perciben los sentidos). El tratamiento de la enfermedad estaría entonces dirigido a erradicar el componente visible que se presenta en el cuerpo; tal como se procede ante un desperfecto mecánico. El resultado puede derivar en una visión no integral del paciente, visión reduccionista, en tanto se establezca la exclusiva consideración de la dimensión física del hombre enfermo y se desestimen otros componentes.

No obstante hay quienes también piensan que la enfermedad constituye una oportunidad para hacer uso de otras fuerzas además de las biológicas, que pueden llevar a la persona a adquirir un nuevo estado de conciencia y fortaleza anímica, frente a la crisis que supone la enfermedad.

Reseña de distintas cosmovisiones

Antiguamente la concepción *hebrea* consideraba que la enfermedad se presentaba cuando se ofendía a Dios, y era sólo el sacerdote el que podía aliviar los males.

Para los *egipcios* la causa de la enfermedad estaba en los malos espíritus que se introducían por los orificios corporales.

En *Grecia* disminuía la tendencia de ser atribuida la enfermedad a lo espiritual, el poder sanador era más natural que sobrenatural y el médico dejó de ser árbitro entre dioses y seres humanos.

⁴² Losovisz, Alicia, "El guardián de los vientos" *Reflexiones interdisciplinarias sobre Ética en Medicina*. Ed. Catálogos.

Hipócrates (460-377 a.C.), padre de la medicina, concebía a la enfermedad como algo más tangible: la inadecuada mezcla de los humores o líquidos corporales era lo que alteraba la salud, si bien se aceptaba que fuerzas cósmicas o espirituales influían sobre estos líquidos. La falta de armonía de los humores era discaricia; la armonía era la cracia. (...) Los médicos hipocráticos consideraban a la medicina un arte.

Con *Galeno* (131-200), comenzaba a ser una ciencia. Reinterpretó la teoría de los cuatro humores corporales de Hipócrates convirtiéndola en dogma. Realizó numerosos estudios de disección anatómica e intentó colocar a la medicina sobre cimientos anatomofisiológicos. Sus ideas perduraron durante catorce siglos. Criticar a Galeno y su teoría era exponerse a ser severamente castigado.

A su vez la medicina romana estuvo totalmente influenciada por Hipócrates y Galeno, con el carácter utilitario y práctico que distinguió al pensamiento romano. La descripción de los signos de la inflamación de Celso (25 a.C.- 50 d. C.), se continúan empleando en el presente.

En la *Edad Media* la cosmovisión geocéntrica y su ideal unilateral de conquista espiritual condujeron al hombre a desinteresarse del cuerpo y ocuparse de su alma; la enfermedad era considerada como consecuencia del pecado y por lo tanto un asunto de fe.

(...) Mientras Europa vivía su noche medieval, los conocimientos del saber griego (filosófico, matemático, astronómico, médico, etc.) eran intensamente traducidos y estudiados por los árabes. *Avicena* (980-1037) destacó los factores externos en la etiología de la enfermedad, extendiéndose su influencia hasta el siglo XVII. En el mundo árabe se presentaron los basamentos para lo que hoy llamamos medicina científica o de punta, puesto que la concepción de la enfermedad se fue centrando cada vez más en la anatomía, fisiología, leyes físicas de los líquidos, etc.

Estos conocimientos pasaron al mundo occidental luego de la conquista de España por los moros. La rapidez e intensidad con que se expandió este saber fue muchísimo mayor que la influencia de mil años de civilización griega.

El eje intelectual del *Renacimiento* (siglo XV- XVI) pasó a través de un pensamiento humanista que replanteó los dogmas existentes. La visión geocéntrica fue reemplazada por la visión antropocéntrica. Se sostuvo una idea de progreso indefinido, junto a un hombre convencido de poder avanzar eternamente. Se intensificó el afán por la investigación y el conocimiento, reconociendo que la observación y la experiencia son indispensables para descubrir las leyes de las cosas.

Reinó el paradigma mecanicista que sostuvo como una máquina al cosmos, al hombre y su cuerpo. La enfermedad se atribuyó a una desorganización del delicado mecanismo que era el cuerpo.

Se iniciaron así numerosas investigaciones sobre la anatomía humana a través de la realización de autopsias, previo permiso eclesiástico. El anatomista *Andreas Vesalius* en el año 1543 publicó su libro "la fábrica del cuerpo humano", obra que puso fin a la infalibilidad que durante 1300 años tuvieron los escritos anatómicos de Galeno. Se dio así un intenso movimiento renovador en el conocimiento del cuerpo humano y su técnica de disección con abundantes publicaciones sobre los hallazgos anatómicos.

(...) El médico polémico de este periodo fue el suizo *Von Hoheinheim* (1493-1541), quien vuelve a la teoría original de los cuatro humores corporales sosteniendo la idea de la unidad material y espiritual del universo y su estrecha relación con el cosmos, con una dinámica correspondencia que le permitiría interpretar los procesos fisiopatológicos y terapéuticos en el marco de esa mutua relación antes de morir se hizo llamar *Paracelso* por su afinidad con Celso y marcar su diferencia con Galeno y Avicena.

Paracelso, máximo representante del Vitalismo, afirmaba que en el mundo ya creado por Dios consistente en un universo-organismo, incluso lo llamado inanimado era en sí y sí activo, y que por consiguiente funcionaba y vivía. Este paradigma predominó durante el siglo XVII junto al descubrimiento del poder que bajo la forma de técnica pudo dar la ciencia. Se aceptó el principio de la fuerza sanadora de la naturaleza, con un médico que era un respetuoso servidor de ella.

Mientras tanto, otros médicos, inspirados por *Descartes* (1596-1650), comparaban al cuerpo humano como una máquina y su funcionamiento en términos fisicoquímicos. La enfermedad comenzaba a ser entendida como un desperfecto mecánico.

En los siglos XVII y XVIII prosiguieron los estudios sobre la anatomía humana. Época de la *Ilustración* en que se desarrolló y asentó fuertemente la confianza del hombre en el poder de la razón.

Predominó la creencia idealizada que el progreso constante de la ciencia y la tecnología conducirían a la eliminación de las enfermedades.

Las concepciones hipocráticas y galénicas se derrumbaron totalmente. Aparecieron nuevas teorías para explicar los descubrimientos referentes al cuerpo humano. Con el *empirismo* se desarrolló notablemente la fundamentación científica con importantes adelantos en el conocimiento de la enfermedad. Al dar autoridad a la experiencia y a la *metodología empírica* como única forma de conocimiento, las preguntas se limitaron a los hechos observables; así se impidió toda especulación teórica sobre la comprensión del hombre y el mundo. Pero este saber adquirió un contenido descriptivo y taxonómico. Así fue como se especuló que la acumulación de experiencias científicas produciría un conocimiento ininterrumpido.

En el año 1761 *Morgagni* publicó su obra "De Sedibus et Causis Morborum per Anatomen Indagatis". En ella dirigió su mirada a las consecuencias de la enfermedad en el cuerpo humano. Se tornó decisiva la autopsia como recurso para buscar, a través de lo muerto, la alteración de lo vivo. Siguió en esta línea Teodoro Swan quien desarrolló la concepción de la célula vegetal. A partir de él se extendió la noción de que lo vivo está constituido por células. Todo lo que sucedía en el hombre era considerado como función de la célula; de ahí que se caracterizara a la enfermedad por la presencia de la lesión anatómica e histológica.

En el *Siglo XIX* el romanticismo dionisiaco cedió su sitio al positivismo, es decir, al cientificismo apolíneo. La simple comprensión de los procesos vitales era insuficiente. *Claude Bernard*, con su obra "Introducción al estudio de la medicina experimental", fue en 1865 el representante por excelencia por el nuevo experimento como método científico.

Entre 1850 y 1930 aumentaron los conocimientos de las disciplinas, gracias al aporte de los muchos que permitieron el gran desarrollo de la ciencia y sus especializaciones tan características de nuestro tiempo, constituyéndose la medicina como ciencia de la naturaleza.

En la actualidad los avances de la ciencia han llegado muy lejos, el científico incursiona en ámbitos muy complejos, los que no pueden ser investigados únicamente por su metodología. Se plantean numerosos interrogantes en tanto dichos progresos se realicen en el marco del mencionado reduccionismo biológico.

CONCLUSIONES

La tendencia a comprender todo atomísticamente no sólo se produjo en la medicina, sino también en las otras ramas del saber, caracterizando a la corriente de pensamiento científico que se desarrolló a lo largo de la cultura. Actualmente, prevalece el modelo biomédico de los dos últimos siglos, con la biología molecular como disciplina básica. Esto produjo el gran progreso de la ciencia y su especialización. El pensamiento actual sobredimensiona lo material y lo biológico. A su vez, la investigación científica está siendo influenciada más y más por lo económico y político, que por la búsqueda de un conocimiento verdadero. Pero que puede resultar insuficiente si se piensa en términos de contener aspectos humanos, pudiendo conducir a la deshumanización que se observa en la atención médica.

Bajo tales condiciones las acciones políticas, la investigación, la enseñanza y el diseño para el cuidado de la salud deben ser interpretados a la luz del análisis de los beneficios de la aplicación tecnológica y de la reincorporación del humanismo a la medicina.

Pensamos que es conveniente volver a la vieja pregunta: ¿Qué es el hombre? Creemos que sería valioso que la seriedad y disciplina adquirida por la ciencia a lo largo de estos años se empleara para lograr una nueva comprensión de la entidad humana en sus aspectos físico-anímico-espiritual y sociales. Por supuesto, no se trata de desestimar todo lo logrado por la humanidad durante sus etapas evolutivas anteriores, ni de optar entre el espiritualismo o el materialismo. Tal vez ubicarse en una posición central donde se compenentren todos los aspectos cualitativos y cuantitativos, que permitan una respuesta más integral de la medicina para atender mejor el padecer del hombre. Es desde esa pregunta que sería posible aproximarse a temas tan complejos como los antes mencionados, resultando asimismo fundamental la interdisciplinariedad.

En suma, se trata de alcanzar una nueva visión que nos proporcione criterios más adecuados para la implementación de los avances científicos, al servicio del hombre y del mundo en general. Es el desafío de hoy.

A partir de la lectura del texto, completar el siguiente cuadro:

Período	Concepción de enfermedad	Consecuencias en la práctica médica
ANTIGÜEDAD	Hebreos:	
	Egipcios:	
	Griegos:	
	Romanos:	
EDAD MEDIA	Concepción predominante:	
	Mundo Árabe:	
RENACIMIENTO Y MODERNIDAD	Vesalio:	
	Paracelso:	
	Mecanicismo:	
	Empirismos:	
EDAD CONTEMPORÁNEA	Positivismo:	
ACTUALIDAD		

- Identificar diversas concepciones o ideas de enfermedad que conviven en la actualidad. ¿Son compatibles? ¿Qué consecuencias acarrearán?

2- A partir de la descripción de las características de una célula contenidas en un Tratado de Histología y la observación de la misma en un preparado de laboratorio.

a- ¿Cuál es real y Cuál es ideal?

b- ¿Cuál es la verdadera para Platón y cuál para Aristóteles? Fundamente su respuesta.

c- ¿Qué implicancias tiene esto en relación a la educación médica?

3- Caso Clínico

Referentes teóricos de la Unidad III para analizar el siguiente caso: vivencia de la enfermedad, padecimiento, temor a la muerte, escucha del médico, medicina integral, cuidados paliativos, la medicina y el límite de la muerte.

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 42 años, procedente de Córdoba capital, casada con dos hijos, de Profesión docente. Trabajo actual: Profesora de EGB

ANTECEDENTES PERSONALES

Antecedentes médicos: Varicela y rubéola en la niñez. Ella refiere que siempre ha sido un poco "tristona" y "llora con frecuencia", hasta por motivos banales, como por enfermedades de los niños, ver películas tristes o por presenciar en los telediarios noticias trágicas. Se considera "más sensible" que las personas de su entorno. **Antecedentes quirúrgicos:** Apendicectomizada a los 17 años. **Antecedentes obstétrico-ginecológicos:** Dos embarazos con parto a término y feto vivo. DIV desde hace algo más de dos años y desde entonces menstruaciones algo más abundantes de lo habitual. **Antecedentes epidemiológicos:** Fuma cuatro cigarrillos por día. Un vasito de vino ocasionalmente en la comida del medio día. No otros tóxicos. No antecedentes de transfusiones sanguíneas.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Madre y padre sanos. Una hermana sana. Suegra con cáncer de ciego de reciente diagnóstico. Suegro con cardiopatía isquémica. Marido e hijos sanos.

ENFERMEDAD ACTUAL

Hace unos ocho meses, justo dos meses después de que a su suegra se le diagnosticara y operara de una neoplasia maligna de ciego, comenzó con un periodo de profunda tristeza, con dificultad para realizar sus tareas habituales, molestias abdominales "como las que tenía mi suegra", dolor de cabeza, sin fuerzas para nada, sensación nauseosa al despertar y mal sabor de boca. Las menstruaciones, algo más prolongadas de lo normal, pero de no más de ocho días.

Dormía mal, con sueño entrecortado y se tenía que levantar varias veces por la noche para orinar.

Su marido la obligó a ir a su médico, porque además de la tristeza, la profunda desganancia en sus tareas habituales y el cansancio que manifestaba, no paraba de repetirle apesadumbrada, *"yo voy a tener lo mismo que tu madre, y si no, algo similar"*. Su médico de cabecera, tras realizar una analítica de rutina, diagnosticó una depresión con somatizaciones, reactiva a la enfermedad de su suegra, además de una ligera anemia atribuible a sus menstruaciones que desde hace meses eran algo más copiosas de lo habitual. Prescribió un tratamiento antidepresivo con fluoxetina y un compuesto de hierro oral, le dio la baja laboral y le recomendó que no era prudente que siguiera cuidando de la convalecencia de la suegra, dadas sus preocupaciones al respecto (*"doctor, ¿lo de mi suegra es contagioso?"*).

Tras los quince primeros días de tratamiento en la revisión efectuada por su médico, manifestó que se encontraba más nerviosa, seguía durmiendo mal, las náuseas habían aumentado y el marido se quejaba de que *"ahora está más irritable y se enfada por cualquier cosa con los niños"*. Aunque su médico atribuyó su estado actual a los efectos secundarios del antidepresivo y el hierro, decidió que continuara con el mismo tratamiento hasta que recibiera el aviso para interconsulta con el psiquiatra, que solicitó ese mismo día.

Vista por el psiquiatra un mes más tarde, que apoyó el diagnóstico de su médico de cabecera y prescribió en lugar del antidepresivo inicial, 75 Mg. de amitriptilina antes de acostarse y 10 Mg. de cloracepato al desayuno, comenzó a encontrarse mejor, poco a poco, habiendo pasado desde entonces, dos revisiones más con el psiquiatra. A pesar de la mejoría inicial, apenas hace vida social, no manifiesta ilusión alguna y actualmente está en alta laboral desde hace un mes, porque su médico de cabecera lo estimó necesario, para que se recuperara y animara antes.

✦ *¿Qué espacio se ofreció en este caso a la ayuda singular de la paciente? ¿Cómo fue el "escuchar" del médico acerca de su "vivencia de enfermedad" (padecimiento)? Pensar en el "escuchar biológico" y en el "escuchar biográfico"*

✦ *¿Cómo se hace jugar las variables subjetivas en la toma de decisiones médicas?*

✦ *¿Cómo afecta la enfermedad y la vivencia de la enfermedad el proyecto de vida de la paciente?*

✦ *Las decisiones del médico clínico y del psiquiatra parecen lógicas y racionales. ¿Hay otras posibles respuestas? ¿Qué hacer ante la falta de certeza?*

Refiere molestias abdominales vagas y en dos ocasiones vómitos que ella relaciona con "como, me lleno enseguida y mi marido no hace más que regañarme para que coma aunque no tenga ganas..." Tos ocasional nocturna, sin fuerza, a la que ella misma resta interés. Desde que comenzó el tratamiento, refiere algún periodo de estreñimiento de hasta 4 días. Falta de apetito, fatiga, tristeza, con tendencia al llanto. Desconfianza ("ya sé lo que me va a decir, porque habrá hablado con mi marido, así que no se para que vengo"). Desinterés por el entorno, sin ilusión por las vacaciones de las que disfruta actualmente. ("me da lo mismo todo, con tal de que me dejen en paz"). Dice no tener ni ganas ni fuerzas para nada. Sueño suficiente en tiempo, aunque no reparador. Se levanta ya cansada.

EXAMEN FÍSICO:

Peso 49,5 Kg., (aunque llegó a pesar 46 Kg. al inicio de su proceso). Tensión Arterial 90/60. A la exploración general está consciente y orientada. No presenta signos de deshidratación. Piel seca. Palidez cutánea mucosa. Su lenguaje no verbal coincide con el típico de un episodio depresivo que aún no ha remitido, pero impresiona de gravedad. Se impone el despistaje de patología orgánica asociada por las molestias abdominales y la sensación dolorosa a la percusión en hipocondrio derecho. Abdomen blando. Molestias abdominales a la palpación profunda en hipogastrio. Malestar a la percusión en hipocondrio derecho. No hernias. Genitales externos sin alteraciones.

Causa del problema

1. Síntomas emocionales: tristeza vital, pesimismo, ansiedad, irritabilidad, apatía.
2. Síntomas somáticos: de los ritmos vitales, disfunciones neurovegetativas, molestias abdominales, anemia

Posibles diagnósticos:

Cáncer intestinal. Episodio depresivo en el curso de un cáncer intestinal. Hipocondría.

Estudio complementario solicitado:

Laparotomía exploratoria abdominal. Biopsia intraoperatoria.

Diagnóstico definitivo: Episodio depresivo en el curso de un cáncer intestinal

¿Cuál de las siguientes pautas terapéuticas parece más apropiada para el tratamiento de este caso?: ¿Por qué?

- a) Sólo cuidados paliativos.
- b) Cuidados paliativos más psicoterapia.
- c) Cuidados paliativos, más psicoterapia, más medicación antidepresiva.

Respuesta:

EVOLUCIÓN

El postoperatorio cursó sin complicaciones, pero la paciente inició un declinar físico sin solución de continuidad hasta su fallecimiento dos meses más tarde. Aunque la enferma parecía ser consciente de la gravedad de su proceso, no requirió de un modo directo aclaraciones diagnósticas, por lo que de acuerdo con sus familiares, solamente fue informada de cuanto ella misma quiso saber, proporcionándole las respuestas a sus preguntas con abierta sinceridad en todo momento y sin engaño alguno.

Consciente de la gravedad de su "proceso intestinal", pasó rápidamente a la etapa de aceptación plena de la realidad. Su preocupación fundamental consistió inicialmente en su temor, verbalizado con frecuencia, a sufrir dolores que no pudiera soportar. A medida que el tiempo pasaba y comprobaba por sí misma que eso no sucedía y que se le reiteraba la seguridad de que se pondrían los medios que hicieran falta para que no sucediera en el futuro, su estado psíquico mejoró notablemente. Por ejemplo, nunca fue pronunciada la palabra cáncer ni ninguno de sus sinónimos más habituales, ni por ella misma, ni por ninguno de los intervinientes, refiriéndonos todos al "proceso intestinal" reiteradamente.

Su proceso psíquico, fue controlado de un modo aceptable, al igual que su sintomatología orgánica. La depresión se suavizó notablemente, hasta el punto de permitir la utilización de la broma como arma terapéutica habitual, formando parte de la psicoterapia de apoyo. Las molestias abdominales persistieron, sobre todo postprandiales, si bien no llegaron nunca a la calificación de "dolor abdominal", siendo controladas los últimos 20 días preventivamente, mediante morfina oral retard en pequeñas dosis.

El fallecimiento se produjo en su domicilio, por fallo multiorgánico en el curso de una caquexia tumoral severa. Conservó plenamente la lucidez hasta 36 horas antes del fallecimiento, que entró en un cuadro estuporoso del que pasó rápidamente a un coma severo, del que no se recuperó. El apoyo familiar, fue en todo momento excelente.

UNIDAD IV

MEDICINA Y PSICOLOGÍA

La persona como sujeto-objeto de la práctica médica

Guía para Estudio Autodirigido

1. ¿Qué es la Psicología?
2. ¿Cuál es el objeto de estudio de la Psicología? ¿cómo se lo define?
3. ¿Cómo se define la conducta?
4. ¿Cuál es la relación entre conducta y personalidad?
5. ¿Cuáles son los métodos de estudio y estrategias de investigación que utiliza la Psicología? Explique cada una de ellas brevemente.
6. ¿Qué son las teorías psicológicas de la personalidad?
7. ¿Qué es el personalismo? ¿Cuál es su objeto de estudio? Mencione las características más importantes.
8. ¿Qué estudia el Conductismo? ¿En qué se basa esta teoría explicativa y cuáles son sus raíces filosóficas? ¿Qué técnicas utiliza?
9. ¿Qué es el Psicoanálisis?
10. ¿Cómo se define a la personalidad desde su concepción teórica?
11. ¿Cómo está estructurado el aparato psíquico? Explique ambas concepciones, y relaciónelas entre sí
12. ¿Qué diferencias existe entre instinto y pulsión?
13. ¿Por qué se dice que el súper yo es el heredero del Complejo de Edipo?
14. ¿Qué importancia tienen la herencia y el ambiente en la estructuración de la personalidad?
15. ¿Por qué es importante estudiar el desarrollo humano? Desarrolle brevemente las características más importantes que acontecen durante cada una de las etapas evolutivas del desarrollo de la personalidad. (Tenga en cuenta crecimiento físico, desarrollo intelectual y desarrollo psicosocial)

16. Se considera que la sexualidad es una dimensión constitutiva en el desarrollo de la personalidad. Mencione y explique los factores que intervienen en el desarrollo de la identidad sexual.
17. ¿A qué llamamos conducta sexual sana?
18. Mencione y explique las funciones psíquicas o psicobiológicas.
19. ¿Qué son los patrones de comportamiento?
20. Destaque la relación existente entre los patrones de comportamiento y problemas de salud.
21. Defina los mecanismos de defensa y explicita la función de los mismos.
22. ¿Cuáles son las posibles reacciones psicológicas o conductas defensivas que adopta una persona ante la vivencia de enfermar?
23. ¿Qué es la percepción subjetiva de la enfermedad?
24. «*Sentirse enfermo*» y «*enfermedad evaluada médicamente*» ¿es lo mismo? ¿Por qué?
25. Explique brevemente qué significa «*enfermedad definida médicamente sin enfermedad percibida subjetivamente*»? y «*enfermedad percibida subjetivamente sin enfermedad definida médicamente*»
26. ¿Por qué se utiliza el concepto de salud mental y no el de normalidad psíquica?
27. Mencione las características de una persona mentalmente sana.

Tanto la conciencia, la conducta, el inconsciente o el conocimiento son distintas dimensiones humanas propuestas por las diferentes corrientes psicológicas como objetos a estudiar y núcleos para comprender la actividad psíquica.

Desde su nacimiento las personas se encuentran necesitadas de relacionarse con sus semejantes, de modo tal que la vida de una persona transcurre en ámbitos grupales, institucionales, comunitarios, sociales. Su núcleo familiar es el primer grupo al cual el individuo pertenece, y en el cual transcurren sus primeras experiencias sociales. Precisamente estas primeras experiencias sociales –de interrelación humana– van a constituirse en el núcleo que moldeará su comportamiento social futuro. Cada ser humano pertenece a distintos grupos sociales –su familia, su ocupación y trabajo, el club, los amigos, etc.– y en cada uno de ellos las expectativas y responsabilidades que debe asumir son distintas. Se desempeñará de un modo específico según el grupo en que se encuentre en ese momento; precisamente esa diversidad de ámbitos requieren del mismo individuo distintos comportamientos: en un lugar recibirá órdenes, en otro los dará.

Le proponemos realizar una serie de actividades que lo aproximan a la reflexión sobre la conducta humana, que ha sido escogida como objeto de estudio por algunas corrientes psicológicas.

EJERCICIOS

Actividad 1

Una famosa frase popular refiere: *“Dime con quién andas y te diré quién eres”*

Tal como lo sosteníamos en la presentación, nuestra vida transcurre compartiendo espacios con otros individuos.

a. *Enumere los grupos o instituciones por los que haya pasado y que considere hayan tenido importancia significativa en su vida.*

b. *Describa alguna de las conductas que usted cree han sido influidas o determinadas por esos grupos.*

Actividad 2

Generalmente se afirma que las personas "tienen el carácter parecido al padre o a la madre", dando por supuesto con esa afirmación que el carácter de un individuo se hereda.

a. *¿Qué le sugiere la afirmación "De tal palo tal astilla"?*

b. *Intente recordar las ocasiones en que han comparado su carácter con el de sus padres. Haga un listado con aquellos "rasgos" de carácter sobre los que se ha creado la comparación.*

c. *Pensemos ahora el siguiente fenómeno: los gemelos univitelinos (gemelos originados a partir de un mismo óvulo), poseen una herencia rigurosamente idéntica; sin embargo poseen caracteres diferentes. ¿A qué atribuiría usted esas diferencias?*

Actividad 3

A continuación usted encontrará un fragmento perteneciente a la obra literaria *Los hechizados* de Gombrowicz, W., Editorial Edhasa, Barcelona 1986, después de leerlo indique qué área de la conducta predomina en él.

"De pronto, el digno anciano estornudó, abrió los ojos, percibió al joven que lo observaba, y abrió más los pálidos ojos azules que parecieron salirse de las órbitas, como si estuviera viendo un espectro. Enrojeció. Movi6 los labios tratando de decir algunas palabras".

4- Para trabajar con la temática: CONDUCTA Y PERSONALIDAD

La menopausia forma parte de un proceso que, a partir de las modificaciones endocrinas del eje hipotálamo-hipófiso-gonadal, condiciona en la mujer el cese de la menstruación. Es una época que constituye en la mujer un período de gran complejidad por la indisociable interacción de las dimensiones biológica, psíquica, sociocultural y médico-social.

Lea los siguientes casos:

Caso N° 1

Miriam, 49 años de edad, casada, con dos hijos, asiste a la consulta por menopausia. Desde que nota los primeros síntomas realiza controles periódicos, trata de cuidarse más y manifiesta sentirse más tranquila, ya que desapareció en ella el temor a no quedar embarazada.

Caso n° 2:

Laura –la amiga con quien Miriam suele asistir a las consultas– es una mujer sana de 49 años, casada, con tres hijos. Desde que presenta síntomas de menopausia siente ansiedad, “sensación de tristeza”, decaimiento y desganado. Posteriormente le relata al médico que se siente poco atractiva, con sensación de que lo que ella realiza es poco útil para su entorno.

⇒ *¿Qué explica las diferencias entre ambas amigas ante las modificaciones que originan la menopausia dentro del ciclo vital?*

⇒ *¿Qué aportan los modelos personalista, conductista y psicoanalítico a la comprensión del modo en que transitan la menopausia estas dos mujeres?*

5- Ejercicios para Funciones del yo y Mecanismos de defensa

a- Dos jóvenes tomaron un colectivo recibiendo un trato poco amistoso por parte del chofer. Uno de ellos experimentó indignación, reflexionó y consideró que no valía la pena enfrentarlo, atribuyendo la situación a los problemas del transporte. Su

compañero, de condición más humilde, comprendió la conducta del chofer, e inmediatamente la relacionó con los bajos salarios y las dificultades económicas que esta persona podría tener.

¿Qué defensas actúan en cada uno de estos jóvenes?

b- Jorge realizaba un prolijo examen del material que estaba observando antes de arribar a una conclusión definitiva y en general prefería repetir la prueba hasta estar seguro. Mario, en cambio, apenas le echaba un vistazo, y el resto lo basaba en su imaginación creativa. Sus constantes errores los consideraba de menor importancia y otras veces directamente no aceptaba haberse equivocado. Mencione la función yoica implicada en esta situación y las defensas movilizadas por Mario.

c- El paciente comenzó a exigir la presencia casi permanente de la enfermera; se tornó caprichoso y rechazaba la comida. Llevaba un tiempo prolongado de internación y su estado general había empeorado; no obstante, el médico, afirmaba verlo en franca recuperación y atribuía la conducta desordenada de su paciente a problemas administrativos.

¿Qué defensas están implicadas en estas personas?

d- El alumno se retiró preso de mucha hostilidad, luego del entredicho con un empleado administrativo. Al llegar a su departamento, sorprendentemente recriminó a su compañero por el desorden de la habitación. ¿Qué mecanismo de defensa utilizó para canalizar la pulsión agresiva?

e- Cuando el médico le preguntó a la paciente sobre sus experiencias de pareja, afirmó que siempre había observado una conducta moral, y que su único interés se centraba en su actual actividad de cuidar ancianos en un asilo. ¿Qué defensas observa en esta conducta?

f- El alumno observó detenidamente el objeto, lo reconoció luego de pasar por alto algunos detalles irrelevantes y meramente accidentales. ¿Qué función yoica estuvo implicada en este acto de conciencia?

g- La persona estaba aterrorizada cuando salió del edificio en llamas. Se expresaba con dificultad, no coordinaba las ideas al punto que le costaba informar su domicilio. El lenguaje era confuso y estaba muy excitada. Este desorden en su conducta fue desapareciendo a medida que logró tranquilizarse. ¿Qué función yoica estuvo transitoriamente comprometida en esta emergencia?

6- Lea el siguiente caso:

Roberto tiene 28 años. Está casado y tiene dos hijos: un varón de tres años y una nena de 5 meses. Trabaja en la administración de una pequeña empresa. Acaba de escuchar de su médico el diagnóstico de insuficiencia renal. Ni siquiera podemos empezar a comprender lo que debe estar atravesando ahora. Pensar en cómo puede cambiar su vida debe ser difícil. Es duro vivir con insuficiencia renal, tanto para el paciente como para su familia y amigos.

El médico le ha asegurado que no está sólo en esto. Son muchas las personas que padecen una enfermedad renal moderada a grave y casi todos ellos tienen una vida plena, feliz e incluso sana. Le dijo que la insuficiencia renal crónica no debe ser agobiante para él y para sus seres queridos.

Responda:

1. -¿Cuáles son las posibles reacciones de un paciente ante el diagnóstico de una enfermedad crónica que –sabe- cambiará para siempre su vida?
2. -¿Qué reacciones psicológicas se pueden desencadenar en él?
3. -¿Qué mecanismos de defensa se podrían llegar a manifestar?

7- A partir de la lectura de la temática referida a "La percepción subjetiva de la enfermedad" y "El conocimiento subjetivo de la enfermedad" en el Manual de Cátedra, reflexione acerca de los siguientes casos.

Caso 1

Gastón (15 años) practica fútbol en un club cercano a su casa. Al realizarse los controles y estudios médicos necesarios para obtener el apto físico y federarse en la asociación cordobesa de fútbol, se le encuentra un prolapso de válvula mitral. El hallazgo de la patología fue casual, pues el joven no presentaba síntomas o manifestación clínica alguna.

A partir de que Gastón conoce este diagnóstico e indaga acerca de esta disfunción, comienza a sentir palpitaciones de manera recurrente y dolores inespecíficos en el pecho, solicitando la consulta médica a domicilio frecuentemente.

Prolapso de la válvula mitral

¿Qué es un prolapso de la válvula mitral?

Un prolapso de la válvula mitral es una protuberancia que se forma cuando el corazón se contrae. El corazón está dividido en 4 cámaras. Estas cámaras se llenan de sangre que luego se bombea al resto del cuerpo para nutrirlo. Para realizar la acción de bombeo, el corazón tiene 4 válvulas que se abren y se cierran para que la sangre pueda moverse hacia delante. La válvula mitral es una válvula del corazón compuesta de 2 aletas de tejido, llamadas valvas, que se abren y se cierran. Está ubicada entre la cámara superior (aurícula) y la cámara inferior (ventrículo) en el lado izquierdo del corazón.

Una deformidad de la válvula mitral puede hacer que las valvas no se cierren bien. A veces esto permite que un poco de sangre fluya hacia atrás en el corazón. Sin embargo, con mayor frecuencia, el prolapso de la válvula mitral no produce síntomas ni problemas.

Cuadro clínico ¿Cuáles son los síntomas? *En la mayoría de las personas no se observan manifestaciones clínicas. Sin embargo algunas pueden presentar síntomas generales como: breves periodos de latidos rápidos o saltados, palpitaciones, dolor de pecho, mareos, fatiga, dificultad para respirar, ansiedad. Estos síntomas se pueden notar más cuando se está realizando una actividad física.*

Nota: *Si bien es un cuadro que en su gran mayoría presenta un curso benigno, puede presentar algunas complicaciones, raras afortunadamente, como la endocarditis bacteriana, muerte súbita y la embolia cerebral.*

¿Cómo se diagnostica? *Muchas veces el prolapso de la válvula mitral se descubre durante un examen físico de rutina, cuando el profesional médico escucha el corazón con un estetoscopio. Cuando el músculo del corazón se contrae, las valvas estiradas de la válvula producen un 'clic' que el profesional podrá distinguir. Si la válvula tiene una fuga, el médico podrá escuchar un soplo.*

La mejor manera de diagnosticar un prolapso de la válvula mitral es con un ecocardiograma, que es un ultrasonido del corazón. La imagen producida por las

ondas sonoras muestra el prolapso, junto con cualquier engrosamiento de las valvas y cualquier fuga de sangre que se pueda producir a través de la válvula con prolapso. El ecocardiograma puede mostrar si las valvas se han engrosado o estirado demasiado, lo que indica que corre un mayor riesgo de tener problemas serios.

¿Cómo se trata? En la mayoría de las personas que tienen un prolapso de la válvula mitral los síntomas son pocos o no se presentan por lo que no se requiere tratamiento pues no causa ningún problema serio.

El tratamiento, de ser necesario, se basa principalmente en el alivio de los síntomas y la prevención de la aparición de complicaciones. Algunos medicamentos, como los betabloqueantes, pueden ser muy efectivos para el alivio de las palpitaciones y la disminución de la presión con el cambio de posición.

Pronóstico La recuperación de la persona depende de lo que esté causando el prolapso de la válvula mitral. La mayoría de las veces la afección es inofensiva y asintomática, pero cuando se presentan síntomas, éstos se pueden tratar y controlar con medicamentos o cirugía.

Caso 2

La Sra. Emilia (45 años) ha sido diagnosticada de hipertensión arterial, por lo que se le ha indicado enalapril, en dos tomas diarias. Cuando va a comprar el medicamento para la hipertensión le dice a su farmacéutico: "Sé que el Dr. Pérez me dijo que necesitaba este medicamento, pero... yo me encuentro bien. Mi madre y mi padre vivieron hasta los 90 años y nunca tomaron ninguna medicación. Probablemente yo tampoco necesite tomar nada y mucho menos dos veces por día".

Las siguientes preguntas pueden guiar el análisis de los casos presentados:

1. En cada caso, establecer la relación que se observa entre el "sentirse enfermo" y "la enfermedad evaluada médicamente".
2. ¿Cuáles son algunos de los elementos que conformarían el "modelo explicativo" del paciente en cada uno de los casos trabajados?
3. De acuerdo a lo respondido en la pregunta anterior ¿es posible identificar factores socioculturales en la experiencia subjetiva de enfermedad?
4. En alguno/s del / de los pacientes ¿se observan procesos de somatización? ¿Cómo se manifiestan?

5. Establecer posibles consecuencias de la existencia de una marcada incongruencia entre el *"sentirse enfermo"* y *"la enfermedad evaluada médicamente"*, tanto para la calidad de vida del paciente como para el correcto tratamiento médico.
6. ¿Qué recaudos debieran tomar los profesionales de la salud en los casos clínicos presentados?

8-¿Qué mecanismos de defensa evidencian expresiones y/o conductas como las siguientes...?

1. Estar gran parte del día irritado, sospechar de intereses particulares del médico o del sistema de salud, acusar a las enfermeras que lo asisten en la diálisis, etc.
2. *"Solía salir mucho. Ahora evito a la gente"*. Un par de semanas después de iniciada la diálisis, en un paciente con insuficiencia renal, aún sintiéndose mejor físicamente, comienza a alejarse de su familia y amigos, no compartiendo con nadie sus pensamientos y sentimientos.
3. *"Ya nunca salgo. Mi familia no sabe qué hacer conmigo"*. Comenzar a depender mucho, o exclusivamente, de sus familiares. Rehusar ver amigos, a veces negarse a comer, pretender que se lo consienta en sus caprichos.
4. *"Últimamente me he sentido bien, pero mi familia sigue fastidiándome acerca de cumplir con mi dieta. ¿Cuál es el problema? No estoy tan enfermo."*

9- CASO CLÍNICO

La psoriasis es una enfermedad crónica, de etiología no bien conocida aún, pero que presenta un acortamiento del ciclo celular con alteraciones en la maduración de los queratinocitos. Tiene diferentes formas de presentación, siendo la psoriasis vulgar la más frecuente, y la pustulosa una de las más raras. En esta última, la lesión predominante son las pústulas estériles y así mismo, puede ser localizada o generalizada. Existe además la afección articular asociada, la artritis psoriásica, siendo poco frecuente, pero se ha asociado más a la forma pustulosa. Se presenta el caso de un paciente masculino de 34 años de edad, con diagnóstico de psoriasis pustulosa y espondiloartropatía.

CASO

Se trata de paciente del sexo masculino de 34 años de edad originario y residente de Unquillo, quien acude al Servicio Dermatológico de una clínica de la ciudad de Córdoba por padecimiento de un año de evolución, el cual inicia con granitos y costras en cabeza y piernas, presentando en éstas, dolor tipo ardoroso. Como antecedentes de importancia, menciona presentar limitación progresiva de la marcha, de 16 años de evolución, cursando con rigidez articular; por lo cual recibió tratamiento con prednisona por 15 meses. Al aparecer las lesiones cutáneas, utilizó betametasona tópica por aproximadamente 10 meses. Presenta dermatosis diseminada a cabeza, tronco y extremidades inferiores, de los que afecta: piel cabelluda, región lumbosacra, cara anterior de muslos, y caras anteriores y posteriores de piernas. Dermatosis de aspecto polimorfo, constituida, en cabeza, por eritema, escama y pústulas, que conforman 3 placas de aproximadamente 3 cm de diámetro en tronco por eritema y numerosas manchas hipercrómicas de forma y tamaño variables; y finalmente en extremidades inferiores, por eritema, escama, exulceraciones, incontables pústulas, (algunas confluyen formando "lagos de pus") que conforman 5 placas de forma irregular, de aproximadamente 15 x 30 cm.

En las radiografías se observó: osteopenia, fracturas por compresión y fusión de cuerpos vertebrales en columna lumbar; sacroileítis grado IV bilateral, subluxación de todas las articulaciones metatarsofalángicas de ambos pies.

Con todos los datos mencionados, se establece el diagnóstico presuntivo de psoriasis pustulosa, además se consideró la posibilidad de estar asociada a artropatía psoriásica axial. Por lo que se solicitó valoración por el Servicio de Reumatología. Donde, en base a sus antecedentes se interrogó intencionalmente, y el paciente mencionó dolor lumbar nocturno, dolor en cuello, tobillos y pies, limitación de movimientos en cuello, rigidez de columna y limitación para la marcha. Se detectó hipersensibilidad en las entesis aquilea y plantares.

Se realiza biopsia incisional en piel cabelluda cuyo estudio histopatológico reporta: Epidermis con hiperqueratosis y paraqueratosis focal, presencia de

microabscesos de Munro y pústulas espongiiformes, hipogranulosis. Dermis con moderada reacción inflamatoria. El diagnóstico es compatible con psoriasis.

Finalmente, se establece el diagnóstico definitivo de psoriasis pustulosa y espondilitis anquilosante. Se inicia tratamiento con medicación y Manejo reumatológico (establecido por el Instituto Nacional de Rehabilitación).

Un mes después es valorado, presentando resolución de lesiones en aproximadamente 90%, cursando con remisiones temporales del dolor lumbosacro. Se continúa aún con medicación y el tratamiento reumatológico. Continúa en reducción de esteroides, hasta su suspensión. Se realizarán consultas periódicas para seguimiento, tanto dermatológico como reumatológico.

Antes de continuar con la lectura del caso establecer...

1. ¿Qué datos referidos a aspectos psicosociales son importantes indagar en la historia clínica del paciente para posibilitar un abordaje más integral de su enfermedad?

2. ¿Qué comportamientos y actitudes deben ser tenidos en cuenta?

Aspectos ambientales y psicosociales incidentales

Indagado acerca de su condición de vida, el paciente expresa que trabaja con un tío suyo dedicado a la reparación de electrodomésticos. Vive con su mamá y una hermana menor y manifiesta tener buena relación con ellas. Los dolores crónicos y las dificultades en la marcha complican la realización de actividades cotidianas, pero –dice– no le ocasionaron problemas en su trabajo.

Ante las preguntas del médico se lo observó retraído, gran parte de sus respuestas consistieron en monosílabos acompañados de gestos contenidos. Cuando se lo interrogó por el tiempo de evolución de las manifestaciones de la psoriasis expresó: “no vine antes, porque mi madre estaba enferma y no quería preocuparla”. Destacó que recién en las últimas semanas el aspecto de las escamas había empeorado. Y comentó casi al pasar y con cierto nerviosismo que esto coincidió con el hecho de que el dueño de la casa que alquilan amenazara con desalojarlos. Pasaron algunas semanas muy difíciles y de mucha tensión hasta que lograron pagar la deuda que tenían.

Se mostró dispuesto a realizarse los estudios y pruebas solicitadas, aunque se lo observó preocupado por los gastos que implicarían. Esperaba que todo esto no preocupara más a su madre.

Para concluir el análisis...

3. ¿En qué tipo de patrón de comportamiento puede ser ubicado el paciente? Justificar la elección realizada.

4. Considerando las características de personalidad y las actitudes típicas del patrón de comportamiento identificado ¿Qué recaudos habría que tener en el abordaje del caso?

10-

El abordaje de aspectos psicológicos de pacientes que han sufrido un episodio agudo coronario es de gran importancia. Por una parte, porque una elevada proporción de estos sujetos son personas con un patrón de conducta TIPO A, altamente expuestas a estrés psíquico. Por otro lado, la aparición de un evento coronario agudo conlleva efectos devastadores sobre el estado de ánimo de las personas que lo sufren. Esto debido a que los individuos que padecen un infarto suelen ser personas que hasta ese momento se consideraban sanas y que, a partir del infarto, se encuentran sometidos a una terapia médica muy agresiva. De tal modo, es frecuente que presenten trastornos depresivos de diversos grados. Así, la presencia de depresión mayor tras un infarto de miocardio constituye un factor de riesgo importante de muerte en los seis meses posteriores.

- ⇒ Antes de la lectura y análisis del caso que a continuación se describe, establecer las características asociadas al patrón de conducta TIPO A, y que predisponen a los individuos a mayores niveles de estrés psíquico.

CASO CLÍNICO:

Mujer; 36 años. Profesión: Administrativa. Hábitat: Gran ciudad.

La paciente consulta por cuadro de dolor torácico retroesternal de carácter opresivo y continuo, irradiado a ambos brazos e intensa sudoración, que se inicia tras esfuerzo considerable: subir tres pisos corriendo y que no cede en reposo. Se acompaña de cortejo vegetativo importante y persiste a su llegada a urgencias, 75 minutos después del inicio del cuadro. No presenta hipotensión ni taquipnea, ni fiebre, ni taquicardia, aunque sí parece afectada por la intensidad del dolor. En la exploración destaca soplo diastólico II/IV en foco aórtico y chasquido de apertura con arrastre en foco mitral. Ausencia de datos patológicos en la exploración pulmonar o abdominal.

Antecedentes personales relevantes: No HTA, no dislipemias, no diabetes mellitus, no fumadora, no bebedora, no abuso de drogas. Cardiopatía reumática crónica inactiva con estenosis mitral ligera-moderada e insuficiencia aórtica ligera. Valvulopatía mitro-aórtica con diagnóstico un año antes de estenosis mitral e insuficiencia aórticas leves. Actualmente en tratamiento con Adiro 200 mg. Nunca dolor torácico previo ni enfermedad cardiovascular alguna. Ningún antecedente médico de interés en familiares directos.

Tratamiento actual: anticonceptivos orales (en el día del ingreso en Urgencias se halla en el primer día de menstruación)

Exploración Física: TA: 120/90. FC: 70lpm. T: 37°C.. Conciente y orientada, bien hidratada, sudorosa y afectada por el dolor. Abdomen: normal.

Con la sintomatología especificada, la primer prueba que se le realiza fue un electrocardiograma.

Diagnóstico: infarto agudo de miocardio.

Comentarios:

La paciente presentaba un cuadro de dolor torácico típico para cardiopatía isquémica, tanto por las características como por la duración y el cortejo vegetativo acompañante. A pesar de la tipicidad de la clínica, la paciente era de muy bajo riesgo para cardiopatía isquémica –mujer fértil, sin factores de riesgo coronario conocidos- por lo que solamente a la vista de las pruebas complementarias (ECG, enzimas, etc.) se pudo establecer con certeza el origen cardiológico del dolor.

El ECG de Urgencias mostraba una corriente de lesión en cara anterior que, junto con el dolor, hizo que la paciente ingresara en la Unidad Coronaria con el diagnóstico de infarto agudo de miocardio de localización anterior en evolución, diagnóstico posteriormente confirmado por la elevación de las enzimas cardíacas.

Dada la baja probabilidad de aterosclerosis coronaria en esta paciente y una vez descartado el origen vasoespástico, se tomó como primera hipótesis la posibilidad de una embolia coronaria como desencadenante del infarto. Sin embargo, el cateterismo cardíaco descartó tanto esta etiología como la aterosclerótica, al poner en evidencia la existencia de una disección espontánea de la arteria descendente anterior en su tercio proximal. Esta entidad constituye una excepcional causa de IAM y ha sido descrita, en mujeres embarazadas. Su etiología no está clara, habiéndose relacionado con los cambios hormonales que concurren en estas mujeres. Como la paciente estaba en tratamiento con anticonceptivos, se intentó establecer una similitud hormonal entre el embarazo y el anticonceptivo específico que tomaba, sin lograrse establecer correlación a ningún nivel, no pudiendo realizar –ni siquiera a nivel especulativo- una hipótesis de la patogenia del caso.

1. En este caso ¿Qué datos referidos a aspectos psicosociales de la paciente deben ser indagados, a fin de posibilitar un abordaje integral de su afección?
2. Considerando las características de personalidad y actitudes típicas del patrón de comportamiento TIPO A y su vinculación con episodios agudos coronarios ¿Qué recaudos habría que tomar en el abordaje del caso?

11- PSEUDOCIESIS: un caso de interés

*El presente caso clínico expone la exploración de los factores conscientes e inconscientes que conducen a la estructuración de un cuadro de **Pseudociesis**, considerado como la más angustiada condición psicosomática de la que se tenga noticia en la literatura médica y la única cuya etiología psicológica no admite ningún género de dudas.*

María es una paciente de 34 años de edad con un embarazo de 28 semanas, referida a la emergencia de un Centro Materno Infantil por presentar ausencia de latidos cardíacos fetales. Su gestación había sido diagnosticada y controlada en la consulta ambulatoria del mismo centro asistencial. Ingresó a la emergencia con un embarazo aparente de 28 semanas. Al interrogatorio reportó movimientos fetales desde los cinco meses de amenorrea, acompañados de otros síntomas propios del embarazo como aumento de peso, mareos, vómitos, hipersomnias y aumento del apetito. Al examen físico presentaba: aumento del volumen abdominal correspondiente a las semanas de embarazo referidas, modificaciones en las glándulas mamarias consistentes en turgencia, secreción de leche, pigmentación y aumento de tamaño de las papilas.

Se evidenció la ausencia de latido cardíaco fetal que ameritó ecosonograma, el cual reportó ausencia de partes fetales.

Se le informó a la paciente que no estaba embarazada. Mostró poca comprensión de la situación y negación, por lo cual se procedió a realizar estudio radiológico de pelvis. En presencia de la paciente se comparó su radiografía, con ausencia de partes fetales, con la de una gestante en avanzado estado de gravidez. En el momento que fue evidente para ella la diferencia entre las dos radiografías, el volumen

abdominal comenzó a disminuir visiblemente, y la paciente expresó gran confusión y tristeza por la noticia.

Se ingresó a la paciente con la siguiente impresión diagnóstica:

- 1.- Falso embarazo.
- 2.- Reacción depresiva.
- 3.- Trastorno de Personalidad dependiente.

Antecedentes personales relevantes

- 1.- Trastorno del ciclo menstrual de cinco (5) meses de evolución, caracterizado por amenorrea, presentando sangrado escaso por genitales en los primeros dos meses.
- 2.- Aumento del volumen abdominal acorde al tiempo del "embarazo".
- 3.- Modificaciones en las glándulas mamarias consistentes en: turgencia, secreción de leche y calostro, pigmentación y aumento del tamaño de las papilas, coincidente con el inicio de la amenorrea actual.
- 4.- Sensación subjetiva de movimientos fetales.
- 5.- Prueba de gonadotropina coriónica positiva desde el comienzo de la amenorrea.
- 6.- Historia obstétrica: tres (3) gestas, tres (3) cesáreas, con embarazos de alto riesgo que ameritaron esterilización quirúrgica posterior a última cesárea, hace tres años. Es de hacer notar que este último dato no fue aportado por la paciente sino por su hermana, quien refirió: *"Nosotros desde el principio nos dimos cuenta que ella no estaba embarazada, pero no entendíamos por qué tenía los cambios. Ella se vio muy mal en el último embarazo y en la cesárea. Se le subía mucho la tensión en los embarazos. En el último tuvieron que llevarla a terapia intensiva y fue cuando la familia decidió autorizar la esterilización durante la cesárea. Después le dijimos y ella lo aceptó. Ahora está obsesionada por darle un hijo a este marido y pareciera que no acepta que no puede."*
- 7.- Uso de anticonceptivos orales con regularidad desde su convivencia con la pareja actual. *"Cuando me uní a José, le dije que iba a seguir tomando los anticonceptivos hasta que lo conociera bien, pero después me insistió que le diera un hijo. Por eso dejé de tomarlos."*

Datos relevantes de la biografía

María es producto de una unión concubinaria. Es la menor de siete (7) hermanos y siempre estuvo muy cercana a los cuidados de la madre. Estudió hasta el primer año de bachillerato, pero su progenitora decidió que no continuara *"por evitarle que estuviera sufriendo porque le costaba estudiar"*. *"Me quedé en casa ayudando a mi mamá en las cosas del hogar. Así se me fue pasando el tiempo. Cuando conocí a mi primera pareja, me ofreció una casa y ocuparse de mí, si lo aceptaba. Después que me embarazó, nunca me dio la casa y de repente se desapareció. Recuerdo que me afectó mucho que me hubiese engañado. Mi mamá y mis hermanas me ayudaron a superarlo y al tiempo conocí a mi segundo marido. Con él tuve dos hijos. Los embarazos fueron muy difíciles, porque se me subía la tensión y me hinchaba. Cuando me embaracé del tercero, él me abandonó y al final del embarazo se me subió tanto la tensión que estuve muy grave..... Nunca lo volví a ver.....Hace un año me encontré a José y con él me he sentido muy bien. Me ha tratado como ninguno y hasta quiere a mis hijos. Me da plata para que les compre sus cosas. Como él no tiene hijos me pidió, hace 6 meses, que dejara de tomar las pastillas anticonceptivas para que le diera un hijo y así lo hice,*

porque por primera vez me encontré a un hombre que me quiere y se ocupa de mí, y no me ha abandonado."

La paciente recibió atención durante dos meses por el servicio de psiquiatría. Desde el comienzo se mostró sorprendida de no tener "el embarazo" y seguía pensando que "sin duda" pudo haberlo perdido en alguno de los sangrados.

Evolución

María fue dada de alta de la hospitalización del Servicio de Obstetricia, una vez obtenidos todos los resultados de las pruebas de laboratorio. Previamente, se le dio cita para su asistencia a las consultas sucesivas de psiquiatría. Asistió durante dos meses, iniciando el tratamiento con psicoterapia de apoyo, por la reacción de duelo y ansiedad que presentó posterior a la noticia. Fue necesario indicarle fluoxetina 20 mg/día por presentar síntomas que interferían con sus tareas habituales, caracterizados por: sentimientos de tristeza, apatía, abulia e insomnio. Posteriormente, se dirigió el tratamiento hacia la exploración de los factores conscientes e inconscientes que condujeron a la estructuración del cuadro de Pseudociesis. Se le administró el Cuestionario de Personalidad SCID-II, que reportó: Trastorno de Personalidad Dependiente. Se pudo entender que la paciente tenía amplias razones para darle un hijo a la pareja actual, quien representaba para ella una figura de valor que no quería defraudar. Su deseo fue tan intenso que en las primeras sesiones, nunca nombró el antecedente de la esterilización quirúrgica. Al explorar el conocimiento o la negación de esto, manifestó: *"Cuando eso sucedió yo estuve muy grave, y nunca me quedó claro si eso me lo hicieron o no. Yo no estoy segura de eso...."*. Ante la incertidumbre de la paciente, se solicitó el informe del servicio en donde había sido intervenida, con la finalidad de demostrarle la esterilización. Se logró el objetivo cuando, a través de un estudio específico, (histerosalpingografía) se le mostró la ausencia de trompas. A partir de ese momento, el trabajo con la paciente consistió en hacer psicoterapia con la asistencia de la pareja, con el fin de dar apoyo ante la imposibilidad de tener hijos propios.

Para analizar el caso:

1. Subrayar y resumir los datos de la historia clínica que resultan relevantes para establecer la etiología del cuadro de Pseudociesis en esta paciente.
2. ¿Consideran adecuado el modo de abordar el caso por parte de los facultativos?
¿Por qué?
3. Establecer y especificar algunos de los mecanismos de defensa observados en la paciente.

UNIDAD V

MEDICINA Y SOCIEDAD ***Nociones básicas de Sociología***

Guía para Estudio Autodirigido

1. ¿Qué es y qué estudia la Sociología?
2. ¿Qué estudia la Sociología Médica o Sanitaria?
3. ¿Cuál es la definición de sociedad humana?
4. ¿Qué es una institución? ¿Cuáles son sus características generales?
5. Mencione factores de estabilidad social. Diferencie entre status y rol.
6. Sintetice los factores de cambio social.
7. ¿A qué se denomina Anomia? ¿Cuáles son las teorías que refieren a esta temática?
8. Lea atentamente en el manual de cátedra la temática referida a Incidencia de la pobreza en las condiciones de salud y Exclusión/inclusión social. A continuación realice una síntesis destacando las implicancias más importantes de éstos en el proceso de salud-enfermedad de los individuos y sus repercusiones en el sistema de salud de nuestro país.
9. Defina grupo primario y grupo secundario, diferencie entre ambos.
10. ¿Cuál es la importancia de la familia en el seno de la sociedad?
11. Sintetice brevemente las funciones básicas que debe satisfacer la familia como institución.
12. ¿Cómo se clasifican las familias en nuestra sociedad actual? Mencione ejemplos de familias que configuran tipologías con problemáticas específicas.
13. Defina violencia, mencione los tres tipos de violencia detallando las formas más frecuentes de violencia doméstica.
14. ¿Qué es la medicina familiar?
15. ¿Qué actividades desempeña el médico de familia?
16. ¿Cuál es el rol específico del médico de familia?

Ejercicios

1- En el siguiente texto se presentan situaciones, referencias y hechos relacionados con el marco conceptual de las ciencias sociales. Deberá Ud. reconocer y subrayar los siguientes indicadores:

- Roles
- Status
- Control social
- Prejuicio social
- Grupo primario
- Grupo secundario
- Estratificación social
- Cambio social
- Nivel socioeconómico y cultural

Texto:

Un médico argentino, fue admitido como Residente en un hospital de otro país. Debía desempeñarse como médico de sala y participar en grupos de aprendizaje.

Al comienzo integró un equipo de emergencia coronaria como asistente de cardiología. Pronto, se relacionó con otros médicos argentinos, con quienes solía reunirse para charlar y recordar a sus familias.

Las normas del hospital eran estrictas y su trabajo era permanentemente supervisado por el jefe de servicio en reuniones técnicas. En general, de los médicos sudamericanos se tenía el concepto de que eran poco eficientes, por lo que se tendía a mantenerlos en niveles inferiores dentro de la jerarquía del hospital. No obstante, los médicos argentinos, habían logrado modificar la tradicional frialdad y rigidez en las normas que regían las relaciones interpersonales. El Dr. B. debió asistir a un grupo de pacientes procedentes de villas de emergencia. Éstos eran campesinos que tenían muy bajos ingresos y realizaban tareas manuales para subsistir.

Con el tiempo, el joven profesional logró, gracias a su tenacidad, un cargo docente instructor, y como tal, debía capacitar a residentes de los primeros años.

2- Relacione ambas columnas colocando en el paréntesis de la izquierda el número que corresponda:

() Atención integral, integrada y continua	1. Instituciones
() Proceso dinámico a través del cual el individuo aprende pautas de comportamiento.	2. Aspectos de la cultura
() Familia, escuela, Iglesia.	3. Socialización
() Inculcar disciplina básica, enseñar funciones sociales, habilidades, actitudes.	4. Metas de la socialización
() Tecnología, sistemas de creencias, artes, lenguaje y escritura.	5. Grupos primarios
() Vínculos cálidos y personales	6. Funciones básicas de la familia
() Afecto, reproducción sexual.	7. Medicina familiar

3- La temática que aborda La Unidad "Medicina y Sociedad" refiere a los aportes de la Sociología para el estudio del individuo/ familia/sociedad.

Al finalizar La Unidad el alumno estará en condiciones de identificar algunos de los determinantes que influyen en el transcurso vital y en el proceso de enfermar de las personas.

Textos a trabajar:

Guía para el estudio dirigido "Unidad de Medicina y Sociedad"
Unidad V "Medicina y Sociedad".

Núcleos problemáticos:

1. ¿Por qué incluimos el estudio de la familia en la práctica médica?
2. ¿Qué datos se deben incluir en el análisis de la situación de salud de un paciente para poder realizar un diagnóstico integral?
3. ¿Cuál es el rol que desempeña el médico de familia?

4. ¿Dónde, cuándo y cómo interviene el médico de familia?

Caso Clínico

María tiene 18 años, es hija de una familia reconstituida. Tiene dos hermanos varones de un matrimonio anterior de su mamá. Ingresó a la universidad este año y consulta a un médico del centro de salud porque desde hace unos meses se despierta a la madrugada y le cuesta conciliar el sueño nuevamente. Manifiesta que inmediatamente siente como "opresión en la garganta", "el corazón parece que se me sale de la boca" "transpira copiosamente y siente las manos y los pies fríos".

Consigna.

¿Qué datos necesitarían relevar para conocer la situación de salud de María e intentar realizar una aproximación diagnóstica?

