

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS



Manual de Contenidos

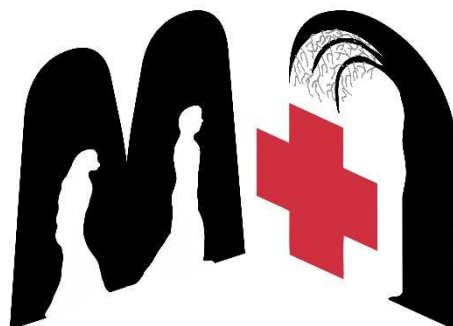
Cátedra de

MEDICINA ANTROPOLÓGICA



PERIODO LECTIVO 2014

Cátedra de Medicina Antropológica



Profesor Titular

Prof. Dr. Eduardo Halac

Profesora Adjunta

Prof. Lic. Silvina M. Trucchia

Profesores Asistentes

Prof. Lic. Antonia M. Cortés

Prof. Lic. Nora C. Krabbe

Prof. Lic. Jorge H. Manrique

Prof. Med. Adriana B. Meletta

Lic. Eduardo Patiño Porcel

Prof. Med. Carmen M. Roqué

Prof. Med. Martín Roqué

Prof. Lic. Mónica Sabadías

Secretario de la Cátedra

Sr. Juan Lucero

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

Guía de Contenidos

Introducción

Unidad 1: Medicina antropológica y su objeto de estudio

Medicina en salud: Modelo Biomédico y Modelo Integral. Las Ciencias Sociales y sus aportes a las Ciencias de la Salud y la práctica médica. Medicina Antropológica: Definición y concepto.

Unidad 2: Medicina y Cultura

Antropología. Divisiones. Cultura. Cultura y salud: actitudes hacia factores que afectan la salud. Estilos de vida y conductas saludables y no saludables. Cultura en la promoción y recuperación de 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. Hipócrates. Galeno. Claude Bernard y la Medicina científica. La hermenéutica. La Medicina Integral: Medicina de la persona. Un enfoque antropológico sobre la muerte.

Unidad 4: Medicina y Psicología

Psicología, reseña histórica. La conducta humana: caracteres básicos. Dinámica y estructura psíquica. Personalidad. Métodos de estudios y estrategias de investigación. Antropología física, y evolución de la especie. Características evolutivas durante el ciclo vital. Sexualidad humana.

Unidad 5: Medicina y Sociedad

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

CÁTEDRA DE MEDICINA ANTROPOLÓGICA

CONDICIONES GENERALES DE CURSADO

CICLO LECTIVO 2014

ALUMNOS PROMOCIONADOS

a. Exámenes Parciales: 2 (dos)

Aprobación con nota = 7 (siete) o más en cada uno de los 2 (dos) Parciales.

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

b. Asistencia 80% de Trabajos Prácticos.

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

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

Evaluación final de alumnos promocionados: Obtener 7 (siete) puntos o más, en cada uno de los dos parciales.

Para acceder a la promoción los alumnos deberán tener aprobadas las asignaturas correlativas. *La condición de alumno promocional tendrá la duración de 1 (un) año, pudiendo firmar actas hasta el turno de examen de marzo 2015* fijado por la Facultad de Ciencias Médicas, de lo contrario perderá la condición de alumno promocional y deberá rendir como alumno regular.

ALUMNOS REGULARES

a. Exámenes Parciales:

Se aprueban obteniendo 4 (cuatro) puntos, o más, en cada uno de los 2 (dos) exámenes parciales ya que dichas notas, no se promedian entre sí.

b. Asistencia al 80% de los Trabajos Prácticos.

Recuperatorio para Alumnos Regulares: El Alumno podrá recuperar 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.

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

ALUMNOS LIBRES

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

MEDICINA ANTROPOLÓGICA

Introducción

¡Bienvenidos a la Cátedra de Medicina Antropológica!

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

La idea subyacente a la formación antropológica del estudiante de Medicina, deviene de dos procesos esenciales:

El primero radica en interpretar la situación actual de nuestra universidad y facultad -en general- y de la escuela de medicina en particular.

La enseñanza de la Medicina Antropológica, entonces, se recrea desde el escenario actual y de la realidad que hoy existe en nuestra labor diaria. Se formula un plan que contempla y condona la realidad del medio institucional en que nos desenvolvemos hoy. Pero también se estructura un *proyecto* que, sin abstraerse de este escenario, pretende modificarlo (en la medida de lo posible) generando una arquitectura cimentada en la fusión del *plan actual* más un *proyecto alternativo*. Ambos son desplegados para la actualidad de la Cátedra, pero también para un espacio de proyección y cambio en el futuro, ya sea éste mediato o inmediato.

El segundo proceso, es abordar el diseño curricular de la Medicina Antropológica de pre y de postgrado, sobre la base de la transdisciplina y de la complejidad, entendiendo a ambas como la conjunción válida para enriquecer y dotar a la educación de pre y postgrado de las características de no linealidad hasta ahora vigentes.

Este abordaje parece ser el más apropiado, a nuestro criterio, para la formación integrada de los médicos del nuevo milenio. Su característica no es otra que la apropiación del universo médico, imbuido de lo cultural, *antropológico, psicopedagógico y holístico*. La misma se traduce en la adquisición no sólo del conocimiento, sino de la captación del entorno social del hombre como persona completa (*medicina de la persona*), y de las *sensibilidades* (más que "competencias, habilidades y destrezas") necesarias para el adecuado ejercicio de la medicina.

La currícula actual de la escuela de medicina, se agrupa de la siguiente manera:

1. **Área de Estructura y Función Corporal:** Anatomía Normal; Bioquímica; Biología Molecular; Fisiología Humana; Física Biomédica.
2. **Área de Ciencias Sociales y del Comportamiento humano:** Medicina Antropológica, Medicina Psicosocial y Salud Mental. Área de Salud Pública: Salud comunitaria I, II, III y Medicina Preventiva I y II.
3. **Área de Clínica Médica:** Semiología; Clínica Médica; Clínica Neurológica; Clínica Infectológica; Clínica Dermatológica; Clínica Oftalmológica.
4. **Área de Clínica Quirúrgica:** Clínica Quirúrgica Clínica Urológica; Clínica ORL; Traumatología y Ortopedia.
5. **Área de la Mujer y el Niño:** Clínica Ginecológica Clínica Obstétrica; Clínica Pediátrica.
6. **Área Complementaria:** Patología; Diagnóstico por Imágenes; Informática Médica; Medicina Legal.

Cátedra de Medicina Antropológica

Tiene una trascendente historia académica acumulada desde su creación en 1991. A su plantel han pertenecido y pertenecen distinguidos docentes que dotaron y la dotan de un impulso vital que ha guiado su derrotero previo y actual en pos de la excelencia profesional.

Es de notar que el año lectivo 2008 marcó, para la mayoría de asignaturas del ciclo clínico, el inicio de una nueva experiencia para la enseñanza de la asignatura en el pregrado: la incorporación del método de *Aprendizaje Basado en Problemas* (ABP). Esta técnica, concebida en la década del 70, en la escuela de medicina de Mc Master University (Hamilton, Ontario) con el nombre original de “*razonamiento hipotético deductivo*”, y reformulada como ABP por Barrows en 1986, parece haber satisfecho a los estudiantes (según las encuestas realizadas) y obligado al equipo docente a imbuirse de esta metodología pedagógica, alejándolo de la magistralidad del ambiente áulico.

NUESTRA PROPUESTA DOCENTE

Análisis de Situación

La Cátedra de *Medicina Antropológica* desarrolla sus contenidos en forma *anual*. Podría argüirse que una *debilidad importante* es que la cátedra enseña a estudiantes de medicina en su primer año de cursado. Antes lo hacía en segundo año. Parece mejor ofrecer estos contenidos en las cercanías del ciclo clínico, aunque bien vale la pena subrayar que es la Medicina Antropológica una *asignatura del ciclo básico*, pero con irradiación transcendental a todo el ciclo clínico también. Empero, aún subsisten inconvenientes de difícil resolución, a saber:

El primero es la *brevedad de la exposición de los alumnos a la materia*, ya que su tiempo académico debe escindirse para acomodar muchas otras cuyo hilo conductor difiere del pensamiento antropológico.

El segundo, *radica en la falta de exposición previa a ciertos contenidos curriculares antropológicos*, de manera que el estudiante se enfrenta ahora, y por vez primera, a una asignatura muy diferente a las que integran el primer año de estudios.

Papel de la Medicina Antropológica

La *medicina antropológica* se nutre de la Antropología física, sociocultural, lingüística y biológica para mejor comprensión de los factores que influyen sobre la salud y el bienestar humano (en un sentido amplio), procesos curativos, relaciones sociales de las conductas terapéuticas, y la importancia cultural de comprender y conocer sistemas médicos pluralistas. Esta disciplina abreva también en diferentes enfoques teóricos desde las culturas sanitarias populares a la epidemiología biocientífica.

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

Por lo tanto, se trata de construir *sentido* en una relación, entre alumnos y docentes, de igualdad, participación, creatividad, crítica, entusiasmo y entrega personal.

Nuestro esquema docente en el grado

Considerando el método de *ABP* cuya vigencia actual en muchas cátedras clínicas hace pensar que el mismo llegó para quedarse, es importante que, desde la *Medicina Antropológica*, señalemos al estudiante recién ingresado, la importancia del mismo, pero, *parafraseando su onomatopeya de iniciales*, enseñarle que el mismo pueda entenderse también como **Aprendizaje Basado en la Persona (ABP)**. De hecho, la orientación depende también de la medida en que, como docentes, asimilemos la idea que

esta manera de enseñar es la más adecuada y que todos discutamos abiertamente sobre cómo darle solidez y crecimiento temporal.

Recursos en Antropología Médica

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

Los alumnos deberán conocer los **métodos** de la antropología, *física, cultural y filosófica*. También qué es y para qué sirve la *medicina antropológica*, como disciplina que estudia las diferentes dimensiones y concepciones que históricamente ha merecido el significado de los conceptos de:

Salud;

Dimensión sociocultural de enfermedad;

Análisis de los sistemas médicos;

Tratamientos adoptados en diferentes sociedades;

Factores que inciden en la aparición de distintas dolencias.

A nuestro entender, no es necesario un estudio cabal de la *antropología general*, sino en cuanto a su relación con las humanidades en ciencias de la salud.

El profesor Titular de esta Cátedra, es un clínico con estudios formativos en la medicina antropológica (en la Universidad de California-Berkeley, bajo la supervisión y tutoría de los Profesores John Coleman y Nancy Scheper-Hughes, en 1980; reafirmando ese conocimiento en el curso de Medicina Antropológica dictado por la **Sociedad Argentina de Medicina Antropológica**, bajo la aegis del Profesor Francisco Maglio y sus colaboradores). De esta manera, se pretende procurar a estudiantes y colegas *un saber antropológico* acerca de la realidad del enfermar en los pacientes.

Objetivos:

Iluminar y facilitar la comprensión de la *complejidad* involucrada en el proceso de salud-enfermedad (Pérgola y Ayala).

Aprender a tender puentes entre la biología y la biografía (Maglio).

Discernir el modelo biomédico organicista basado en causalidades determinantes de las afecciones orgánicas y mentales proveyendo un

carácter más humano y holístico al ejercicio de la medicina (Kottow y Bustos).

1. *El 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.
2. *Conocer y reconocer* cómo la **Medicina Antropológica** aporta conocimientos de la realidad humana desde una dimensión general, 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.

Metodología:

Encuentros teóricos ilustrativos

Actividades prácticas ilustrativas

Talleres grupales para la deconstrucción y reconstrucción del pensamiento crítico e innovador.

Tutorías grupales para incentivar el saber y el saber hacer.

Evaluación:

Permanente y continua sobre el desarrollo de los ejes temáticos.

Cierre con parciales intermedios y trabajo final.

Promociones para alumnos con calificaciones de 7 (siete) o más en las evaluaciones intermedias.

La enseñanza tradicional hace hincapié en el traspaso de información, y por lo tanto, la evaluación solo responde a verificar si el alumno conoce los contenidos con pruebas acordes a estos objetivos; la *educación alternativa*, en cambio, valora la *construcción y expresión* (tanto oral como escrita) del conocimiento, la creación en grupo y en un contexto, la capacidad de utilizar la información para la crítica y la reflexión, la recreación de los conocimientos, etc. Implica reconocer si el alumno ha *aprendido* o solo se ha *apropiado* de los contenidos.

Estos puntos le servirán al alumno en su vida profesional puesto que siempre necesitará realizar investigaciones para poder resolver problemas cada vez más complejos y con técnicas y herramientas actualizadas,

Además, se debe evaluar el Saber Ser en las relaciones intra e interpersonales en cada estudiante, de la siguiente manera:

1. Capacidad de **vinculación**.
2. Capacidad de **respeto** por los demás.
3. Capacidad de **relación grupal**.
4. Capacidad de **construcción de conocimientos en equipo**.

La evaluación de estas líneas se realiza a través de reuniones (tutorías) indicativas del avance de las prácticas y de la presentación de los informes solicitados a los alumnos. A través de la aplicación de la educación alternativa, las prácticas, y la evaluación se debe lograr:

- Desarrollar en los alumnos capacidades acordes a los retos que propone la educación del nuevo siglo, o sea, el desarrollo intelectual, ético, moral, afectivo y estético (sensible) de los alumnos.
- Incrementar el interés y la motivación en la materia de Medicina Antropológica.
- Integrar el Saber y Saber Hacer.

Ejes temáticos generales en la enseñanza de grado:

El método antropológico.
Medicina antropológica: ¿por qué y para qué?
Antropología del cuerpo humano: historia.
Antropología etnomédica.
Etnografía y antropología interpretativa.
Cuerpo, medicina y enfermedad.
Medicina antropológica de la salud.
Medicina antropológica de la enfermedad.
Medicina antropológica, psicología y diversidad humana. Pérdida del sentido humano y olvido del sujeto.
Diversidad cultural: étnica, lingüística, de sexo y de género.
La relación médico-paciente:
La primera entrevista: importancia y dinámica.
Inconsciente y enfermedad física, subjetividad.
El arte de escuchar. Consultorio versus “escuchatorio”.
Enfoque desde la enfermería.
Pensamiento psicossomático.
Neurociencias, neurobiología y medicina antropológica.
Antropología del dolor: dolor y sufrimiento.
Tramitación del dolor en las diferentes culturas y sociedades.
Medicina antropológica y salud pública: enfermedades y comunidad.
El encuentro clínico: pasos hacia una medicina antropológica en la consulta.
Más allá del encuentro clínico.
Las vertientes éticas y bioéticas.
Aspectos Médico-Jurídicos.

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

Córdoba, Marzo de 2014.-

Bibliografía sugerida:

- Aguilar M A** (coordinador). Pensar lo contemporáneo: de la cultura situada a la convergencia tecnológica. UNAM, México, 2009.
- Albalustri L.** Estrés y nuevas perspectivas en psicopatología y salud. Editorial Científica Interamericana. Buenos Aires. 2007.
- Antuña A, Trucchia S.** Medicina Antropológica. Manual de Cátedra. UNC, 2013.
- Arceguet, L.** Sociología para no sociólogos. Ed. De la campana. 2004.
- Barrows HS.** A taxonomy of problem based learning methods. Medical Education 1986; 20: 481-6.
- Blaffer Hrdy Sarah.** Mother Nature: a history of mothers, infants and natural selection. Pantheon Books, New York, 2009.
- Bordelois I.** A la escucha del cuerpo. Puente entre la salud y las palabras. Ediciones del Zorzal. Buenos Aires, 2009.
- Castro-Toschi R.** Apuntes para una comunicación humana asertiva. El aleph.com.
- De Jong E.** La Familia en los albores del Nuevo Milenio. Ed. Espacio. Marzo 2001.
- Florenzano, R.** y cols. 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.
- Foucault M.** El nacimiento de la clínica. Siglo XXI Editores, Buenos Aires.2008.
- Gadamer H.G. Psicología del enfermo, antropología y hermenéutica de estar enfermo. 1972.
- Gianantonio C A. Problemas psicósomáticos en pediatría.. Línea Editorial. Buenos Aires, 1987.
- Gil Yépez C.,** Introducción a la Medicina Antropológica, Ed. Univers, Venezuela. 1974.
- Girard, R.** (2006): Los orígenes de la cultura. Trotta. Madrid.
- Helman C. G.** Culture, Health and Illness. An Introduction for Health Professionals. 3ª Ed. Londres: Butterworth Heinemann, 1994.
- Gombrich, E.H.** (2004): Breve historia de la cultura. Península. Barcelona.
- Helman C. G.** Culture, Health and Illness. An Introduction for Health Professionals. 3ª Ed. Londres: Butterworth Heinemann, 1994.
- Joralemon, D.** Exploring medical anthropology. Prentice-Hall, Boston, 2010.
- Kalonsky B, Arrúe W.** Claves antropológicas de la salud: el conocimiento en una realidad intercultural. Miño y Dávila Editores. Buenos Aires, 1996.
- Kirklin D, Richardson R,** eds. The art of medicine: striving for a more holistic view of our patients. London: Royal College of Physicians, 2001.
- Kleinman A.** Catastrophe and care giving: The failure of medicine as an art. The Lancet 2008; 372 (January 5):22-3.
- Kottow M, Bustos R.** Antropología Médica. Mediterráneo. Santiago de Chile, 2005.
- López Noguero F.** Metodología participativa en pedagogía universitaria. Ediciones Narcea. 2º Edición. Madrid, 2007.
- Maglio F** (Editor). Fundamentos y contenido de la medicina antropológica. Sociedad Argentina de Medicina Antropológica (SAMA). Buenos Aires, 2000.
- Maglio F, Miranda A, Mir Candal L.** La medicina basada en la narrativa: un antiguo y renovado paradigma. Jurisprudencia Argentina. Buenos Aires, 2005 pp24-26.
- Maglio F.** La dignidad del otro. Libros del Zorzal. Buenos Aires, 2008.
- Mead M.** Antropología, la ciencia del hombre. Siglo Veinte. Buenos Aires, 1982.
- Meeroff M.** Medicina Antropológica. – Ed. A.M.A. Bs. As. 1991.
- Meeroff M. Medicina integral. Salud para la comunidad. Catálogos, 1999.
- Mir Candal L.** Aporte de la antropología a la medicina antropológica. Manual de la Sociedad Argentina de Medicina Antropológica (SAMA). Buenos Aires, 2011.
- Munthe, A.** La historia de Saint-Michele.
- Olbrich T,Bongers W.** Literatura, cultura y enfermedad. Paidós. Buenos Aires 2006.
- Pérgola F, Ayala JM ,** Introducción a la. Antropología Médica. CTM. Buenos Aires, 2005.
- Stagnaro J C.** Biomedicina o medicina antropológica. VERTEX Rev. Arg. de Psiq. 2002, Vol. XIII: 19-26.
- Sontag S.** La enfermedad y sus metáforas. Ediciones de Bolsillo. Buenos Aires. 2008.
- Trainini J** (Editor). Medicina basada en la complejidad. Editorial Estudio Sigma. Buenos Aires, 2008; pp.: 95-135.

UNIDAD I

MEDICINA ANTROPOLOGICA Y SU OBJETO DE ESTUDIO

ANTROPOLOGIA GENERAL

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

Sus múltiples dimensiones;
Sus conductas;
Sus características.

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

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

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

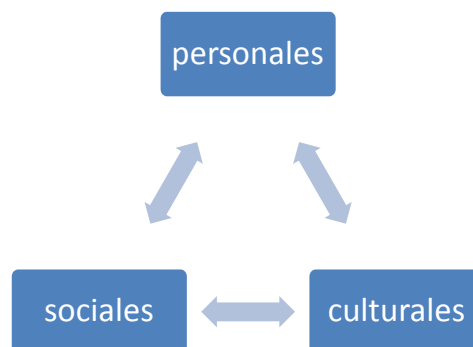


Figura 1.1. Factores que pueden predisponer a la enfermedad.

Estas investigaciones, originalmente denominadas *etnomédicas*, superan el alcance de este Manual, cuyo objetivo es el estudio del modelo biomédico actual, adoptado por casi todos los países occidentales modernos, incluido el nuestro. Este modelo se basa en el método científico natural y se caracteriza por su *orientación exclusivamente biológica del hecho de enfermar*, haciéndola independiente de las experiencias y vicisitudes sufridas por las personas en cualquier momento de su *ciclo vital* (desde antes de su concepción o *periconcepcional*, durante el embarazo, o *gestacional*, y desde el nacimiento en adelante, o *vida pos natal*).

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

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

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

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

René Descartes, físico y matemático francés inventó hace ya varios siglos sus famosas coordenadas cartesianas (gráficos de abscisas y ordenadas, o ejes de las “x y de las y”) de mucha aplicación en biología y medicina. Pero también formuló aquella famosa frase: “*pienso luego existo*” (en Latín: *cogitum ergo sum*). Como él consideraba a la medicina de su tiempo pura hechicería, negándole un sitio en la Academia de Ciencias de París, se aventuró a crear la división del hombre en cosa pensante (*res cogitans*) y cosa corporal (*res extensa*). Esta dualidad persistió por demasiado y desafortunado tiempo. Ver al hombre como unidad indivisible, es el propósito de un nuevo enfoque metodológico: el de la *medicina antropológica*.

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

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

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

Otro ejemplo: sabido es que muchos se contagian de gripe y enferman más todavía que el que los contagió; en cambio, otros, compartiendo el

mismo ambiente, enferman de un simple resfrío, y los menos, simplemente no se contagian.

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

“NO HAY ENFERMEDADES, SINO ENFERMOS”

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

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

“no enferma quien quiere sino quien puede”.

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

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

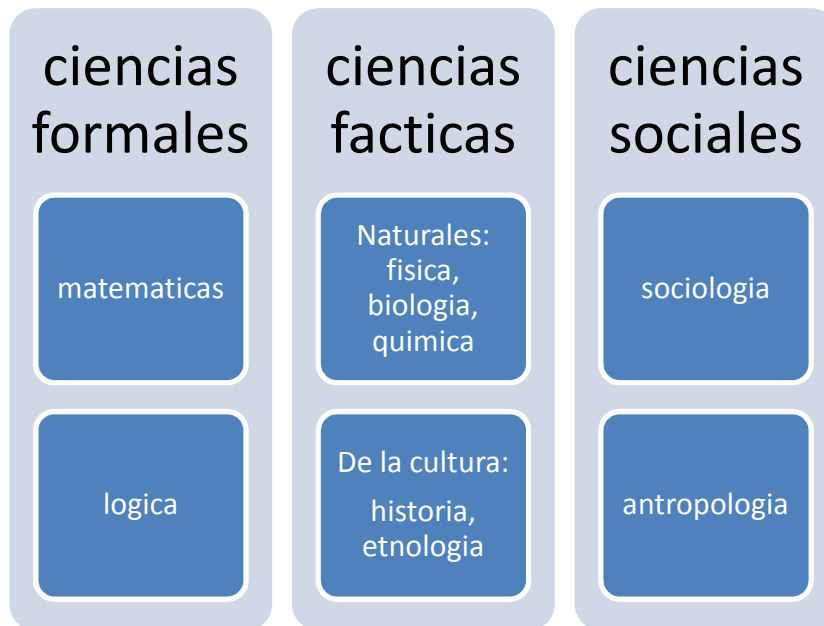


Figura 1.2. Esquema de clasificación de las ciencias. (Adaptado de Bazerque y Bunge).

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

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

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

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

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

Verán ustedes más adelante (en el ciclo clínico), que la llamada “neumonía de Friedländer”, causada por la bacteria *Klebsiella pneumoniae*, afecta comúnmente al mendigo que pernocta en la vía pública en noches de inviernos crudos, y a jóvenes que reparten sus noches entre las “previas” y los “after” hasta altas horas, sin el debido descanso o resguardo físico.

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

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

más difícil de lograr. A su vez, los casos heterosexuales dieron origen a la aparición de la transmisión de la enfermedad en el embarazo.

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

Porque y para que de la medicina antropológica

En una conferencia de la Asociación Médica Argentina, el Dr. Juan C. Stagnaro 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”.

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 inobjtables 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 irrepetible 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."

CIENCIAS SOCIALES Y PRÁCTICA MÉDICA

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

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

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

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

Psicología: Estudia el comportamiento y las funciones mentales, analiza la forma en cómo es recibida la información del mundo exterior y como es ésta transformada en conocimientos. El médico debe estar preparado para relacionarse con personas normales, para afrontar y comprender la infinita

variedad de reacciones de los seres humanos enfermos, entre los cuales el médico se desenvolverá la mayor parte de su vida.

El hombre como ser biopsicosocial

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

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

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

Bio: Significa vida.

Psico: Significa alma, mente o actividad mental.

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

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

creadora y una progenie viable, lo que 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 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, debe en primer lugar considerar las estaciones del año, y qué efectos cada una de ellas produce (porque de ningún modo son iguales, sino que difieren mucho entre ellas respecto a sus cambios). Después los vientos, los cálidos y los fríos, especialmente los que son comunes a todas las áreas y después los que son peculiares a cada localidad. Debemos considerar también las calidades de las aguas, puesto que así como difieren una de las otras en gusto y peso, también difieren mucho en sus calidades. Del mismo modo, cuando uno llega a una ciudad en el extranjero, debería considerar su situación, como yace, con respecto a los vientos, y al ascenso del sol; porque su influencia no es la misma cuando yace, hacia el norte o hacia el sur, hacia el naciente o al poniente".

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

¿QUÉ ES LA MEDICINA ANTROPOLÓGICA?

El Dr. Francisco Maglio, Presidente de la Asociación Argentina de Medicina Antropológica (SAMA) 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."

ANTECEDENTES HISTÓRICOS


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



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



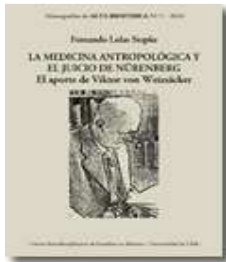
Richard Siebeck (1883-1965) llevó adelante las intuiciones de Krehl, llegando a destacar la **biografía** del paciente (su evolución patobiográfica, su historicidad, su historia vital) como parte integrante de la medicina. Para Siebeck, cada enfermedad tiene raíces en esta historia subjetiva, de manera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

apropiado!) 



Victor von Weizsäcker (1886-1957) completó y sintetizó el trabajo de sus predecesores transformando tesis teóricas en un programa clínico. Weizsäcker legitimó la **subjetividad humana** en la clínica (reintrodujo el sujeto en medicina) integrando lo que por siglos se había separado artificial e ideológicamente: medicina y antropología, biología y

biografía, cuerpo y psiquis, objetivo y subjetivo, individual y relacional, materia y tiempo. Habiendo trabajado como médico (aunque en calidad de prisionero), durante el orden nazi, escribió un clásico texto relacionado con su experiencia donde relata cómo arriba a la medicina de la persona luego de haber visto y padecido en persona los horrores del genocidio nacional socialista.



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

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

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

Para la Medicina Antropológica, el punto de partida es, entonces, la persona, el hombre-social. Tiene a su cargo el cuidado de su salud y la atención de su enfermedad. Es una disciplina de base fundamentalmente

científica que tiene principios específicos, objetivos independientes y métodos propios de evaluar sus resultados.

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

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

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

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

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

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

Así visto, el ejercicio de la medicina requiere:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

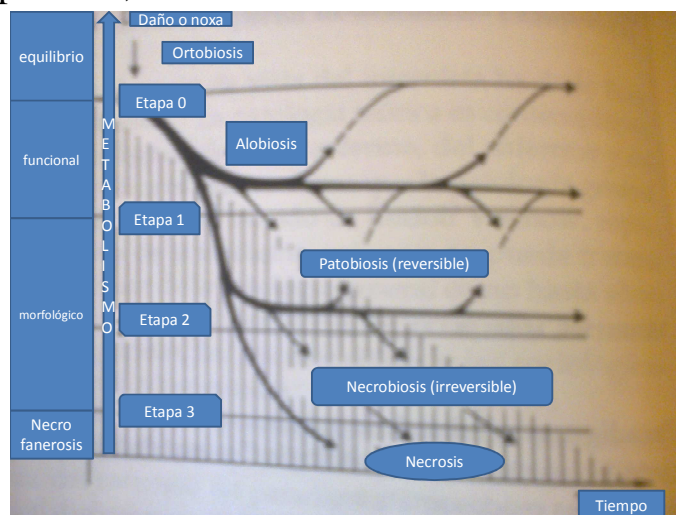


Figura 1.3. Alobiosis, patobiosis y necrobiosis. Esquema de W. J. Doerr (1959)

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

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

¿Qué es el padecimiento de la enfermedad?

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

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

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

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

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

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

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

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

No en balde, Mira y López, el estudioso español, creó el término *eubiatria*.

En la Argentina debemos mencionar figuras excelsas de nuestra profesión que comenzaron lo que llamaríamos la prédica antropológica: en Buenos Aires, Grasso, Rino y sobre todo Escardó. En Rosario, Lelio Zeno y Pizarro Crespo. En Córdoba, Orgaz y Navarro.

Nuestra Sociedad tiene como antecedente grupos de colegas que buscaron la colaboración de psicólogos y sobre todo de antropólogos, para satisfacer sus inquietudes científicas y humanistas. Cerramos la etapa inicial, creando esta Sociedad que, si necesita un lema, creo que el más adecuado es la afirmación kantiana: "el hombre es fin y no medio".

MEDICINA ANTROPOLÓGICA Y ÉTICA

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

Dos conceptos básicos orientan la actitud ética:

1. Sostiene Erich Fromm que "la ética es la capacidad de ver al hombre en el acto de relacionarse en lugar de verlo como objeto. Debemos echar las bases de una nueva ciencia del hombre, en la que este sea comprendido, no solo con el método de la ciencia natural, que es apropiado también en muchos campos de la antropología y la psicología, sino también en el acto de amor, en el acto de *empatía*, en el acto de verlo de hombre a hombre".

2. Esta concepción humanista es la base de la medicina actual, como lo enfatiza la Declaración de la Junta de Academias Nacionales de Medicina (ALANAN): "el nuevo orden está signado por el desarrollo científico-tecnológico y la democratización de los regímenes políticos, la racionalización científica y la libertad civil". El horizonte filosófico no es, entonces, el de la naturaleza propia de la etapa hipocrática, ni el de Dios, propio de la etapa medioeval, sino el del **hombre**.

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

CONCEPTOS BÁSICOS

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

1. Es una disciplina de base fundamentalmente científica que tiene principios específicos, objetivos independientes y métodos propios de evaluar sus

resultados.

2. Debe verse como disciplina autónoma con leyes y métodos propios que se benefician con el mutuo intercambio con las ciencias sociales.
3. Constituye una actividad de pensamiento que requiere el estudio de diversos sistemas con distintos niveles de organización.
4. Esta manera de pensar y obrar permite al médico y demás profesionales de la salud:

a) pensar y actuar racionalmente;

b) reconciliar el método científico con el humanismo, (la ciencia explica, el humanismo comprende);

c) integrar las áreas psicosociales al complejo disciplinario de la medicina.

Así vista, el ejercicio de la medicina requiere:

a) los estudios sistemáticos de las relaciones entre los factores sociales, psicológicos y biológicos que determinan la distancia entre la salud y la enfermedad;

b) la aplicación de los principios científicos al estudio de los fenómenos sub personales que afectan la salud;

c) el enfoque integral y humanitario de la práctica médica.

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

a) concepto positivo e integrador de la salud;

b) necesidad de la participación activa del individuo en el cuidado de la salud, a la vez que concepto educador del médico;

c) la prevención pasa a ser tarea primordial;

d) concepto multifactorial de las enfermedades;

e) empleo igualmente factible de procedimientos naturales, no invasivos, no ortodoxos para tratar enfermedades.

CONTENIDO DE LA MEDICINA ANTROPOLÓGICA

La medicina antropológica queda bien definida. Significa:

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

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

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

CONDICIONES DEL MÉDICO ANTROPOLÓGICO

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

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

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

3. **Actitudes**

- a) Capacidad de simpatía y creación de una relación específica y afectiva con los pacientes y de desarrollar auto comprensión.
- b) Reconocimiento que el paciente es un individuo único que modifica los modos como obtiene la información y hace hipótesis sobre la naturaleza de su problema y su tratamiento.
- c) Debe comprender que ayudar a sus pacientes a resolver sus propios problemas es una actitud terapéutica fundamental.
- d) Que reconoce que puede contribuir profesionalmente a la comunidad.
- e) Que desea y es capaz de evaluar en forma crítica su propio trabajo.
- f) Que reconoce su propia necesidad de educación continua y de lectura crítica de la información médica. (Hasta aquí el relato del Profesor Francisco Maglio).

(Nota: Los cordobeses (radicados en Buenos Aires) Marcos Meeroff (ex profesor de medicina en nuestra universidad) y Alberto Chattás (ex profesor de pediatría de la UNC) originan la SAMA, hoy dirigida por el Dr. Francisco "Paco" Maglio, y las Lic. Leila Mir Candal y Alicia Miranda.



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.

La medicina es una disciplina de base fundamentalmente científica que tiene principios específicos, objetivos independientes y métodos propios de evaluar sus resultados; debe verse como disciplina autónoma con leyes y métodos propios que se benefician con el mutuo intercambio con las ciencias sociales; constituye una actividad de pensamiento que requiere el estudio de diversos sistemas con distintos niveles de organización, de ahí que los

métodos usados para entender los fenómenos que ocurren en distintos niveles de la complejidad, sean necesariamente diferentes, siendo algunos científicos y otros probablemente no; esta manera de pensar y obrar permite al médico y demás profesionales de la salud: pensar y actuar racionalmente, reconciliar el método científico con el humanismo, (la ciencia explica, el humanismo comprende), integrar las áreas psicosociales al complejo disciplinario de la medicina.

¿Salud o enfermedad?

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

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

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

Salud no es lo contrario a enfermedad; ambas son manifestaciones que forman parte de un mismo proceso. Dicho de otro modo, salud y enfermedad suponen variaciones de un mismo y único proceso dinámico, un continuo en cuyos extremos se situaría la enfermedad (como pérdida de salud) y la salud (como bienestar en su más amplio sentido), respetando la unidad funcional del individuo.



La Organización Mundial de la Salud, la define como:

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

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

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

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

- Una definición más dinámica de salud podría añadir que es el logro del más alto nivel de bienestar físico, mental, social y de capacidad de funcionamiento que permitan los factores sociales en los que viven inmersos el individuo y la colectividad.
- La salud y la enfermedad forman un proceso continuo, donde en un extremo se encuentra la muerte prematura, muchas veces prevenible, y en el otro extremo se encuentra un elevado nivel de salud, al que difícilmente llega todo el mundo. En la parte media de este continuo o equilibrio homeostásico se encontraría la mayoría de la población, donde la separación entre salud y enfermedad no es absoluta, ya que es muy difícil distinguir lo normal de lo patológico.
- La definición de salud es difícil, siendo más útil conocer y analizar los determinantes de la salud o condicionantes de la salud.
- La salud, en términos físicos, forma parte de uno de los pilares de la calidad de vida, bienestar y en definitiva de la felicidad.
- El objetivo de alcanzar la salud, no solamente corresponde a la medicina, sino también a los políticos, a la sociedad y al individuo. En los países en vías de desarrollo, la salud empezaría a conseguirse cuando se satisfagan sus necesidades de alimentación, infecciones, vivienda, trabajo y, en definitiva,

sus problemas económicos, mientras que, en los países desarrollados, la salud se consigue previniendo los efectos secundarios que la riqueza produce como la obesidad, la ausencia de ejercicio físico, los accidentes de tráfico, el tabaquismo, la depresión, la contaminación, etc.

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

Estudiarán posteriormente en su carrera, que existen personas que inventan su enfermedad de manera tan creíble, que padecen *signos* (fiebre) y *síntomas* (dolor de cabeza) que pueden inducir a error al médico experimentado; este desorden se conoce como *enfermedad de Munchausen*, tomando el apellido del barón de Munchausen, un noble alemán quien recurría al invento y la mentira para desatar conspicuas conspiraciones de poder.

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

Historia natural de la enfermedad

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

y se refiere al curso que regularmente siguen los eventos que caracterizan los procesos patológicos.

La historia natural de la enfermedad se basa en la triada ecológica o epidemiológica, formada por: **Agente causal** de enfermedad, **huésped** (*la persona susceptible de contraer una enfermedad, en el cual influyen características genéticas, psicológicas, ocupacionales, hábitos, creencias, etc.*) y **ambiente**. Para que ocurra un caso de Dengue, enfermedad propia del periodo estival cordobés, precisamos un **agente**, el virus del dengue; una persona que sirva de **huésped**, y el **ambiente húmedo, subtropical** común a la estación de verano. En este caso particular necesitamos también de un **vector**, el mosquito *aedes*. Mientras exista equilibrio entre estos tres factores ocurre un estado de salud, en el cual no se presentan signos ni síntomas que denoten lo contrario. A este período se le conoce como **pre patogénico**. Al romperse el equilibrio se desencadena el **periodo patogénico** en el cual se manifiestan los signos y síntomas y aparece el horizonte clínico, el cual separa la etapa preclínica o pre patogénesis de la etapa clínica o patogénica. Este periodo puede terminar con resultados diferentes: La enfermedad se vuelve crónica, el enfermo recupera la salud con o sin secuelas invalidantes, o llegar a la muerte. Esta situación, común a muchas enfermedades transmisibles se grafica habitualmente con el llamado “iceberg”. Fig.1.4.

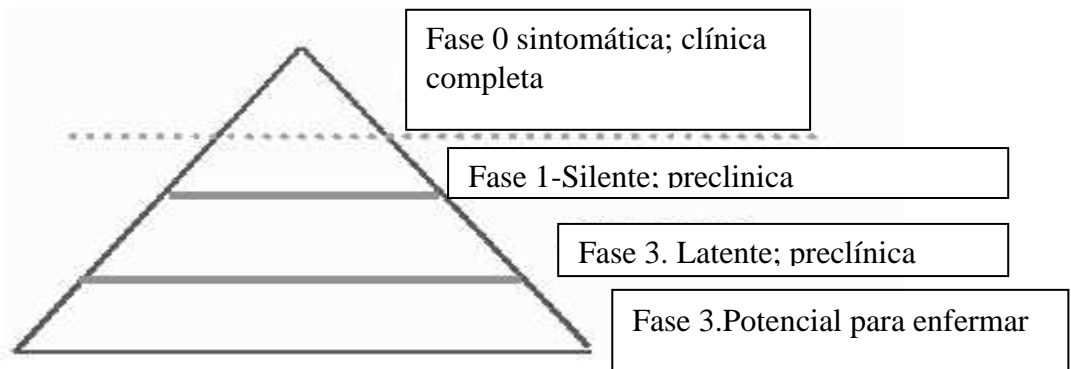


Figura 1.4. Pirámide o “iceberg” de los procesos patológicos

PARADIGMAS EN CIENCIAS DE LA SALUD

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

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

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

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

En el ámbito de la salud predominan dos modelos opuestos:

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

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

1- El Modelo Biomédico o Tradicional, organicista

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

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

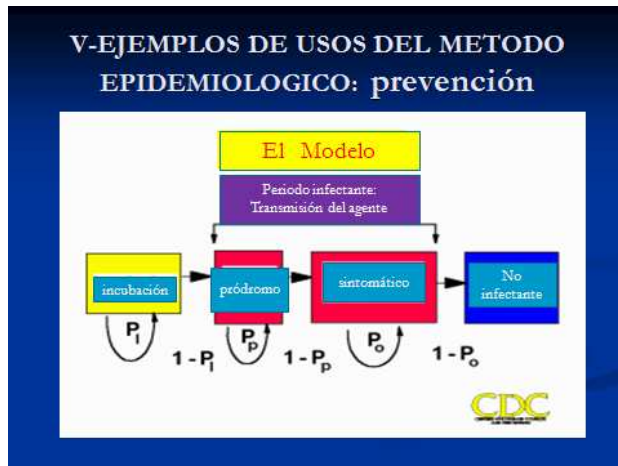


Figura 1.5. El modelo tradicional, médico, o biomédico, u organicista, basado en estímulos y respuestas. En este caso, un agente causal produce una infección, que evoluciona en etapas.

2- El Modelo Integral o Biopsicosocial

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

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

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

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

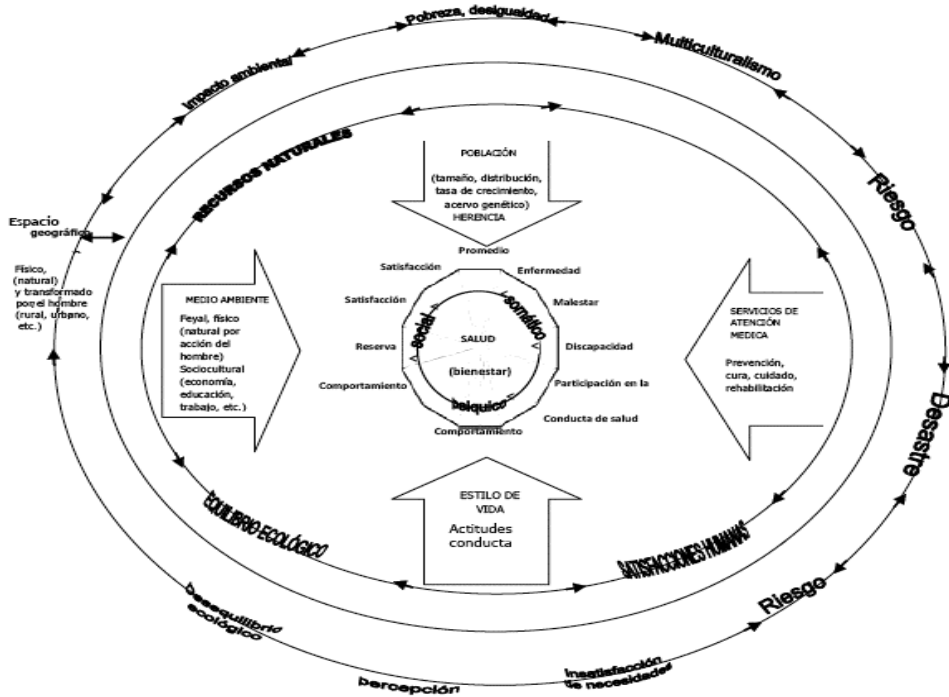


Figura 1.6. Paradigma integral de Ferguson actualizado por Blue y adaptado de Dever. Año 2005.

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

El continuo salud-enfermedad



Figura 1.7. Salud enfermedad como proceso continuo.

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

Medicina Tradicional o Biomédica	Medicina integral
<p>Tiende siempre a encontrar una evidencia física o química que cuadre en términos estadísticos con un determinado diagnóstico. La variedad y complejidad de los procesos y funciones que realizan los diferentes órganos en el cuerpo humano ha llevado a una especialización creciente en el estudio y conocimiento de los mismos. Por eso en la Medicina Tradicional hay multitud de especialistas. El problema es la correlación entre los datos que se pueden obtener del estudio a un nivel (por ejemplo, molecular) con los obtenidos a otro (como el psicológico o el de las relaciones afectivas).</p>	<p>Considera a la persona enferma de forma global. Tiene en cuenta tanto su dimensión físico-química como la mental, emocional, social y espiritual. No es que 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 puestos en evidencia. Cada órgano y cada función de nuestro cuerpo sólo pueden ser comprendidos y tratados en el contexto global que representa la persona y el medio en el que se desarrolla.</p>
<p>Los síntomas que presenta el paciente son considerados como la enfermedad o el enemigo que hay que combatir o anular. Si hay dolores, se prescriben analgésicos, si inflamación antiinflamatorios, si hay ansiedad tranquilizantes, si tristeza o desinterés por la vida antidepressivos 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. No sólo es importante que el paciente se cure sino, también, que reconozca lo que le ha llevado a la enfermedad y lo que debe hacer para evitar que aparezca en el futuro. Los hábitos de vida (tipo de alimentación, consumo de alcohol o tabaco, ejercicio físico, calidad de las relaciones afectivas, motivaciones y finalidad que se da a la vida, tipo y calidad del entorno ambiental, etc.), son los condicionantes más importantes en el origen y desarrollo de las enfermedades.</p>
<p>Basa su actuación en el supuesto poder de las drogas o procedimientos tecnológicos que utiliza.</p>	<p>Se destaca el elemento terapéutico que representa una cálida y profunda relación médico-paciente. La fuente más profunda de energía interna es la confianza y esto es muy difícil de conseguir cuando el paciente es un número y 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.</p>

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



Figura 1.8. No todo siempre es salud, pero tampoco “enfermedad”

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

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

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

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

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

La función de los determinantes sociales va más allá de este enfoque de causas próximas y considera las "causas de las causas". Por ejemplo, el tabaquismo, obesidad, alcohol, sedentarismo son causas de enfermedades. El enfoque de los determinantes sociales aborda las causas de las causas y en particular cómo contribuyen a las desigualdades sociales en salud. Se centran no sólo en la conducta personal, sino que tratan de considerar las circunstancias sociales y económicas que producen una mala salud prematura a lo largo de la vida: desarrollo temprano del niño, educación, trabajo y condiciones de vida y las causas estructurales que producen estas condiciones de vida y trabajo. En muchas sociedades, el comportamiento no saludable sigue la gradiente social: mientras más bajo esté la gente en la jerarquía socioeconómica, más fuman, tienen una dieta peor y menos actividad física. Una causa principal, pero no la única, de la distribución social de estas causas es el nivel de educación. En cada etapa de la vida, la salud se ve determinada por interacciones sociales, económicas, el ambiente físico, y el comportamiento del individuo. Ninguno de estos factores, que en conjunto se llaman determinantes de la salud trabaja por separado sino que siempre lo hacen en conjunto. Esto factores determinantes de la salud son:

Nivel de ingreso y status social

Hábitos personales saludables y capacidad de adaptación (resiliencia)

Desarrollo saludable de la niñez

Servicios de Salud eficientes y disponibles

Biología y constitución genética de la persona

Género

Disponibilidad de redes sociales de ayuda

Niveles de educación y alfabetización

Trabajo y condiciones laborales

Ambiente social y Ambiente físico

Ambiente físico

Desarrollo saludable de la niñez

Servicios de Salud eficientes y disponibles

Biología y constitución genética de la persona

Género

Cultura

Desde que Marc Lalonde publicara su reporte sobre salud de los canadienses en 1974 donde establecía la *predominancia de los estilos de vida* como factor determinante de la salud, han pasado casi 40 años. En la Conferencia de Rio de Janeiro la OMS y sus países miembros adoptaron la lista enumerada arriba, y la refrendaron en la asamblea anual de 2012.

Según Joralemon, la **medicina antropológica** se basa en:

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



Figura 1.9. Determinantes de la Salud

CUADRO RESUMEN Y COMPARATIVO
DE LOS PARADIGMAS EN SALUD

PARADIGMA	CONTEXTO	CONCEPCIÓN SALUD-ENFERMEDAD	SISTEMA Y AGENTES DE CURACIÓN	MEDIOS DE CURACIÓN
MÁGICO RELIGIOSO	<ul style="list-style-type: none"> Edad antigua. Dependencia de la Nza. economía básica. Gobierno comunitario y carismático. 	Salud como gracia divina. Castigo o prueba. Desequilibrio de elementos.	Elección divina. Sacerdotes y curanderos. Ejercicio como un servicio.	Ritos de reconciliación o sacrificios. Restitución del equilibrio. Medios naturales.
MIASMÁTICO	<ul style="list-style-type: none"> Edad Media. Economía agrícola feudal. Hegemonía de la religión e iglesia. 	Miasma ingresaba al cuerpo desprotegido. Responsabiliza al ambiente.	Policia sanitaria coercitiva. Acción sobre el ambiente Aislar al enfermo.	Erradican focos miasmáticos. Contrarrestar con aromas agradables.
MEDICINA SOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> Capitalismo e industria creciente. Insalubridad urbana. Estado clasista. Movimiento proletario. 	Enfermedad por condiciones de vida y trabajo. Sobreexplotación humana.	Derechos laborales. Derecho a la salud. Políticas de gobierno. Enfoque colectivo.	Higiene y seguridad. Usa avances de la ciencia.
MEDICINA CIENTÍFICA	<ul style="list-style-type: none"> Edad moderna. Dominio de la ciencia y tecnología. Mercado globalizado. 	Ciencia biologista, Búsqueda de la etiología. Bien comerciable.	Profesionales especializados. Sistema privado. Reparativa. Alta tecnología.	Industria de la curación. Fármacos, cirugía. Hospital.
MEDICINA COMUNITARIA	<ul style="list-style-type: none"> Mística comunitaria. Límites de la atención institucional y formal. Marginalidad rural. 	<ul style="list-style-type: none"> Explicación biológica Agravamiento por ausencia de atención y recursos 	Apostolado profesional Participación comunitaria. Prioridad rural.	Acercamiento a la población. Atención básica. Integración intra y extrahospitalario.
ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD	<ul style="list-style-type: none"> Guerra fría. No alineamiento. Estado benefactor. Empoderamiento de ONU y OMS. 	Equilibrio: agente, huésped y ambiente (físico y social). Historia natural de la enfermedad.	Sistema público. Participación comunitaria. Niveles de prevención.	<ul style="list-style-type: none"> Servicios básicos. Tecnología apropiada. Nutrición, inmunizaciones.
CAMPOS DE LA SALUD	<ul style="list-style-type: none"> Sociedad moderna de consumo. Nuevos estilos de vida. Individualismo. 	Campos: biología, ambiente, servicios de salud, estilos de vida Excesos materialistas.	Acción individual. No cuestiona el modelo eco. y social Autoconciencia	Industria de prevención. Educación. Investigación ultrabiológica

UNIDAD 2

MEDICINA Y CULTURA

Recordemos primero que la raíz latina *cultor* hace referencia a los terrenos labrados o “cultivados”. De ahí nos llega el vocablo **cultura**; algo inculto, no está cultivado; actualmente, designa a una persona carente de cultura. De esa raíz procede su uso biológico: cultivos de faringe, de sangre, de orina, etc.

El *concepto de cultura es central* a la Antropología. Esta disciplina podría definirse como el estudio de las capacidades biológicas y culturales de la humanidad (Joralemon, 2013).

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

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

ANTROPOLOGÍA y sus DIVISIONES

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

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

Divisiones de la Antropología

La Antropología científica se divide en:

⇒ Antropología Física:

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

Es una rama de la Antropología que incluye:

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



Figura 2.1. Paleoantropología y evolución de la especie.

Como perspectiva, la Antropología física accede al material antropológico en tanto representa la estructura de una *totalidad distributiva*. Sólo que ahora los términos de esa totalidad ya no son los individuos en cuanto constituidos por órganos, miembros, sino los individuos según clases de etnias y variedades, lo que no excluye, sino que incluye, la necesidad de

considerar sus partes formales a diferentes escalas, que van desde los órganos y huesos y otras partes morfológicas hasta las partes que siguen siendo formales, por ejemplo, las macromoléculas de ADN, en la llamada *antropología molecular*.

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

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

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

⇒ **Antropología Cultural:**

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

Son ramas de la Antropología Cultural:

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

ANTROPOLOGÍA CULTURAL

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

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

Cultura

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

Todos los seres humanos nacen y se desarrollan en el seno de una cultura o matriz cultural. A lo largo de su desarrollo, merced al proceso de aprendizaje social y a través de la acción deliberada de padres y maestros, el sujeto va incorporando a su conocimiento valores, creencias, conceptos de la realidad, habilidades, etc.

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

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

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

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

- ❖ Las **tribus urbanas**, como *rockers*, *punkies*, *skins*, *emos*, *floggers*, *hooligans ingleses*, etc. Las conforman jóvenes preocupados por descubrir una identidad que ni la sociedad ni la familia les proporcionan. Se reúnen en torno a un líder y adquieren un código de expresiones culturales que les diferencian de los demás. La llamada “ópera-rock” de los años 70, titulada “*Hair*” (autoría de Galt Mc Dermott) produjo una conmoción cultural en donde fue representada, incluida la ciudad de Buenos Aires donde muchos de sus cantantes y bailarines hicieron sus primeros pasos como artistas (María José Demare, Valeria Lynch). Esta ópera-rock (epíteto aplicado a muchos musicales modernos posteriores) se describía a sí misma como el rock de la *tribu* “americana”. Algunas de sus canciones anticiparon el futuro que ya estaba próximo a suceder: “Acuario-Deja entrar el sol”; “Sodomía”; “Marihuana”. Sin duda fue un hito revolucionario *contracultural* y *paracultural*.
- ❖ Los **grupos de ataque social**. Cabe destacar entre estos grupos las bandas de delincuentes. Constituyen una forma violenta y directa de ataque al sistema establecido. También es típico de otros grupos de adolescentes que intentan desestabilizar la sociedad para crear un nuevo estado social, transgrediendo las leyes y haciendo uso de la violencia.
- ❖ Los **grupos sociales alternativos** responden al vacío que muchos individuos sienten ante un futuro incierto y fugaz. Sus integrantes intentan encontrar un sentido a la existencia a través de distintos medios y, generalmente, rechazan el materialismo social (hippies, yoghis, etc.). La marginación también ha creado su propia cultura. En 1958 el director francés François Truffaut hizo eclosión en cine con su famosa: “*Los 400 golpes*” donde se animaba a retratar las desventuras de los niños de la calle y en situación de riesgo. Una década después el argentino Leonardo Favio (recientemente fallecido), debutaría en cine en blanco y negro con su famosa “*Crónica de un niño solo*” donde retrata la infancia, la situación de calle y el abuso sexual sobre niños desamparados en Buenos

Aires. (Película demoledora, devastadora, bella, poética, única por sus imágenes subyugantes que quedan grabadas a fuego en los hilos cognitivos del espectador, *Crónica de un niño solo* no es únicamente quizás la mejor película de la historia del cine argentino, sino que es una experiencia vital de gran carga filosófica que nos recordará que la pérdida de la inocencia supone el desprendimiento de nuestras ensoñaciones para darnos de bruces con esa realidad que todo arrolla. Crítica de Rubén Redondo, 2013).

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

MÉTODOS DE ESTUDIO Y ESTRATEGIAS DE INVESTIGACIÓN

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

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

La *observación participante* se caracteriza por:

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

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

- ~ ***Informal:*** La entrevista se realiza con una falta absoluta de estructura o control.

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

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

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

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

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

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

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

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

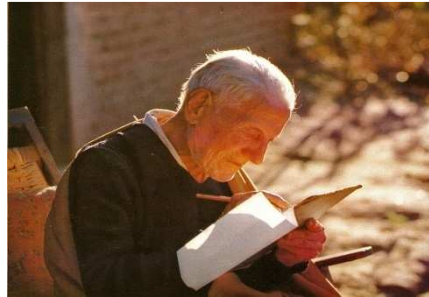


Imagen el Dr. Esteban Laureano Maradona

RELACIÓN ENTRE CULTURA Y SOCIEDAD

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

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

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

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

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

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

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

En el proceso de socialización, los individuos internalizan la cultura del mundo social en el que viven y el aprendizaje producto de sus propias experiencias. A través de éste proceso van construyendo su visión del mundo.

Esta incluye tanto el conocimiento e interpretación que tienen las personas de sí mismas -su identidad personal- como los conceptos, creencias, valores y opiniones que poseen sobre el mundo social y natural en el que desarrollan sus vidas, su contexto espacial, temporal y social.

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

La cultura es un *constructo* social y, como tal, no es una realidad estática. Los hábitos que se constituyen como pautas culturales socialmente aceptadas van cambiando. Así, y en relación con la medicina, los

comportamientos más o menos saludables adquieren diferente dimensión en función de la trascendencia social que tengan en un momento determinado.

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

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

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

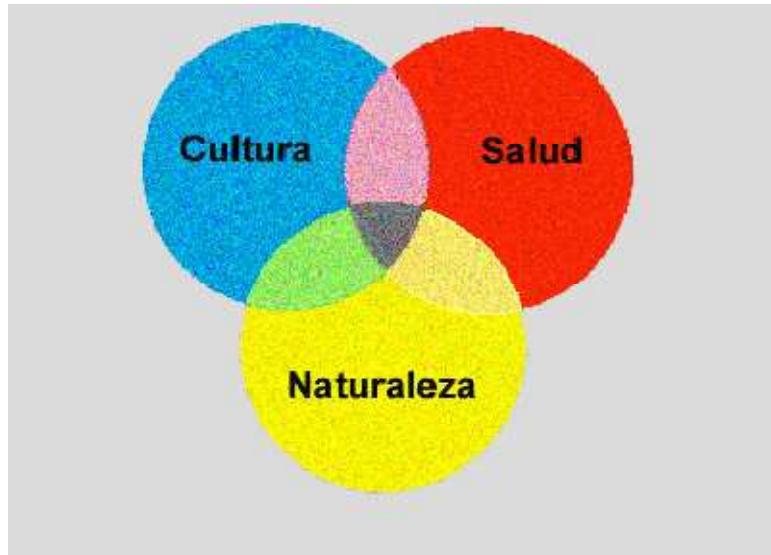


Figura 2.2. Interacción cultural sanitaria, natural.

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.

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

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

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

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

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

MODELOS TEÓRICOS EN ANTROPOLOGÍA CULTURAL

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

Teoría Evolucionista de la Cultura

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

Para estos autores, la cultura es el resultado del devenir histórico de la sociedad. Tomando como fuente de información documentos de historiadores y geógrafos, consideraron como una tendencia universal de transformación de las culturas la evolución y desarrollo histórico de una serie de etapas o períodos de tránsito obligado según las leyes de la evolución que establece el paso de lo simple a lo complejo, de lo homogéneo a lo heterogéneo, de lo fuertemente estructurado y rígido a lo dinámico y cambiante. Esta visión etnocentrista, tomaba como modelo universal a la cultura occidental y, en cierto sentido, a la cultura anglosajona.

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

Teoría Funcionalista

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

incluía artefactos, bienes, procesos técnicos, ideas, hábitos y valores heredados.

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

Estructuralismo Funcionalista

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

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

EL SER HUMANO Y LA CULTURA

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

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

Procesos de transmisión de la cultura

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

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

- ❖ **Enculturación**: Proceso por el cual el individuo asimila y comparte activamente (ampliando y modificando) pautas de pensamiento, sentimiento y acción acumuladas y elaboradas por generaciones anteriores de su grupo social y que éste le transmite dinámicamente a lo



largo de toda su vida.

- ❖ **Endoculturación**: Proceso que se ubica en el transcurso de los primeros años de vida de un individuo y consiste en la transmisión e incorporación de la cultura por parte de los adultos a las generaciones que habrán de



sucedérles.

- ❖ **Transculturación**: consiste en el intercambio de formas de ser, estilos de vida, en el que se percibe que no existe una cultura mejor que otra,



sino que ambas se complementan.

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



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

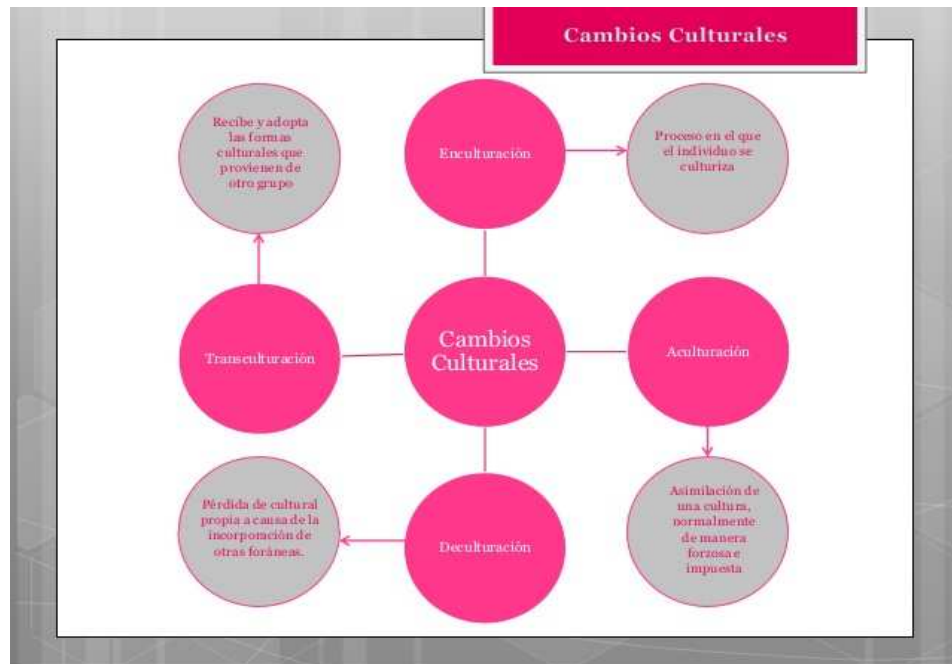


Figura 2.3. Cambios en el proceso cultural.

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 prevalencia y la distribución de la salud y la enfermedad en una sociedad, hace falta un enfoque integral que combine cuestiones sociológicas y antropológicas, además de las biológicas y de conocimientos médicos sobre salud y enfermedad.

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

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

Algunas de las prácticas que influyen en el proceso de salud-enfermedad son las siguientes se han visto en la unidad 1.

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

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

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

Los *estilos de vida* no pueden obviarse a la hora de tomar decisiones sobre la salud de la población. Aquí se ponen de relieve los aspectos culturales y conductuales que afectan la salud. En la actualidad, se han multiplicado las investigaciones en las que se demuestra cómo el estilo de vida de una persona afecta las posibilidades de enfermar y morir. LA idea de estilo de vida no es nada nueva, desde que Galeno, Hipócrates y Paracelso, escribieron sobre ellos. Hipócrates, sobre todo, privilegiando el descanso, la alimentación, la higiene (por la diosa Hygeia) pero también por la diosa Eros. Para la OMS estilo de vida es: “Forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por factores socioculturales y características personales” (OMS, 1986, 118). Los estilos de vida (*life-style*, en inglés) guardan estrecha relación con los siguientes elementos:

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

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



Figura 2.4. Condicionantes y asociaciones en estilos de vida.

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



Figura 2.5. Estilos de vida: interdependencia con otros factores.

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

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

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

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

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



Figura 2.6. Estilos de vida saludables.

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



Figura 2.7. Estilos de vida no saludables.

En resumen, podemos afirmar que los estilos de vida:

Crean un nuevo paradigma en salud

Permiten el empoderamiento (empowerment) de los actores

Requieren de un abordaje:

Intercultural

Inter y transdisciplinario

Se relacionan con la medicina de la complejidad.

Conforman una nueva praxis médica, dialéctica y semiótica, aplicables al ciclo vital.

FACTORES CULTURALES Y RECUPERACIÓN DE LA SALUD

La confianza y la valoración positiva que la comunidad desarrolla en relación con la eficacia de la medicina científica para el control de las enfermedades, influye en la respuesta de la misma a las ofertas de servicios preventivos, curativos o de rehabilitación brindados. La población puede albergar preconceptos, temores o desconfianza respecto de agentes preventivos o terapéuticos tales como vacunas o antibióticos.

En función de las personas y de sus diferentes situaciones sociales, los síntomas son percibidos, evaluados y padecidos (o no padecidos) de manera diferente. En efecto, se detectan diferencias notables en la percepción del dolor y de los síntomas, en el modo de definirlos, así como en la medida en que los pacientes buscan ayuda, se quejan a los demás y acomodan su conducta para adaptarse a la enfermedad.

Para entender la percepción individual de la enfermedad es importante reconocer que se trata de un concepto no sujeto a una definición estricta. El individuo evalúa y reevalúa, de manera continuada, la gravedad de los síntomas en varias situaciones. La conducta del paciente ante su enfermedad implica un intento de concienciación ante los síntomas, así como acerca de su capacidad para afrontarlos. Los procesos de evaluación y de adaptación, así como las decisiones que de ellos se derivan, pueden estar condicionados por el nivel intelectual de cada paciente, por la información recibida, así como por su comportamiento social y cultural.

El Dr. Arthur Kleinman aporta nociones e ideas que, acerca de un episodio de enfermedad y su tratamiento, utilizan y manejan todas aquellas personas implicadas en el proceso clínico, esto es, el enfermo, familiares, amigos y el profesional de la salud.

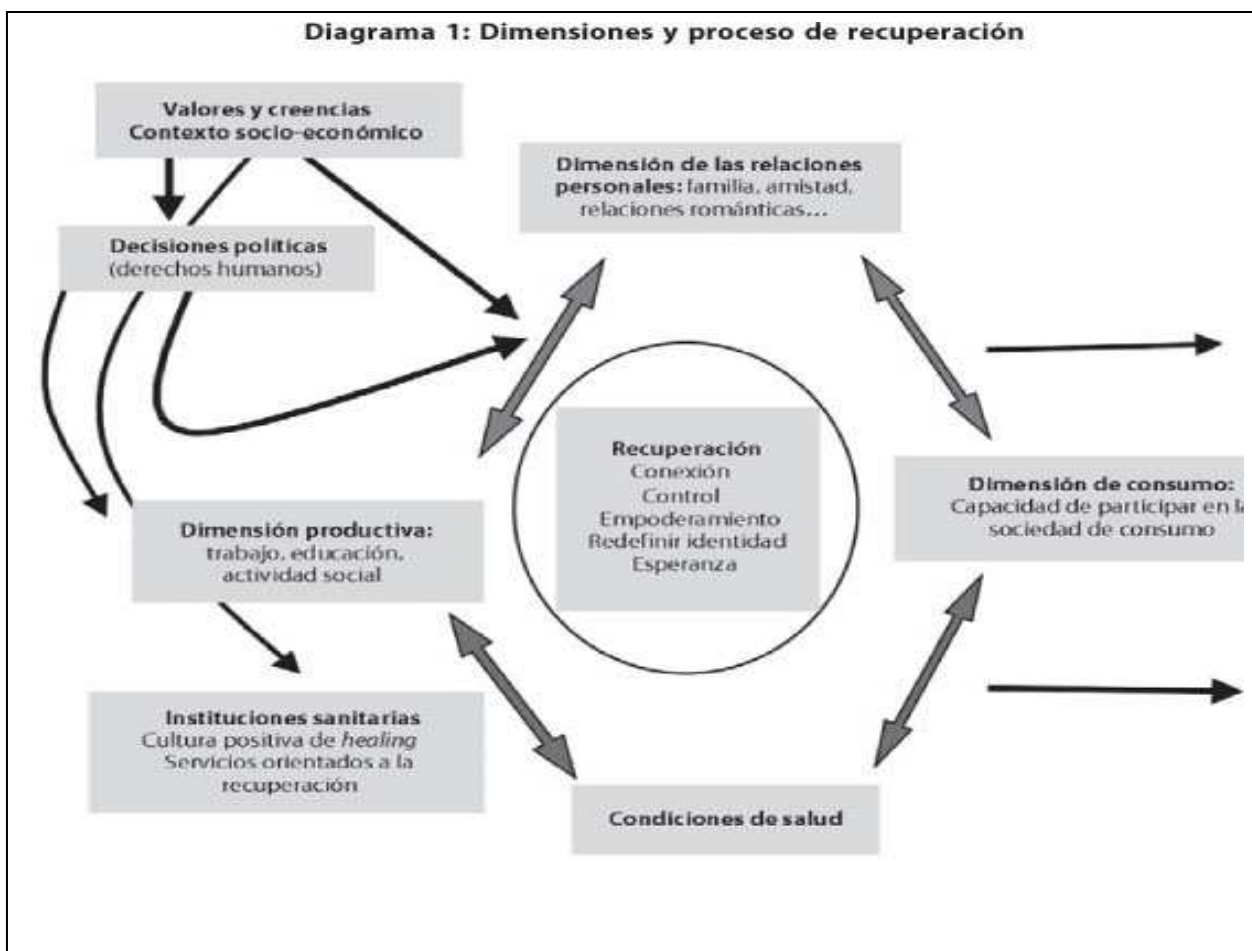


Figura 2.8. Dimensiones y procesos de recuperación.

A través de su teoría de los modelos explicativos, la antropología aplicada a la salud pone de manifiesto la diferencia de perspectivas:

Disease: Perspectiva de los profesionales de la salud.

Illness: Perspectiva del paciente.



Figura 2.9. *Disease* versus *illness*.

Los diferentes puntos de vista plantean dificultades en la comunicación que ha de presidir el encuentro clínico entre el paciente y el médico.

Para abordar el estudio de los problemas de salud desde la óptica del paciente, el médico debe considerar:

- ⇒ *En términos de necesidad*, lo que se denomina necesidad sentida, es decir, la percepción que tiene la gente de su problema de salud
- ⇒ *En términos de morbilidad*, cómo define el paciente su problema de salud a partir de los síntomas y molestias que provoca.

Los profesionales de la salud son personal capacitado, puesto que poseen conocimientos y manejan técnicas específicas a su campo de actuación. Es decir, son competentes en el ámbito sanitario, tienen pericia profesional.

Es oportuno que el profesional de la salud conozca las ideas populares sobre la salud y la enfermedad:

- Para facilitar el éxito del encuentro clínico mejorando el proceso de comunicación y determinar las indicaciones terapéuticas.
- Para implementar adecuados Programas de Educación para la Salud tendientes a transformar los comportamientos no saludables en saludables.

Las ideas populares sobre la salud y la enfermedad se caracterizan por ser una mezcla de creencias e ideas mágico-religiosas con otras interpretaciones provenientes de la medicina. Las explicaciones populares en torno a las causas de la enfermedad oscilan entre:

- ⇒ Causa natural o un hecho azaroso.
- ⇒ Un castigo divino.
- ⇒ Trasgresión de una norma moral.
- ⇒ Imperfección de la naturaleza.
- ⇒ Destino del ser humano dado su naturaleza.
- ⇒ Un don divino para alcanzar la salvación.

El ámbito familiar y doméstico es el lugar dónde se produce el aprendizaje de las conductas a seguir frente a la enfermedad (proceso de socialización y/o endoculturación) y, a la vez, es el marco de referencia para orientar el cuidado de la salud y el proceso de búsqueda para recuperarla frente a la enfermedad.

La percepción de la enfermedad por parte del paciente puede afectar su actitud y conducta cuando se trata de utilizar la medicación. Es necesario considerar que cuando a un paciente se le prescribe un antibiótico por presentar, por ejemplo, “*dolor de garganta*” no se trata solamente de este hecho, sino de alguien que traga con dificultad, que no puede ir al trabajo y que necesita la comprensión de sus familiares. De modo similar, cuando el médico prolonga un tratamiento establecido, debería considerar que la percepción de la enfermedad por parte del paciente puede sufrir modificaciones ante este hecho, de modo que la despreocupación que al principio mostraba por su dolor de garganta puede transformarse en ansiedad debido a las implicaciones de una patología de este tipo, o debido a la ausencia a su trabajo más prolongada de lo esperado.

Desde la perspectiva médica, los pacientes toman la medicación porque les ha sido prescrita y porque un profesional médico así se lo ha recomendado. Desde la perspectiva de ofrecer ayuda, sin embargo, nos damos cuenta que los pacientes toman la medicación por muy diferentes motivos. Con el fin de ayudar al paciente a obtener el máximo beneficio de su medicación, el médico debe aprender a considerar la pauta terapéutica desde la perspectiva del paciente.

A tal efecto, se deben determinar -para cada paciente- las necesidades, los deseos e, incluso, las posibles preferencias relativas a la propia salud. Deben establecerse asimismo los detalles de lo que debe hacerse para lograr estos objetivos en cada individuo.

Además, para estos pacientes, la utilización de la medicación no sólo formaba parte de la vida diaria, sino que se convirtió en un signo de enfermedad, que simbolizaba para sí mismos y para los demás, algo que los diferencia de los otros y les hace sentirse, tal vez, inferiores a ellos.

Los pacientes toman constantemente decisiones personales acerca de su medicación y del modo de seguirla. Cuando los profesionales de la salud les proporcionan información y consejo, los pacientes modifican sus conductas relativas a la salud considerando la información recibida a la luz de informaciones previas basadas en experiencias, creencias y prejuicios.

Autocuidado

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

Automedicación

La automedicación consiste en tomar medicamentos por decisión propia o por consejo no profesional con el fin de aliviar un síntoma o curar una enfermedad. Si bien es una forma de autocuidado, está influenciada por experiencias previas de enfermedad y, aunque en primera instancia puede parecer una manera cómoda y accesible de cuidado, tiene como desventaja el posible empleo inadecuado de medicamentos y el retraso de la consulta médica.

El consumo de medicamentos sin prescripción médica está influenciado por la visión que tienen de su papel los distintos miembros de la cadena terapéutica; esto es, farmacéutico, familia y entorno.

Diversidad cultural

Así como las personas diferimos entre nosotros: las hay grandes, pequeñas, delgadas, obesas, altas, bajas, rubias, morochas, etc., también lo hace la cultura a las que las personas adscriben. A esto lo llamamos diversidad cultural. Aceptarla, en vez de ignorarla, ayuda a una mejor comprensión y comunicación con la “mochila” cultural que el paciente trae, pero también nos permite adentrarnos en su entorno o circunstancias.

Es entendible que cualquiera de ustedes que provenga de culturas de pueblos indígenas, puede tener una cosmovisión diferente de salud-enfermedad que las familias centroeuropeas, árabes, judías, o asiáticas. La religión que cada uno profesa, también incide en esa percepción. La orientación de identidad de género (véase más adelante), es otro supuesto

cultural que determina nuestro modo de entender y re pensar la cultura y en la salud.

Nuestra cátedra, en asociación con la cátedra de Clínica Pediátrica de 5º Año, dicta, cada ciclo lectivo, un módulo de diversidad cultural donde se plantean estos elementos en forma amplia y desarrollada.

En la diversidad cultural intervienen varios elementos que iremos desarrollando detenidamente en coloquios y clases con ustedes, para evaluar como ustedes perciben las diferencias.

En general, éstos pueden subdividirse en diferentes categorías que conviene analizar en detalle; veamos:

Cultura a la que pertenezco;

Orientación de género: si pertenezco o no al colectivo GLBTQ (por sus siglas en idioma inglés: gay-lesbiana-transgénero-queer);

Pertenencia a pueblos indígenas u originarios;

Pertenencia a otros grupos étnicos.

Credo religioso judeocristiano, budista, ateísmo, etc.

Orientaciones culturales y políticas.



En el análisis de la diversidad cultural, conviene aclarar que su incorporación a la carrera de medicina se debe a la psiquiatra infantil Nisha Dogra de la escuela de medicina en Leicester, Inglaterra, en el año 2002. Desde entonces, esta inclusión se ha hecho obligatoria en la mayoría de escuelas médicas de Europa y EEUU, estando notablemente desarrollada en Canadá. En América latina, el país más adelantado es obviamente México, ya que es el más rico en proyectos antropológicos y de interculturalidad.

Afrontar, como personas primero, y como médicos después, un problema de interculturalidad, requiere un proceso de aprendizaje interno con nosotros mismos, ya que lo que no nos gusta, debe ser superado en pos de la atención

que debemos al paciente. En la figura 2.10, se muestra la curva de aprendizaje requerida en estas situaciones.

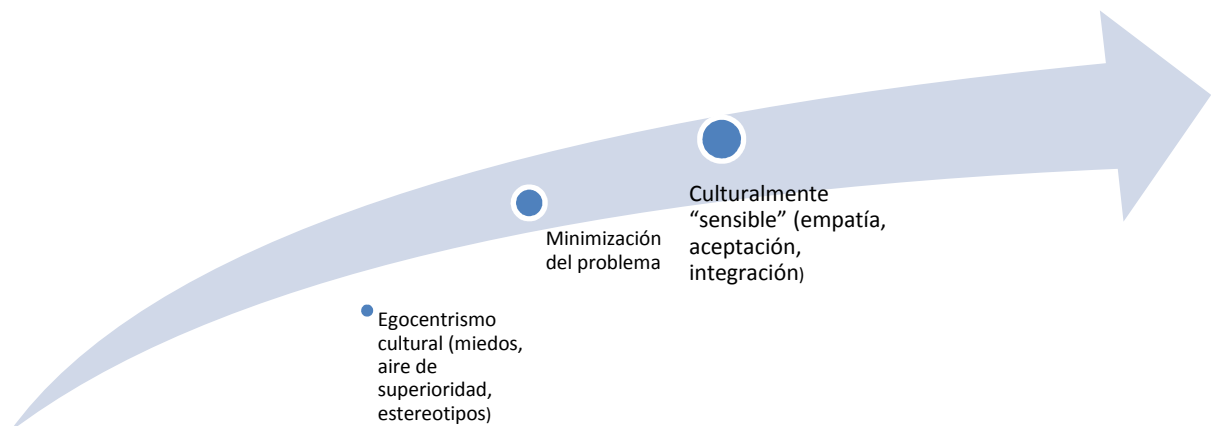


Figura 2.10. Curva de aprendizaje en competencia cultural.

Cuando intentamos comprender el alcance de la diversidad cultural y como ella impacta en nuestra actividad profesional médica, debemos poner en perspectiva nuestro conocimiento cultural, aprender comunicación interpersonal, adquirir competencias en cultura, y reflexionar sobre nuestra propia diversidad. Ah, ¡y los esperamos en el módulo!

Para cerrar el tema de cultura, les recordamos la fuerza poderosa que la cultura tiene: por ello es denostada por los líderes dictatoriales desde Rusia hasta occidente todo, y en Asia también. Baste recordar el miedo que la cultura infería a representantes de nuestras muchas dictaduras. Para ello, conviene evocar aquella frase desesperada del Reichsmarshall Hermann Goering, lugarteniente de Hitler, que sintetizaba su desprecio y su temor diciendo: *“cuando escucho la palabra cultura, saco mi revólver”*.

EDUCACIÓN PARA LA SALUD

El instrumento destinado a provocar cambios favorables en la actitud de la población respecto a las prácticas sanitarias, es la educación para la salud, que se define como:

“El proceso de enseñanza–aprendizaje interdisciplinario y multisectorial, basado en la ciencia, la técnica y el respeto por el ser humano, cuyo objetivo es elevar el nivel de salud del

individuo , la familia y la comunidad, mediante el logro de conductas positivas, responsables, solidarias, y duraderas”

La Educación para la Salud es fundamental para:

- Desarrollar prácticas saludables.
- Incentivar la participación en salud.
- Provocar procesos de cambio social.

Es una actividad fundamentalmente educativa diseñada para ampliar el conocimiento de la población en relación con la salud y desarrollar la comprensión y las habilidades personales que la promuevan. La educación para la salud es participativa, en cuanto involucra a la comunidad para que ésta asuma responsabilidades y participe activamente en todo cuanto hace a su salud, bienestar y desarrollo.

La Educación para la Salud expresa los derechos y responsabilidades entre la prevención de enfermedades y el cuidado de la propia salud y la colectiva. La salud se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana, en los centros de enseñanza, de trabajo y de esparcimiento. La salud es el resultado de los cuidados que uno se dispense a sí mismo y a los demás.

Las representaciones en salud y las prácticas que de ellas se desprenden, así como la participación activa de los sujetos involucrados, no pueden obviarse en la implementación de los diferentes Programas de Salud o en la toma de decisiones sobre la salud de la población.

La promoción de la salud favorece el desarrollo personal y social en tanto que proporcione información, educación sanitaria y perfeccione las aptitudes indispensables para la vida. De este modo, se incrementan las opciones disponibles para que la población ejerza un mayor control sobre su propia salud y sobre el medio ambiente, y para que opte por todo lo que propicie la salud.

Es esencial proporcionar los medios para que, a lo largo de su vida, la población se prepare para las diferentes etapas de la misma y afronte las enfermedades y lesiones crónicas. Esto se ha de ser posible a través de las escuelas, los hogares, los lugares de trabajo y el ámbito comunitario, en el

sentido de que exista una participación activa por parte de las organizaciones profesionales, comerciales y benéficas, orientada tanto hacia el exterior como hacia el interior de las instituciones mismas. ¡Debería, claro está, iniciarse en la escuela misma!



UNIDAD 3

MEDICINA, CONOCIMIENTO Y FILOSOFÍA

INTRODUCCION

En cierta ocasión el Emperador de China, llamó a su médico personal, que pertenecía a una familia de médicos y le pregunto cuál de los hermanos era el mejor en el arte de curar. El médico respondió: mi hermano, el mayor, puede ver el espíritu de la enfermedad y eliminarlo antes de que se manifieste, su reputación solo es conocida en casa. Otro de mis hermanos cura la enfermedad cuando es aún leve, su reputación solo es conocida en la aldea. Sin embargo yo, hago masajes, elaboro pociones y clavo agujas de acupuntura, por lo que mi reputación llega al Emperador. (Historias chinas)

No es objetivo de la Medicina Antropológica que los alumnos piensen como filósofos, psicólogos ó sociólogos. Pero sí es tarea de la cátedra brindar conceptos básicos de Filosofía y Ciencias Sociales, a la vez que generar un espacio de análisis que posibilite a los futuros médicos comprender al ser humano más allá de su estructura somática y reflexionar sobre los aspectos humanísticos de la Medicina.

La unidad 4, 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.

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 a, 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 incomprensión.

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 físico-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 Hygeia: 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 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.

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. 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 enfermedades que los hombres deben soportar en esta vida están sobre determinados, 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 *alopática*, que es la que practicamos nosotros.

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.

- 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 *Eucrasia*. 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 *Discrasia*. La discrasia 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. Aún hoy, en lenguaje clínico es común hablar de discrasias sanguíneas, intestinales, etc.

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 Hygeia 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”.

Recientes decenios han visto renacer la preocupación por relacionar el hacer médico con el pensar filosófico, ya no como algo obvio sino como cuestión: ¿existe esta relación y en qué consiste? Con mucha claridad formuló E. Pellegrino este interrogante, y concluyó que ambas disciplinas podían quedar vinculadas de cuatro modos:

- 1) Medicina y filosofía entablando un diálogo sin perder su identidad, cotejando similitudes y descubriendo diferencias;
- 2) Filosofía en medicina, como la reflexión teórica sobre los métodos diagnósticos y heurísticos de la medicina, su competencia en la definición de enfermedad y salud;
- 3) Filosofía médica, un modo difuso de referirse a los médicos que someten su actividad a la reflexión, y

4) Filosofía de la medicina, que estudia lo peculiar de la práctica médica, el fundamento conceptual de la permisión que tiene la medicina de invadir el cuerpo, de enfrentar decisiones de vida y muerte.

Buscando anclaje en el pensamiento de Pellegrino, cabría postular, ante todo, que importa menos la relación que pudiese ser establecida entre medicina y filosofía, que el reconocimiento de cómo ambas han llegado a ser mutuamente imprescindibles. La medicina contemporánea no puede enfrentar sus problemas sin una reflexión extra temática, por cuanto su ámbito de acción actual y potencial rebasa con mucho las tradicionales tareas de curar, paliar y prevenir enfermedad. La filosofía, por su lado, hace tiempo abandonó sus inquietudes metafísicas clásicas, se refugió en el cultivo del pensamiento analítico y comenzó a desarrollar una reflexión en torno a la biología, al cuerpo, a la sexualidad y al género, dejando emerger nuevas perspectivas como la biofilosofía y la neurofilosofía.

La complejidad de estas materias proviene que ya no se trata de observar e interpretar fenómenos biológicos y estrategias terapéuticas, sino de aprehender que estas realidades están siendo profunda e irreversiblemente transformadas por el ser humano.

Escribió Descartes su “Discurso del método” para guiar a la razón en busca de la verdad, más precisamente para mostrar cómo él ha orientado su propia razón. Pertinente es lo que anota en la página final del texto, al proponerse dedicar el resto de su vida a adquirir “conocimientos naturales de los cuales sea posible ganar algunas reglas para la medicina que sean más certeras que las hasta ahora disponibles”. Podría distinguirse aquí una filosofía para la medicina, pero que no fue llevada más allá.

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.

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 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.

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.

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 del pensamiento a priori (*antes de...la experiencia*).

Materialismo

En la filosofía occidental, es la doctrina que sostiene que toda existencia se puede reducir a materia, cualquiera sea el atributo que lo causa. Para esta corriente filosófica, la materia es la última realidad y el fenómeno de la conciencia se explica por cambios fisicoquímicos en el sistema nervioso.

El materialismo se opone al idealismo, que sostenía la supremacía de la mente en donde la materia es consecuencia de la objetivación de la mente.

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.

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.

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 *Claudio Bernard* como el fundador de la fisiología moderna, como creador del concepto de medio interno. 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*”.

El enfoque hermenéutico de la medicina

La filosofía hermenéutica (*hermeneutikos = arte de la interpretación*) surge en países de la Europa central. Se asocia a términos como Existencialismo, Fenomenología y Ontología.

Estos filósofos están preocupados por el problema particular de la existencia humana, al que no se acercan a través de la observación sino de la reflexión filosófica. Se interesan por los fenómenos experimentados por la mente humana y tratan de comprender e interpretar la acción humana.

La Hermenéutica propone una psicología que permite comprender al hombre como entidad histórica y no como algo inmutable y universal.

De esta manera, quedan planteadas dos aproximaciones científicas de la realidad:

- ❖ ***Las Ciencias Naturales***, basadas en leyes generales donde rige el determinismo causal.
- ❖ ***Las Ciencias del Espíritu***, que son históricas y comprensibles por ser referidas a personas o hechos irrepetibles y únicos. Centran su investigación en lo particular o idiográfico, en donde intervienen los aspectos ético-axiológicos que no están presente en las ciencias naturales. En el mundo del espíritu rigen los valores de la cultura.

Fenomenología y Realismo Ontológico

La Fenomenología es un movimiento filosófico del siglo XX que describe los fenómenos de la realidad tal y como se presentan en la conciencia.

El mayor representante de esta corriente fue 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 sí misma. En la realidad hay objetos “fenómenos” y cada uno de ellos posee cualidades o categorías que son descubiertas y descritas por la conciencia intencional. Se establece así una relación entre un objeto y un sujeto que dirige su conciencia (intención) hacia un objeto, el cual a partir de ese momento, cuando es observado para ser conocido, cobra sentido y significado para el sujeto cognoscente.

La vida ocupa un espacio físico, orgánico y ecológico (hábitat). Esa vida se manifiesta en individuos y solo una parte de ellos tiene conciencia de sí, reflexionan y proyectan: las personas.

Existencialismo

El Existencialismo, es un movimiento filosófico que resalta el papel crucial de la existencia, de la libertad y la elección individual. El término existencialismo en sí mismo sugiere un tema principal: el énfasis puesto en la existencia individual concreta y, en consecuencia, en la subjetividad, la libertad individual y los conflictos de la elección.

Heidegger, filósofo del nazismo, 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 significativa, no solo un ambiente físico sino un entorno personal, una circunstancia vivencial. Esta circunstancia lo constituye, es una realidad de seres íntimos (familiares), amigos, situaciones, vivencias, etc.

La vivencia es algo que se revela, se descubre en el complejo anímico del sujeto. Es un modo de existir la realidad para cada persona. Las vivencias no pueden ser explicadas, sino descriptas a partir de un relato y, así, es posible que sean comprendidas.

El 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.

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.

Su más importante pensador contemporáneo fue Jean Paul Sartre, cuyas conceptualizaciones convencieron al estudiante universitario parisino Daniel Cohn-Bendit a liderar la revolución de 1968 conocida como “mayo francés” bajo la famosa consigna: “la imaginación al poder”.

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.

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.

Puede decirse que el objetivo de este nuevo enfoque de la medicina consiste en *“rescatar, en lo primordial, al paciente como persona”* (Dr. Florencio Escardó famoso pediatra, filósofo y sociólogo argentino)

Como decía la anciana de un cuento de Scholem Aleijem:

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

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 grave, es decir, padecer una enfermedad terminal que precipite el final de su existencia: su muerte. El *interrogatorio*, es la fase de la semiología que enseña a preguntarle al enfermo cual es el motivo de la consulta. Francisco Maglio sugiere modificar su nombre a “*escuchatorio*” para eliminar la idea del interrogatorio (propio de una coacción de tipo dictatorial) y permitirle a la paciente expresarse cabalmente, asegurándole que estamos allí para escuchar lo que tenga para decir. Es esta falta de tiempo para el escuchatorio, la que más entorpece la actual relación entre pacientes y médicos, creando un espacio de *incomunicación* en vez de lo opuesto. La mayoría de expertos coincide en que esta falta de diálogo es la causa que mejor promueve los llamados juicio de mala praxis.

El Temor a la Muerte

El episodio de la enfermedad es vivido por el paciente como un acercamiento al final de su existencia. Pero ¿qué es la muerte? Una primera definición indica que es la cesación de la vida, la suspensión permanente de todas las funciones corporales vitales, de forma irreversible.

Aunque se sepa con certeza que se van a morir, sin embargo todas las personas quedan perplejas ante el fenómeno de la muerte. La muerte es considerada un tema tabú en la sociedad actual. En este tiempo, en que se exaltan los cuerpos sanos y jóvenes, el momento de la enfermedad sufrido por los pacientes, es vivido como un anticipo de la muerte, un signo que implica

que el cuerpo comienza a deteriorarse y, por lo tanto, contrario a los ideales sociales antes mencionados.

La muerte es un tema 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.

La medicina debe mucho a la psiquiatra suizo alemana Elizabeth Kübler-Ross por sus investigaciones realizadas en estos unidos (donde se radicó), sobre la importancia de morir con dignidad. Su libro, “La muerte: etapa final del crecimiento” debería ser de lectura obligatoria.

Cuidados Paliativos

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* 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 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.

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 a 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 tekne 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. Cuando 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”.

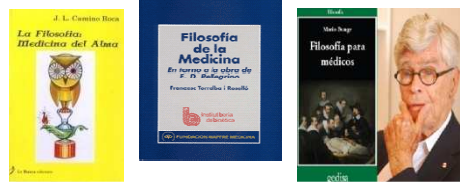
... El éxito en cuidados paliativos debe medirse por la calidad de vida de aquellos que sobrevivieron y la calidad de muerte de aquellos que murieron.

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 anestesistas 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 irrepetible 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.



UNIDAD 4

MEDICINA Y PSICOLOGÍA

La persona como sujeto-objeto de la práctica médica

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 enfermarse 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.

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

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

BREVE RESEÑA DEL DESARROLLO CIENTÍFICO DE LA PSICOLOGÍA

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

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

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*”

Hoy se define a la Psicología como:

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

Evolución de la Psicología como ciencia

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

Objeto de la Psicología

- la conciencia (experiencia interna)

Método de la Psicología

- la 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.

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:

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. (Figura 4. 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. (Figura 4. 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* (Figura 4. 3)

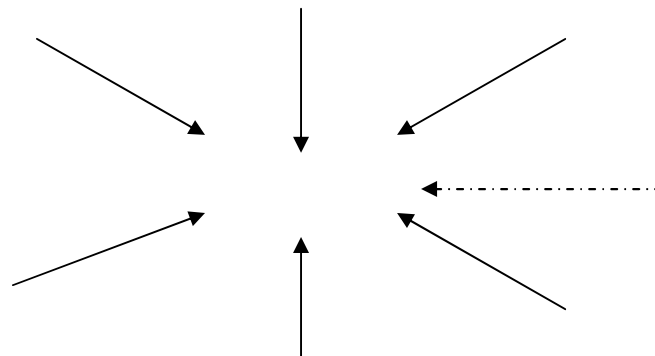


Figura 4.1

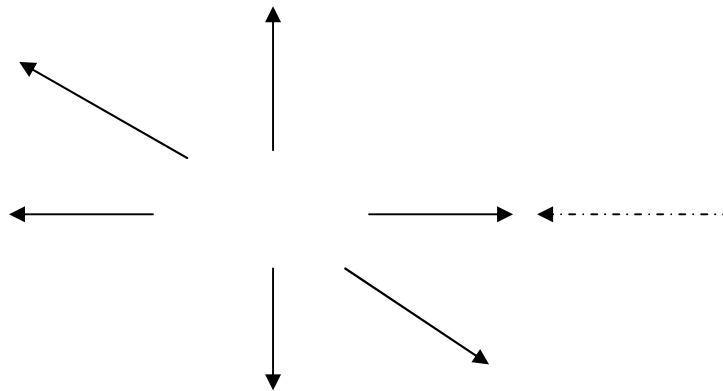


Figura 4.2

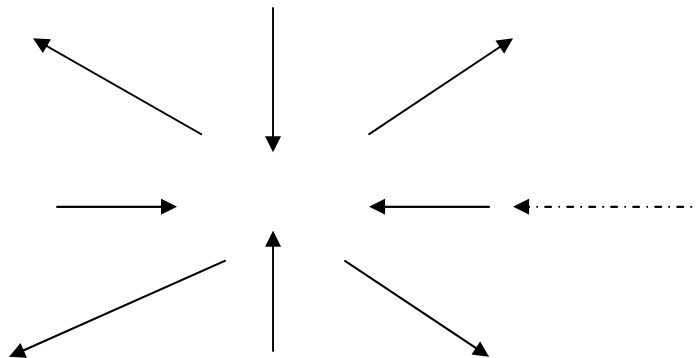


Figura 4.3

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

¿Qué es la Conducta?

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

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

⇒ (área 1) en la de las expresiones mentales,

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

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

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

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

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

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

Conducta y homeostasis

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

En el plano *biológico*, la *homeostasis* (palabra creada por el fisiólogo estadounidense Cannon para designar el equilibrio de todas las funciones biológicas) expresa ese equilibrio que se da en forma de una regulación

automática. Por ejemplo, si la temperatura del medio exterior baja, se produce en el organismo la vasoconstricción, que impide la pérdida de calor del cuerpo y conduce a un aumento del metabolismo interno. Así, todo organismo vivo está en proceso de intercambio con el medio, tendiendo a lograr con éste un equilibrio, para poder llegar a una mejor adaptación.

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

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

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

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

Conducta y personalidad

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

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

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

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

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

PERSONALIDAD

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

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

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

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

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

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

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*”.

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. En ciertas ocasiones, sobre todo en niños, se

puede usar tests como el de Bender-Gestalt, Brazelton, Denver, Bailey-Pinneau, Wisc y Wisc-R.

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.

MODELOS O TEORÍAS DE LA PERSONALIDAD

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

I. Modelo personalista

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

II. Modelo Conductista

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

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

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

III. Modelo Psicoanalítico

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

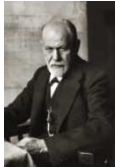
Estructura del Aparato Psíquico

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

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

El (inicialmente) neuro fisiólogo vienés, luego devenido en psiquiatra Sigmund Freud, elaboró -a principios del siglo XX-dos esquemas explicativos del Aparato Psíquico que se complementan entre sí. El primer esquema está constituido por el *Consciente*, el *Preconsciente* y el *Inconsciente*.

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



Sigmund Freud en 1922.

MEDICINA ANTROPOLÓGICA Y EVOLUCIÓN

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 antropopsicología.

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

¿Por qué estudiar el desarrollo humano?

El interés por el estudio del desarrollo humano proporciona datos, que muestran las características y rangos de comportamiento, cognoscitivos y

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

Desde que el naturalista inglés *Charles Darwin* (Inglaterra, 1809-1882) publicase su obra cumbre: “*Del origen de las especies*”, se ha sostenido que las especies que habitan el planeta, evolucionan, o sea se adaptan y cambian según las modificaciones a las que están expuestos, sea por el medio ambiente, disponibilidad de alimentos y demás. Nuestra especie no es excepción y su supervivencia a través de millones de años atestigua de su capacidad para adaptarse a diferentes situaciones. El ejemplo clásico sería la desaparición de antecesores como mamuts y dinosaurios y ciertas variedades de monos y aves. Igualmente, la *paleontología* demuestra las diferentes clases de homínidos que poblaron la tierra hasta la aparición del *homo sapiens*.

Tabla comparativa de las diferentes especies del género *Homo*

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

Especies	Cronología (cron)	Distribución	Altura de adulto (m)	Masa de adulto (kg)	Volumen craneal (cm³)	Registro fósil	Descubrimiento / publicación del nombre
<i>H. habilis</i>	2.5-1.4	África oriental	1.0-1.5	30-55	600	Varios	1960/1964
<i>H. rudolfensis</i>	1.9	Kenia				1 cráneo	1972/1986
<i>H. georgicus</i>	1.8-1.6	Georgia			600	Escasos	1999/2002
<i>H. ergaster</i>	1.9-1.25	Este y Sur de África	1.9		700-850	Varios	1975
<i>H. erectus</i>	2-0.3	África, Eurasia (Java, China, Vietnam, Cáucaso)	1.8	60	900-1100	Varios	1891/1892
<i>H. cepranensis</i>	0.8	Italia				1 copa craneal	1994/2003
<i>H. antecessor</i>	0.8-0.35	España, Inglaterra	1.75	90	1000	Tres sitios	1994/1997
<i>H. heidelbergensis</i>	0.6-0.25	Europa, África	1.8	60	1100-1400	Varios	1907/1908
<i>Homo rhodesiensis</i>	0.3-0.12	Zambia			1300	Muy pocos	1921
<i>Homo neanderthalensis</i>	0.23-0.024	Europa, Asia Occidental	1.6	55-70 (complexión fuerte)	1200-1700	Varios	1829/1864
<i>Homo sapiens</i>	0.25-presente	Mundial	1.4-1.9	55-100	1000-1850	Todavía vive	—/1758
<i>H. sapiens idaltu</i>	0.16	Etiopía			1450	3 cráneos	1997/2003
<i>H. floresiensis</i>	0.10-0.012	Indonesia	1.0	25	400	7 individuos	2003/2004

Figura 4.4. El género *Homo* según evolución de los homínidos.

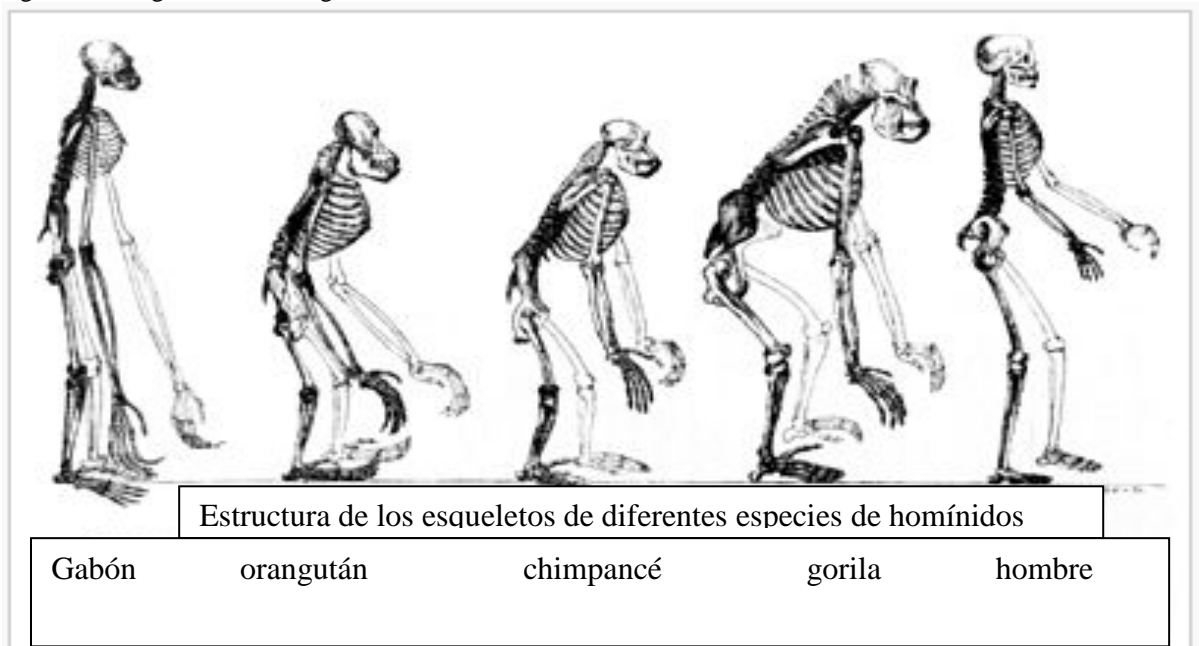


Figura 4.5. Evolución esquelética comparativa de diferentes homínidos incluyendo el hombre.

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

Figura 4.6. Características de las diferentes clases de homínidos.



Figura 4.7. Homínidos recientes y homo sapiens sapiens.

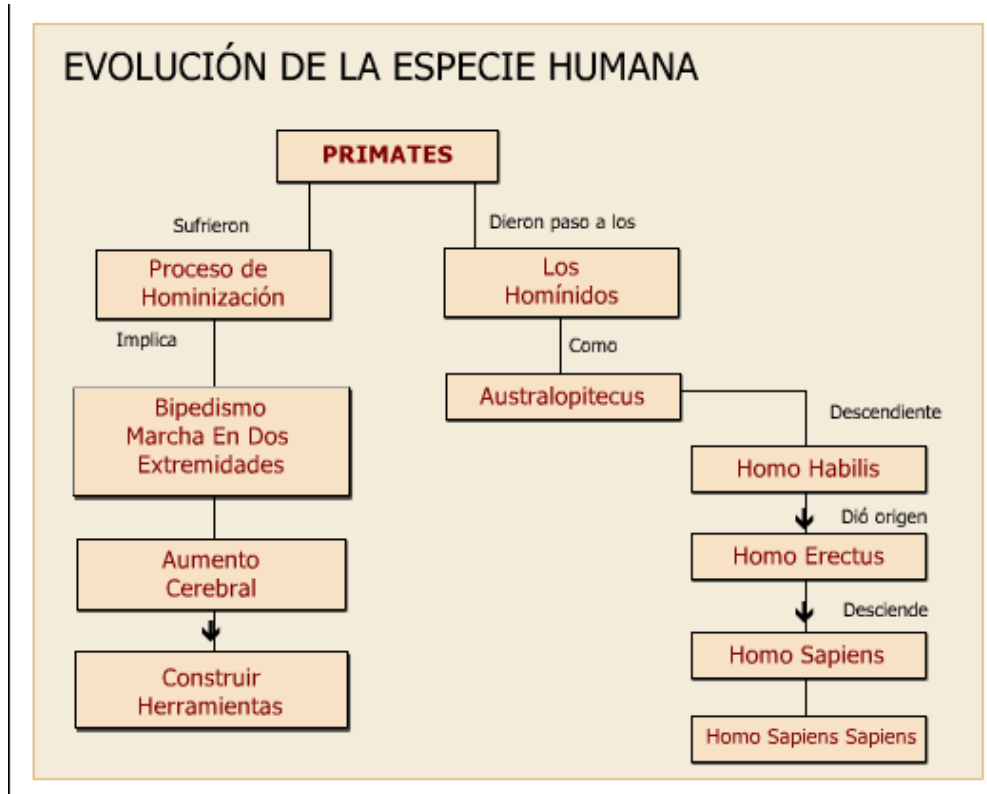


Figura 4.8. Evolución de los primates.

Aparición de los mamíferos

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

Características Básicas de los Primates:

El nombre de "*Primates*" fue usado por primera vez por Linneo en 1758 en su ordenación taxonómica de los animales; significa "primeros" en latín. Linneo incluyó en su orden Pimate a los humanos, monos

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

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

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

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

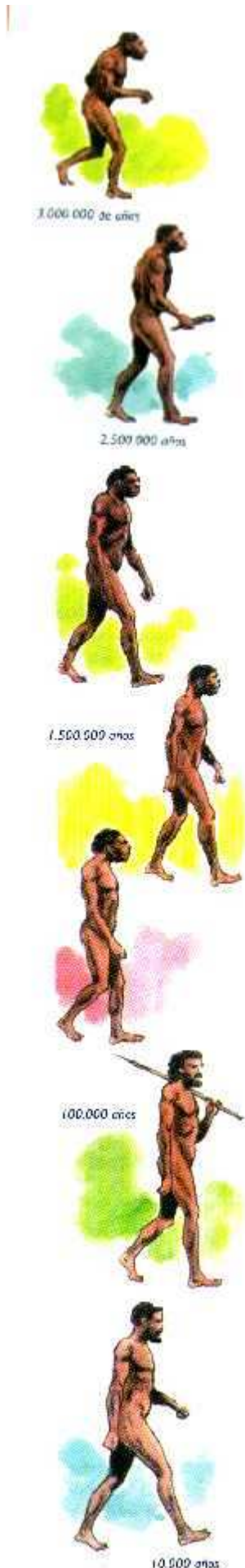
Del tronco común de los primates, surgieron dos ramas de monos:

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

Los homínidos o primeros humanos:

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

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



Australopitecos: ("monos del sur") fue el primer homínido bípedo (caminaba en dos patas y podía correr en terreno llano). Poseía mandíbulas poderosas y fuertes molares. Largos miembros y pasaban gran parte de su vida en los árboles. Su cerebro tenía un volumen inferior a los 400 centímetros cúbicos. De aquí se deduce que el andar erguido se produjo mucho antes que la expansión del cerebro. Su talla no superaría el 1,20 m. de altura y los 30 Kg. de peso. **Antigüedad: 3 ó 4 millones de años**

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

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

Homo erectus: ("hombre erguido"). Llamado *Pitecántropos Erectus*. Algunos lo consideraron el representante directo del hombre, pero hoy se sabe que muchos *australopitecos* anteriores poseían

rasgos semejantes. Son los primeros homínidos que se distribuyeron ampliamente por la superficie del planeta, llegando hasta el sudeste y este de Asia. Cuerpo alto, espesa cejas y gran musculatura. Poseían un cerebro mayor que el del *homo habilis*: alrededor de 1.100 centímetros cúbicos. Descubrieron el uso del fuego y fabricaron la primera hacha de mano. El primer *homo erectus* fue encontrado en Java (Oceanía) a fines del siglo pasado. El hallazgo de restos de homínidos de esta especie en las cavernas de Pekín permitió la reconstrucción de algunos aspectos de su vida. Antigüedad: 1.5 millones de años.

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

Antigüedad: De 150.000 a 200.000 años.

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

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

Los restos fosilizados de diferentes individuos hallados en 1997 cerca del poblado de Herto, en Etiopía, atestiguan que, hace unos 160.000 años, ya existían en África seres humanos muy parecidos a nosotros. Según los datos que manejan los científicos, el *Homo sapiens sapiens*, la subespecie a la que todos pertenecemos, habría aparecido hace entre 200.000 y 160.000 años. Y

lo hizo con certeza en las mismas regiones en las que los homínidos habían adoptado la marcha bípeda hace más de 4 millones de años, y donde, por primera vez, una especie de apariencia humana aprendió a fabricar herramientas, hace 2,5 millones de años.

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

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

La bipedestación.

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

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

La estructura ósea de los humanos posibilita un andar erguido y con menos gasto energético que el de los simios que se balancean de lado a lado. La curvatura de la columna vertebral humana aporta mayor equilibrio y una

mejor distribución del peso del cuerpo; la pelvis es más ancha, lo que favorece la inserción de los músculos que participan en la marcha erguida; el orificio en la base del cráneo, por donde pasa la médula espinal, está centrado y deja la cabeza en posición adecuada para la marcha erguida; el dedo gordo del pie se alinea con el resto de los dedos, lo que aumenta la capacidad de caminar y de correr directamente hacia adelante.

La teoría darwiniana ve a la evolución del hombre como un proceso lineal y continuo. En este proceso, cada especie sería el *eslabón* de una extensa *cadena* evolutiva. Durante mucho tiempo, los investigadores buscaron una especie mitad hombre mitad mono, situada en el punto intermedio de la evolución entre los primates y los humanos. Como esa especie nunca fue hallada, se le llamó *eslabón perdido*.

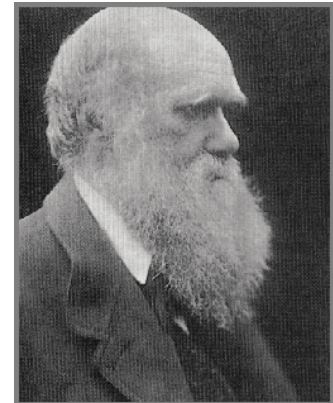


Figura 4.9. Sir Charles Darwin

Evolución del cráneo:

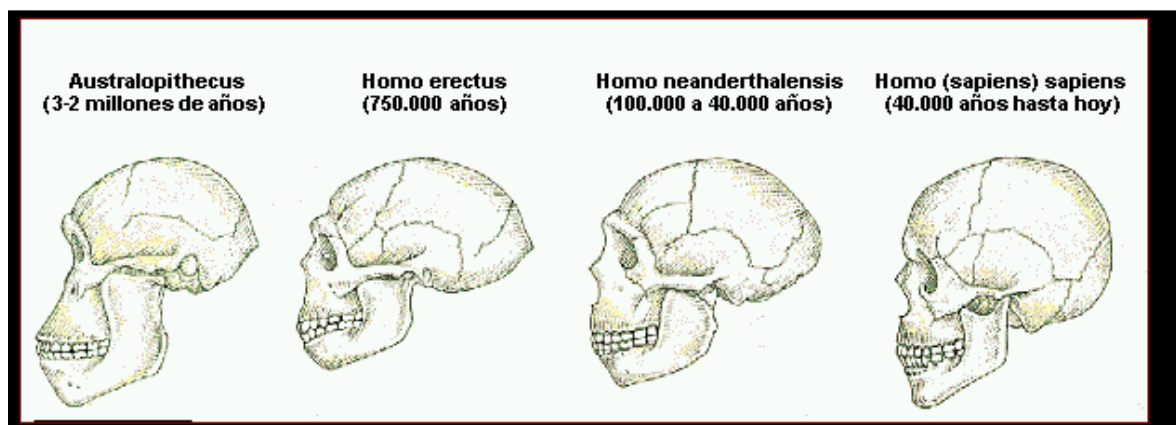


Figura 4.10. Evolución del cráneo en la escala de los homínidos.

El cráneo humano ha cambiado drásticamente durante los últimos 3 millones de años. La evolución desde el Australopitecos hasta el Homo sapiens, significó el aumento de la capacidad craneana (para ajustarse al

crecimiento del cerebro), el achatamiento del rostro, el retroceso de la barbilla y la disminución del tamaño de los dientes. Los científicos piensan que el increíble crecimiento de tamaño del cerebro puede estar relacionado con la mayor sofisticación del comportamiento de los homínidos. Los antropólogos, por su parte, señalan que el cerebro desarrolló su alta capacidad de aprendizaje y razonamiento, después de que la evolución cultural, y no la física, cambiara la forma de vida de los seres humanos.

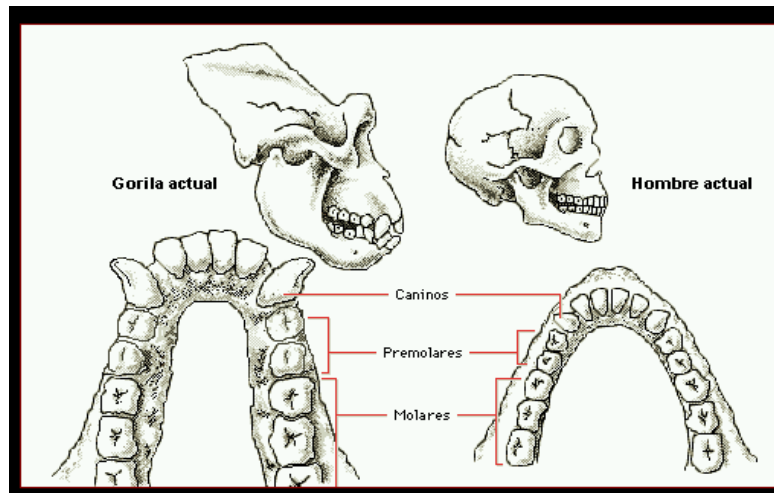


Figura 4.11. Cráneo del gorila actual y del humano actual.

Los seres humanos modernos son primates, así como los gorilas, los lémures y los chimpancés. En algún punto de la evolución, el desarrollo humano continuó por un camino distinto. A pesar de que existen muchas similitudes entre los seres humanos y los primates (especialmente con gorilas y chimpancés), hay diferencias fundamentales que atestiguan esa evolución independiente en sus respectivos desarrollos. Esta ilustración de los cráneos de un gorila y un ser humano moderno presenta algunas de estas diferencias. El gorila posee largos caninos y su mandíbula es más prominente que la de los miembros de la línea de los homínidos.

Según aseguran los antropólogos, actualmente avalados por genetistas independientes (a través de estudios de ADN y del genoma humano, el homo sapiens sapiens (humano moderno) apareció en África y desde allí se diseminó por el planeta. A partir del periodo Paleolítico superior, la evolución humana dejará de ser solamente genética, para volverse un fenómeno cultural.

Colonización del Mundo:

El Homo Sapiens sustituiría al hombre de Neanderthal y, alrededor del año 25 mil antes de Cristo, poblaría toda la Tierra. El Homo Sapiens es el

responsable de la perfección de las técnicas de obtención de alimentos, ampliación de las formas de organización social, de la religión y de las manifestaciones culturales. Con el paso del tiempo, el Homo Sapiens daría origen a las razas humanas.

Origen de las Razas (etnias) humanas:

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

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

Se cree que las razas humanas actuales son el resultado de ciertos grupos en áreas específicas, a cuyo medio se adaptaron. En ese caso, como la procreación se produjo dentro de un entorno restrictivo, se acentuaron determinados rasgos físicos, diferenciando a un grupo humano de otro. Es obvio que tales diferencias no implican cualquier idea de superioridad o inferioridad entre estos grupos humanos o razas (blanca, asiática, negra, etc.).

Conceptos generales sobre etnias y razas

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

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

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

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

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

Pero a pesar de eso, muchos creen que las "razas" son categorías biológicas naturales, ¡o que son como las razas de perros! Eso es completamente incorrecto. No importa cómo se definan las categorías (ni si son 5 ó 500), cuando se comparan poblaciones humanas al nivel molecular y genético, ¡todas esas categorías "raciales" se van a pique! Eso se debe a que los tipos y la cantidad de variación genética que existen dentro de poblaciones humanas y entre ellas... ¡no corresponden a ninguna de las categorías sociales que definimos como las grandes "razas" humanas!

Bueno, sí hay algunos patrones de variación genética entre poblaciones regionales de seres humanos, pero esos patrones no respetan las categorías "raciales". Por ejemplo, la variación genética que se encuentra en una población de un continente puede parecerse más a la de una población que está al otro lado del mundo que a la de una población

vecina. ¡Además, no hay un solo gen (ni un solo alelo, que es una forma alternativa de un gen) que sirva para distinguir claramente una "raza" de otra!

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

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

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

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

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

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

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

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

Las poblaciones humanas a veces difieren en la frecuencia relativa de ciertos alelos (de los genes que vienen en múltiples alelos). Por ejemplo, ciertas poblaciones humanas en promedio tienen una frecuencia general

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

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

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

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

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

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

las diferencias promedio de color de piel en poblaciones geográficas surgieron en los comienzos de nuestra historia debido a las ventajas reproductoras de cada color de piel en cada región según la cantidad de luz solar.

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

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

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

Es importante recordar que a lo largo de la historia de nuestra especie los grupos humanos han inmigrado y emigrado continuamente de

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

Los vergonzosos e ignorantes conatos de preservar la presunta "pureza racial" de una "raza" (que fomentan los nazis, la Nación Aria, el KuKluxKlan y demás supremacistas raciales) son, además, absurdos y ¡sin la menor base científica! Aparte de que la biología comprueba claramente que no hay grupos humanos o "razas" innatamente "superiores" o "inferiores", muchos reconocemos, y celebramos, el hecho de que la pesadilla de los supremacistas (la "mezcla de razas") ¡esencialmente ya ha sucedido! Somos y siempre hemos sido una sola especie mundial, variada pero biológicamente indivisible.

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

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

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

CONCEPTOS DE FILOGENIA Y ONTOGENIA

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

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

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

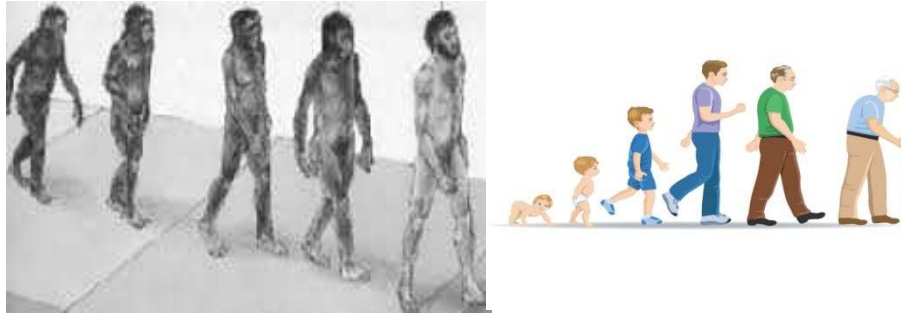


Figura 4.12. Filogenia de la especie humana y en la siguiente imagen, su ontogenia.

Filogenia: En los orígenes, la tierra estaba formada solamente de agua salada. Luego apareció el continente, ya que la geografía de ese tiempo no es la actual: Europa y Asia se llamaban Eurasia, y África y América del Sur eran una sola masa de tierra.

Ontogenia: De la misma manera, el ovocito recién fecundado por el espermatozoide se vuelve una sola célula, comparable a los primeros habitantes unicelulares del planeta.

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



Figura4.13. fecundación, ovocito fecundado, embrión de 4 semanas.

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

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

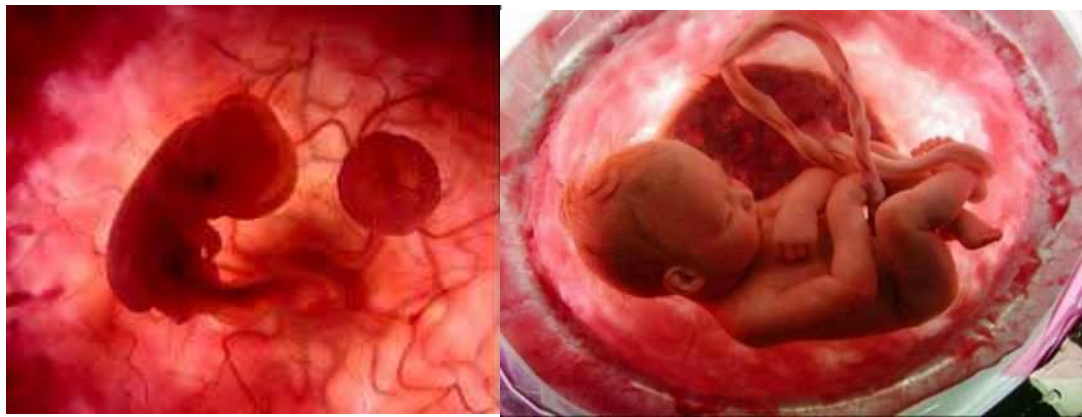


Figura4.14. Embrión humano de 4 semanas y feto de 38 semanas.

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



Figura 4.15.Marsupiales: canguro con cría en su bolsa.

La respiración fetal no es pulmonar ni aérea, sino placentaria. Al nacer, esa respiración transita en pocos segundos, años de evolución, al

transformarse de *anfibia* (sale del agua hacia el aire) y enseguida en aérea solamente.



Figura 4.16. Respiración de anfibios de fase acuosa a aérea.

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

CRECIMIENTO (Co-autoría con el Prof. Dr. José M. Olmas; Prof. Adjunto, Cátedra de Obstetricia y Perinatología II)

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

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

Durante la *hiperplasia*, aumenta el número de células y por lo tanto el ADN (ácido desoxirribonucleico). En la *hipertrofia*, la multiplicación celular cesa, para dar paso al aumento de tamaño de cada célula, y en consecuencia de cada órgano. En esta fase hay predominio del ARN (ácido ribonucleico). Entre las fases de hiperplasia y de hipertrofia, siempre se interpone la fase mixta, a fin de asegurar una transición amortiguada entre las dos primeras.

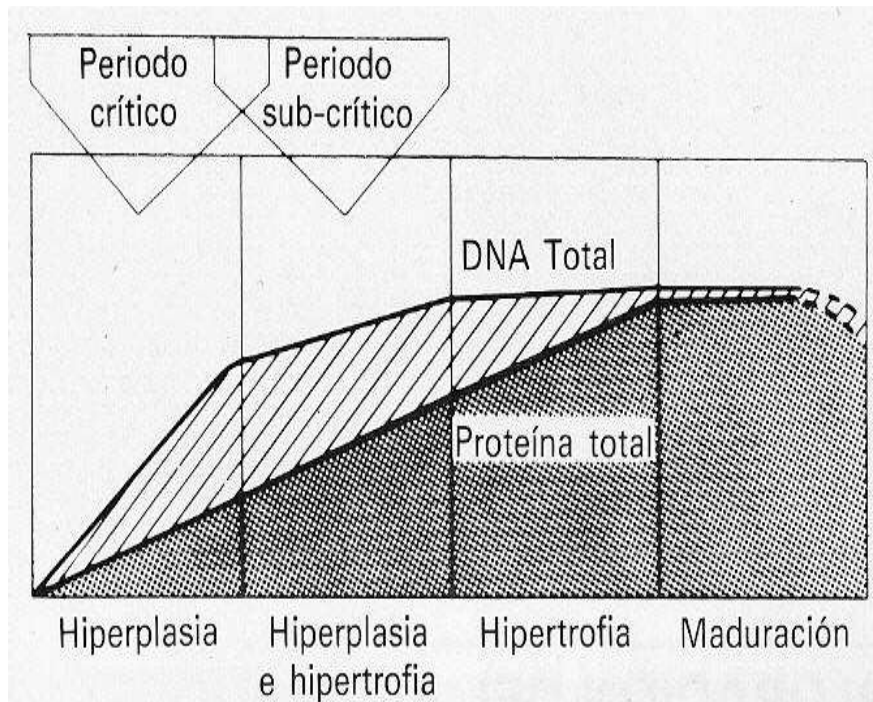


Figura 4.17. Concepto de fases celulares del crecimiento normal humano.

Obviamente, para el crecimiento de cualquier grupo celular, tejido, órgano o sistema, se deben cumplir estos pasos, aunque con diferentes prioridades.

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

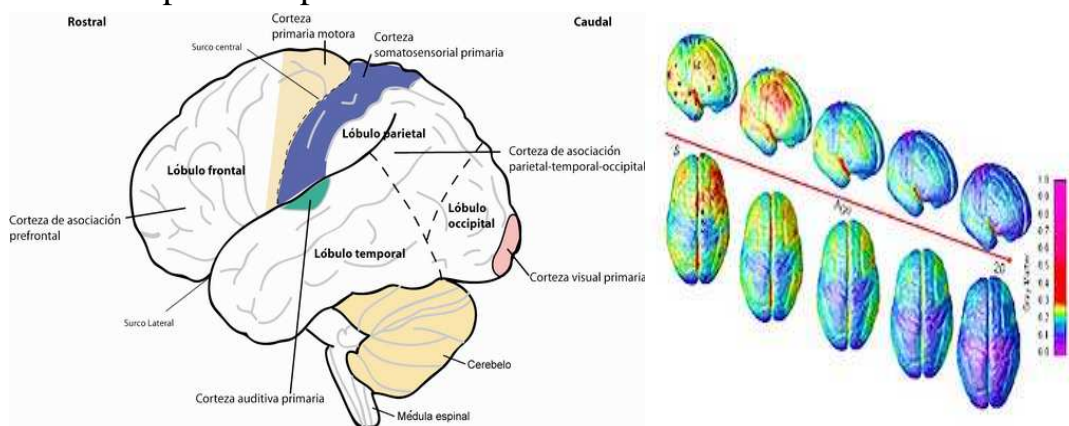


Figura 4.18 Cerebro humano, y evolución de la madurez funcional de los 5 (color blanco marrón), hasta 20 años de edad (color azul intenso).

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

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

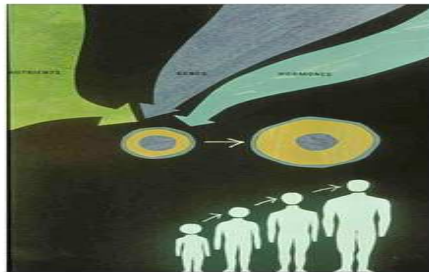


Figura 4.19. ¿Por qué crecemos? Influencias hormonales, genética, nutricionales y psicosociales.

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

Se distinguen varios tipos de crecimiento, según el tejido que estemos analizando:

- General, (de todo el cuerpo)
- Nervioso, (encéfalo y cabeza)
- Linfoide,
- Reproductor,
- Adiposo.

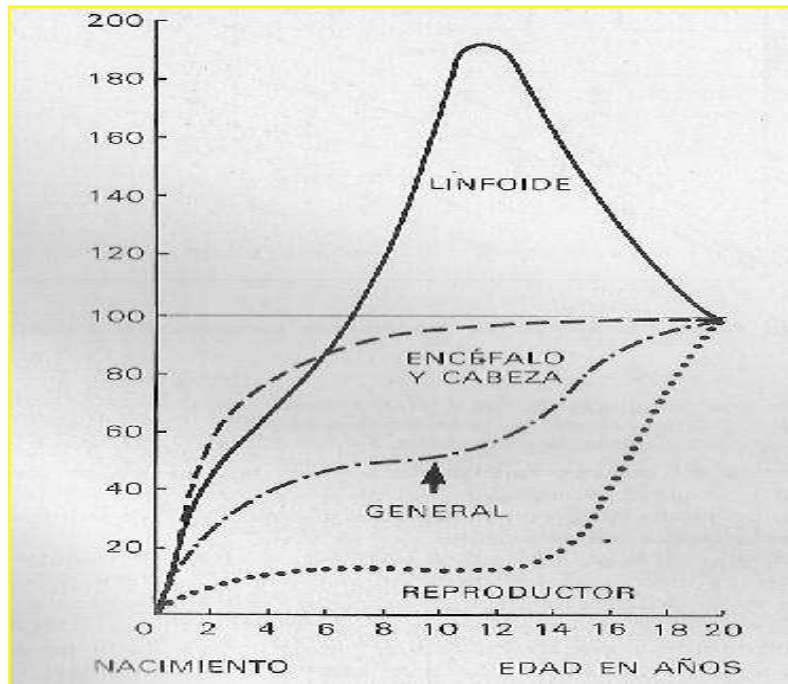


Figura 4.19. Crecimiento general y por sistemas

La evaluación del crecimiento somático, se realiza mediante la antropometría: mediciones continuas del peso corporal, perímetro cefálico, talla (longitud corporal acostada (para menores de 3 años) y de estatura (longitud corporal medida en posición de pie para mayores de 3 años en adelante). Los resultados se registran en gráficos de percentilos especialmente diseñados a tal fin. Un ejemplo se muestra en la siguiente figura.

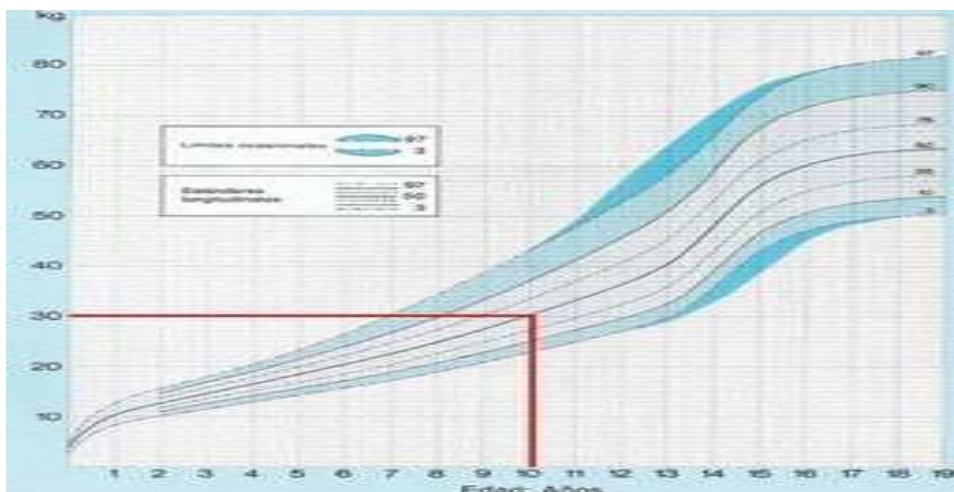


Figura 4.20. Tabla de percentilos en este caso para el peso/edad de niños hasta 19 años.

Cuanto más rápidamente crece un tejido o sistema orgánico, mayor es la posibilidad de ser dañado por diferentes situaciones orgánicas o

biopsicosociales; a este periodo se le denomina *periodo crítico* del crecimiento.

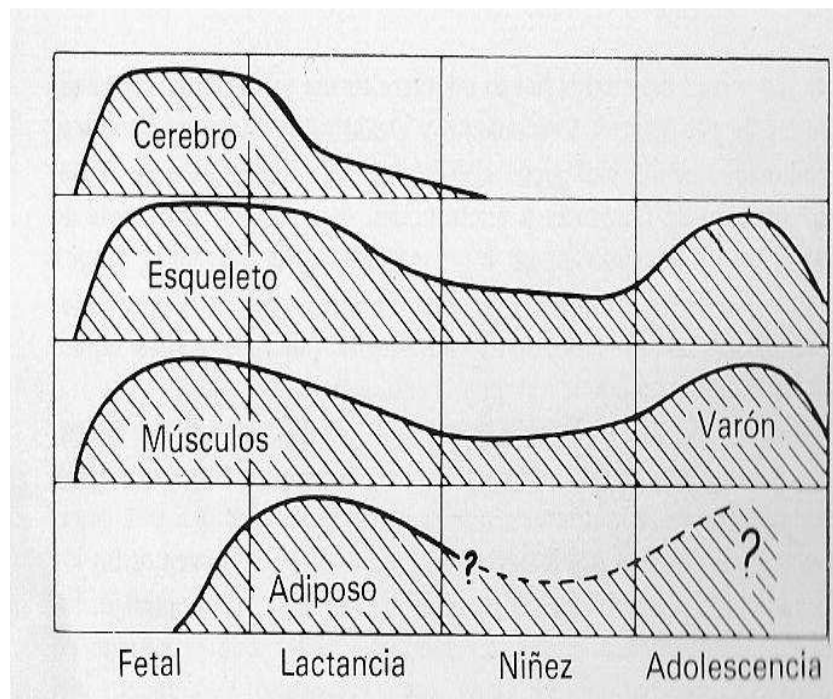


Figura 4.21. Periodos críticos del crecimiento en diferentes sistemas.

DESARROLLO

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

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

MADURACION

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

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

A) Periodo Prenatal (0-280 días)

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

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

Huevo fecundado, 0-14 días

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

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

B) Periodo Pos natal

Primera infancia

Recién Nacido: primeros 28 días de vida.

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

Lactante mayor: hasta el segundo año de vida cumplido.

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

Segunda infancia

Preescolar: 3-5 años.

Escolar: 6-11 años.

Adolescencia

Inicial: 12-14 años.

Media: 15-17 años.

Tardía: 18-21 años.

Adultez

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

La vida prenatal

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

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

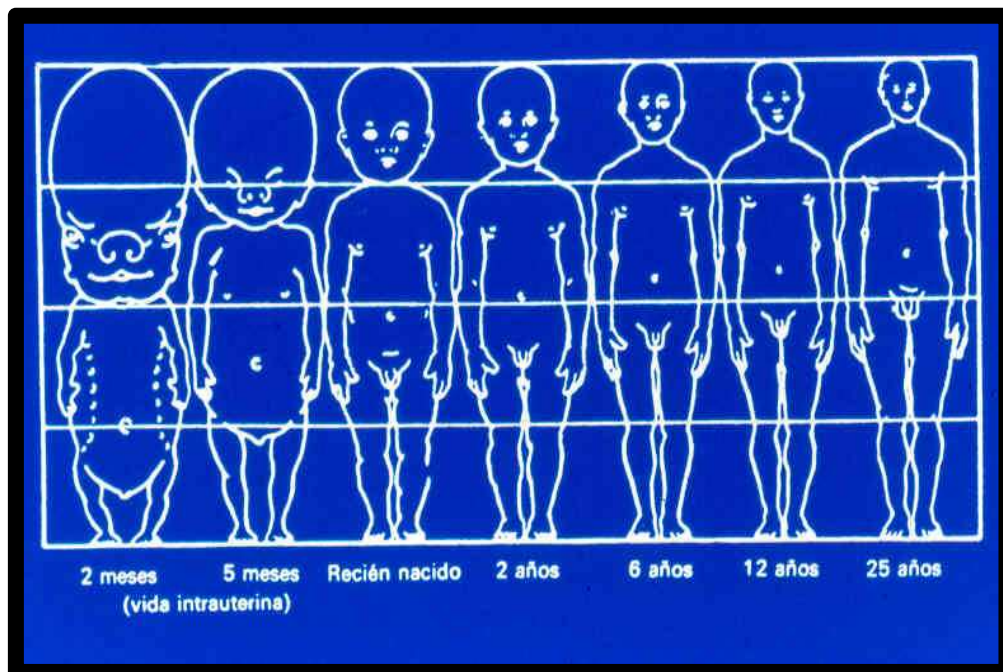


Figura 4.22. Variaciones antropométricas evolutivas en el humano. Según Robbins WJ, 1928.

Del análisis de esta representación, se observa la **progresión céfalo caudal** de la dirección del crecimiento antropométrico humano, o sea progresa desde la cabeza hacia abajo. Noten que la segunda línea transversal atraviesa el mentón del embrión de 2 meses, y las mamas del bebé de 5

meses, para atravesar el ombligo del recién nacido (mitad de su cuerpo), llegando en el adulto a la sínfisis del pubis (mitad de su cuerpo).

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

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

Hacia el 5° mes, se duplica el peso de nacimiento y la talla alcanza 60cm. Al año, la mayoría de lactantes triplican el peso al nacer y miden 75 cm. Durante este periodo se cumplen las interacciones sociales con el resto del mundo a descubrir, pero se mantiene la dependencia en los cuidadores.

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

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

A los 4 años se alcanza la estatura de 1 metro. El peso aumenta 2 kilos/año y la altura 7-8 centímetros por año. Emergen la manualidad única (uso de una mano en preferencia de la otra) y el control de esfínteres. Es la etapa pre operacional de Piaget, y del pensamiento mágico (“el sol se va porque tiene sueño”). El egocentrismo propio de la edad impide aceptar otros puntos de vista, pero no debe confundirse con egoísmo. En esta etapa, el juego, se convierte en la *actividad obligada*, según María Montessori.

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

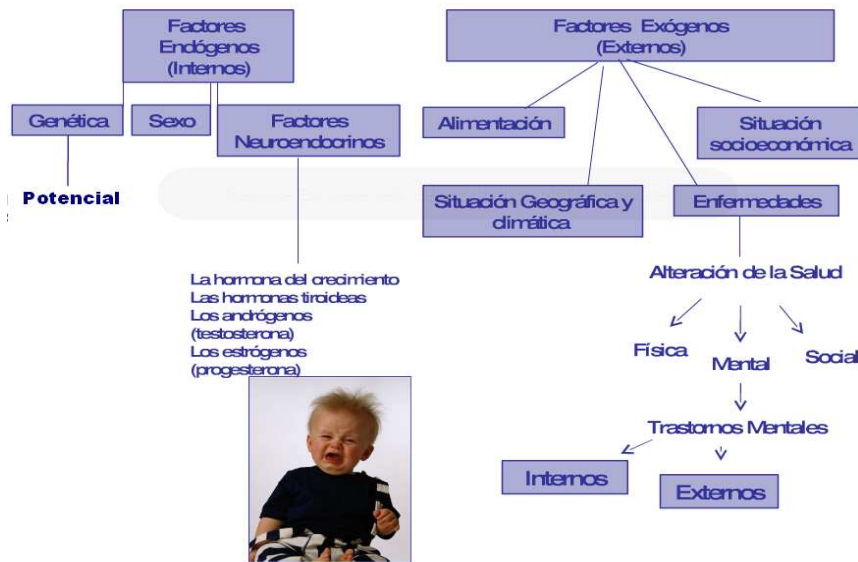


Figura 4.23. Factores que intervienen en el crecimiento humano.

Adolescencia

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

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

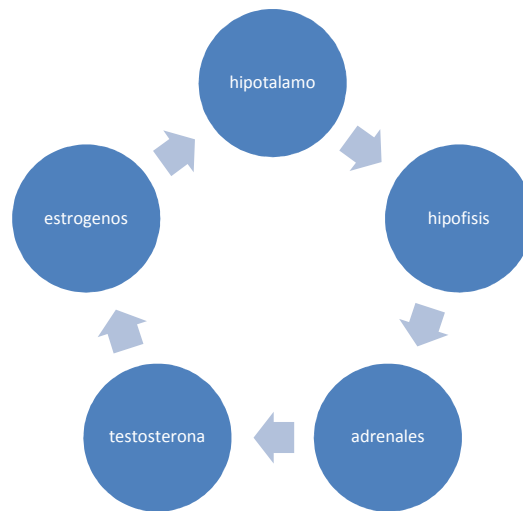


Figura 4.24. Interjuego hormonal durante la pubertad.

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

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

Adolescencia temprana

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

En niñas la aparición del brote mamario (“*telarca*”) ocurre entre los 8-12 años. En varones este paso incluye el agrandamiento testicular (ya apareciendo el del lado izquierdo a nivel más bajo que el derecho) y aumento de la zona mamaria (*ginecomastia*) que muchas veces causa problemas psicológicos angustiantes. En este periodo aparece en el desarrollo cognitivo la etapa del pensamiento lógico formal de Piaget, o sea el pensamiento abstracto. El pensamiento moral se establece en esta etapa permitiendo al adolescente temprano diferenciar correcto de incorrecto sin recurrir como en etapas previas a los dichos paternos: “esto está mal” o “esto no se hace”.

El **concepto de sí mismo** es importante en esta etapa en que el adolescente temprano se preocupa por sus inminentes cambios físicos, vigila

su apariencia (ahora su “*look*”) y se hacen a la idea que todas las personas que lo rodean se dedican a mirar su apariencia. Esta idea recibe el nombre de audiencia imaginaria, según el psicólogo Elkind. Esta etapa, contrasta con la introversión clásica de la adolescencia tardía.

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

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

Adolescencia media

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

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

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

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

Adolescencia tardía

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

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

Evaluación del crecimiento y desarrollo antropométrico adolescente.

Como se ha visto ya, cada etapa de la adolescencia involucra cambios físicos, genitales, madurativos, cognitivos y psicológicos importantes.

El crecimiento se evalúa por medio de tablas específicas, y el desarrollo evolutivo de la sexualidad se mide por la aparición de caracteres sexuales secundarios. El inglés John Tanner llevó a cabo una serie de observaciones y mediciones elaborando una escala fotográfica que permite situar al adolescente, ya no por edades solamente, sino por el aspecto de sus genitales. En la actualidad, la escala de estadios de madurez sexual (**EMS**), o escala de Tanner, es la única utilizada universalmente, tanto en pediatría como en clínica médica y en ginecología. Según el aspecto de las características sexuales secundarias, un adolescente recorre desde el estadio 1 (inicial) al 5 (final) sin límites de tiempo y a diferentes velocidades. Ver figura 4.29. De manera tal, que en la historia clínica suele consignarse el ESM, y también en las fichas escolares que ya traen impreso este requisito simplemente como “Tanner” debiendo el médico señalar simplemente un estadio del 1 al 5.

Algunos aspectos interesantes del crecimiento y desarrollo en la adolescencia, son:

- 1- **inversión de la dirección cefalocaudal del crecimiento corporal preadolescente. (Los miembros inferiores alcanzan su pico máximo de crecimiento antes que los hombros y tórax. Las manos y pies maduran antes que brazos y piernas.**
- 2- **Aumento de la sustancia gris de la corteza cerebral por mayor aprendizaje de actividades sensoriales y motrices. Se produce la poda sináptica (las vías neuronales y sinápticas que no se usan se pierden, las que se sobre usan se refuerzan: “úselo o déjelo”). Tanto los genes como el ambiente juegan un papel preponderante en el rearmado cerebral.**
- 3- **¿cuántas horas debería ser el período óptimo de sueño nocturno durante la adolescencia? Entre 8,5 y 9,5. La privación del sueño se define como cualquier periodo menor de 6,5 horas por noche.**
- 4- **Cantidad calórica recomendada: en mujeres 1800-2400 calorías diarias; en varones 2200-3200. Se deben incrementar los ingresos de lácteos y de calcio. Problemas nutricionales derivan de los hábitos alimenticios irregulares: comida chatarra, comida rápida.**

Concepto de tendencia secular

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

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

En poblaciones de clases medias y altas, esto parece haberse detenido ya, pero en clases sociales menos favorecidas, el fenómeno continúa aún. Ver figura 4.25.

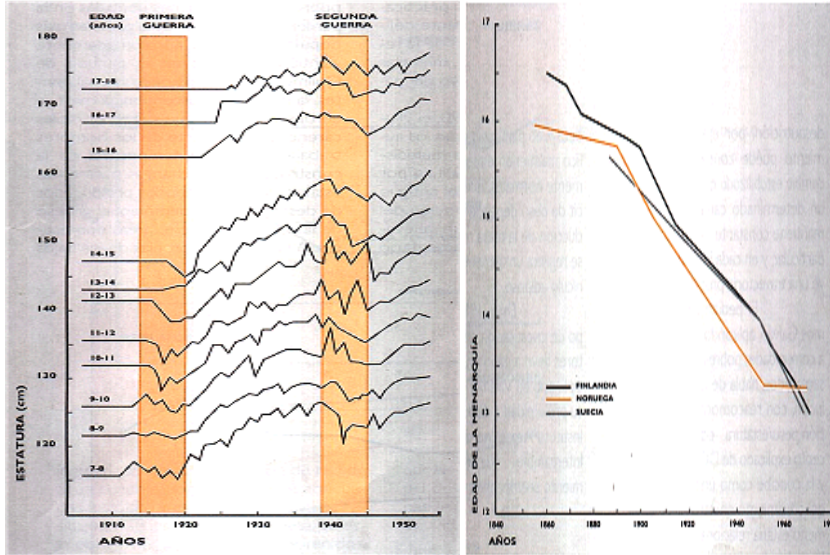


Figura 4.25. Aumento de la estatura en el periodo entre guerras. Descenso de la edad de aparición de la menarca.

Para sintetizar estos conceptos de crecimiento, recurrimos a las fases que operan sobre el mismo, ilustradas en las figuras siguientes:

Fases del crecimiento físico en Pediatría

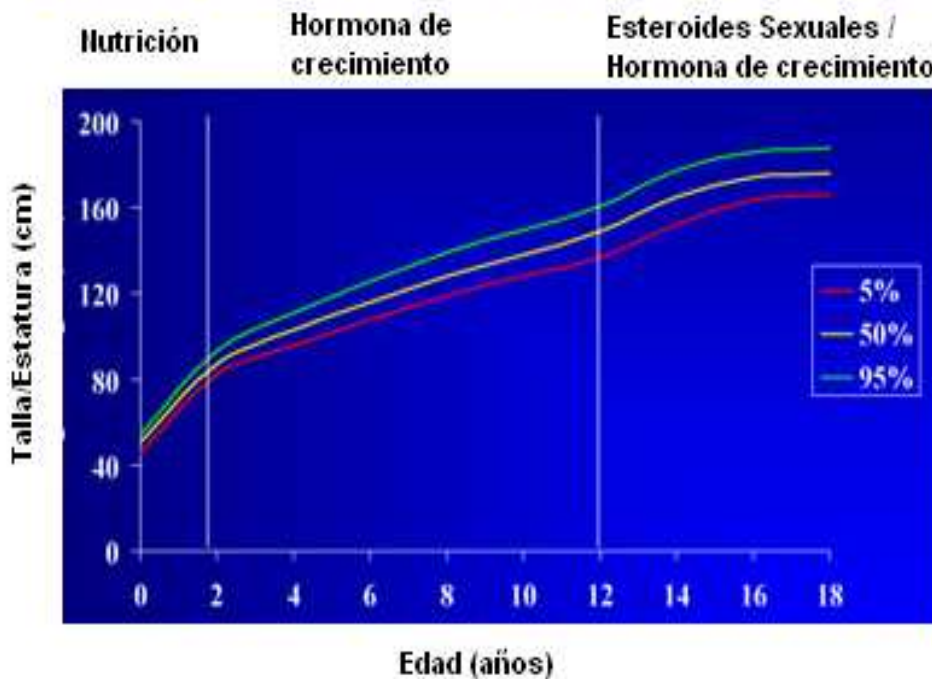


Figura 4.26. Fases del crecimiento humano. Nótese la influencia inicial del estado nutricional.

En la figura siguiente se reseña lo expuesto sobre crecimiento humano.

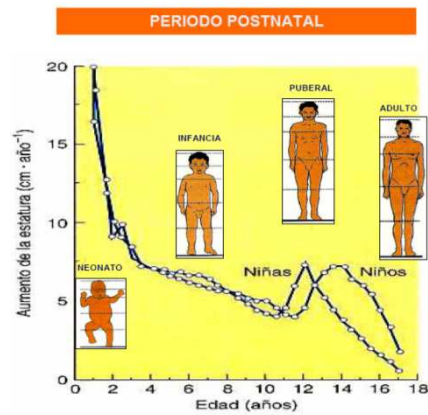


Figura 4.27. Crecimiento antropométrico humano en todas sus etapas.

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



Figura 4.28. Evaluación del crecimiento somático.

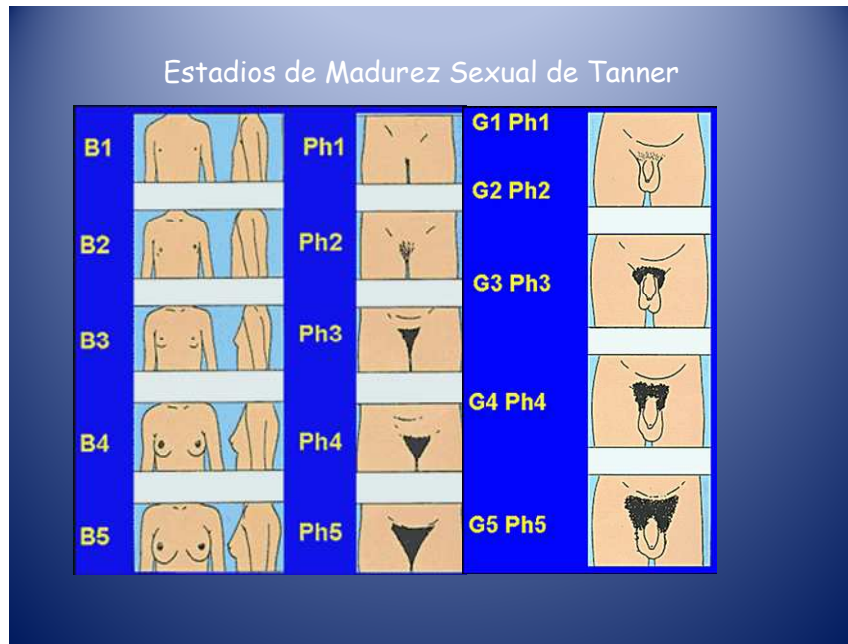


Figura 4.29. Cambios de los caracteres sexuales secundarios en la adolescencia, según Tanner J.

LA ADULTEZ

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

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

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

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

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

TERCERA EDAD

A partir de los 65 años, comienza la **tercera edad** y el proceso de envejecimiento o involución. Después del estudio de los períodos de desarrollo y madurez del llamado ciclo vital del ser humano, el tercer y último período es el llamado involutivo o senil. Se inicia con el deterioro de las funciones físicas y psíquicas y se continúa con un progresivo derrumbamiento de estas funciones.

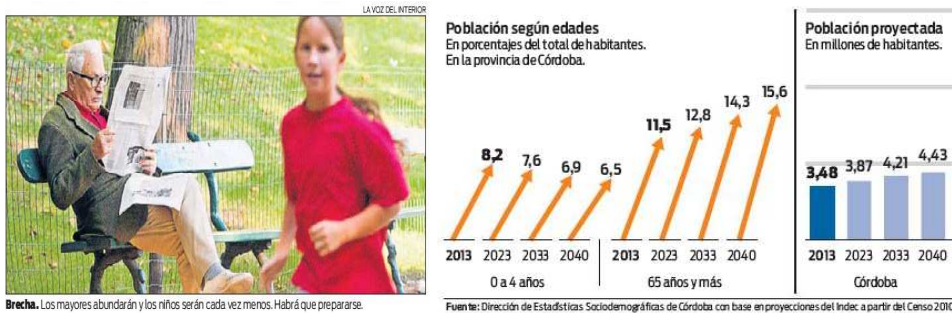
La moderna gerontología -en consonancia con los conceptos ya clásicos de lo que se denomina vejez natural- considera que este período de la vida del hombre se encuentra en plena expansión.

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

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

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

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



DESARROLLO EVOLUTIVO DE LA COGNICIÓN, INTELIGENCIA Y TEMPERAMENTO

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

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

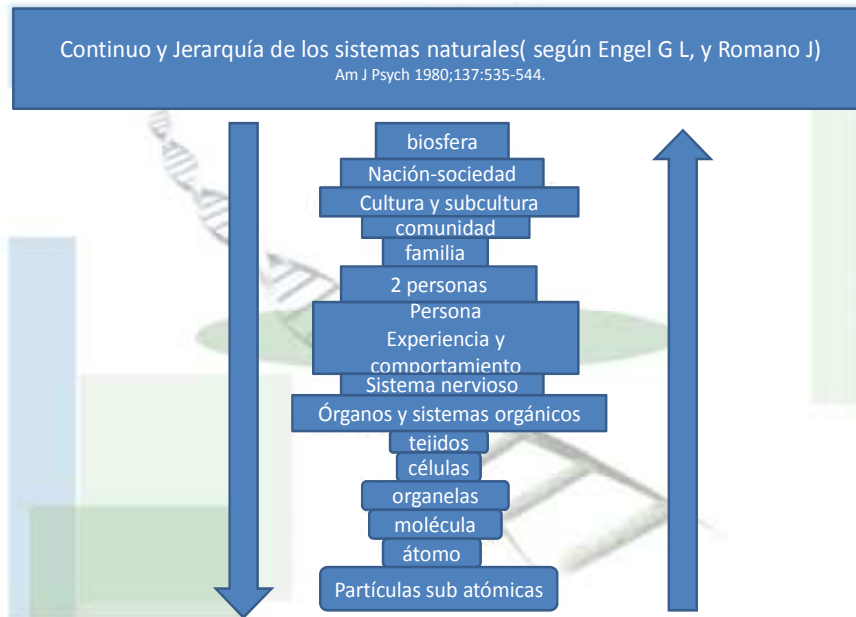


Figura 4.30. Continuo jerárquico de los sistemas naturales en el modelo biopsicosocial de Engel y Romano.

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

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

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

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

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

Teoría psicoanalítica. Postulada por *Sigmund Freud* y modificadas décadas después por su hija Ana, reconoce la etapa inicial llamada oral, en la que la satisfacción se reduce a objetos introducirles en la boca, entre ellos el pezón materno o la tetina del biberón. La anal (retención y eliminación fecal del niño de 2-4 años, de Edipo (afecto desmedido hacia el progenitor de sexo opuesto) en los años preescolares y escolares, latencia (escolares), genital (adolescencia y después). Con el tiempo, la apreciación de Freud se ha cuestionado y ha caído en desuso; sin embargo sus ideas permiten entender el desarrollo emocional y la importancia de la vida interior en el niño así como de su sexualidad.

Erik Erikson, en Estados Unidos reestructura la idea de Freud en términos de la personalidad emergente en el niño. Llamó la atención sobre los conflictos intra personales durante el desarrollo. En esencia, Erikson propone simplemente, que el conflicto presentado en una etapa, debe ser resuelto apropiadamente antes de abordar la siguiente. Un niño puede subir un escalón con ayuda, pero subirá dos, una vez que se sienta cómodo con el hecho de haber subido el primero. Un hecho saliente en este autor fue el haber

reconocido que su teoría era aplicable a las poblaciones centroeuropeas, pero advirtió su inutilidad en culturas de diferente extracción.

Teorías cognitivas. Una de las más importantes por su aceptación en todas las escuelas pediátricas occidentales, y sobre todo en Argentina, además de tener un peso pedagógico sobre los realizadores de planes escolares en nuestro medio, es formulada por *Jean Piaget*.

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

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

Los adolescentes (medios y tardíos) obtienen ya el concepto del conocimiento abstracto, como el adulto, denominándose esta última etapa como de **pensamiento lógico formal**. Es decir cabe la abstracción, con lógica hipotético-deductiva (álgebra, geometría, matemáticas) y el conocimiento se vuelve comunicable.

Algunas críticas formuladas al esquema de Piaget tienen más que ver con la forma que con el fondo; por ejemplo, la presencia de hermanos mayores facilita en ciertos casos, el adelantamiento de las etapas. Una de las

características que han hecho a la teoría de Piaget fácilmente aceptable, es que, como ustedes que estudian ahora bioquímica, la misma se puede descomponer a grandes rasgos en procesos de ingesta, asimilación, digestión, desdoblamiento en principios elementales, aunque referidos solamente a la cognición.

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

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



Figura 4.31. Teoría del comportamiento, en ejemplos.

En la figura 4.31, puede observarse al perro enseñado a llevar algo en su boca, al chimpancé pequeño explorando un objeto, a la mirada inquisitiva de chimpancé y niña de la misma edad, y al intento de obtener el chupete con un movimiento de la mano.

Bandura y colaboradores expandieron esta teoría para incluir el concepto de **aprendizaje social**. En esta formulación, el *reforzamiento social* y la *imitación* son las fuerzas motoras para lograr un cambio de comportamiento. Los modelos de comportamiento, en el inicio son los padres.

A medida que prosigue el desarrollo, los preadolescentes y adolescentes suelen buscar modelos externos entre sus pares o afuera de su grupo habitual.

Otros investigadores como Margaret Mahler, Arminda Aberastury, Wallon, Spitz, la Dra. Aurora Pérez, en nuestro país, han teorizado también sus propuestas. Sin embargo, su tratamiento excede el marco de este manual.

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

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

autor	Año 0-1	Años 2-3	Años 3-6	Años 6-12	Adolescencia
Freud psicosexual	oral	anal	Fálica- Edipo	latencia	genital
Erikson psicosocial	Confianza- desconfianza	autonomía	Iniciativa vs culpa	Superioridad- inferioridad	identidad
Piaget cognitiva	Sensitivo motriz	Pre operacional	Operaciones concretas	concretas	Lógico formales

Figura 4.32. Resumen de las 3 principales teorías sobre el desarrollo de la inteligencia humana.

LA HIPOTESIS DE BARKER

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

biológico fetal que, de mantenerse en el tiempo, condiciona aparición de enfermedades en el adulto.

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

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

Conceptos generales

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

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

La salud será definida como la homeostasis genes-ambiente.

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

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

Por lo tanto podría especularse con que el tiempo necesario para asegurar ambas condiciones es de 40 años. Luego, el genoma evolutivo ha hecho suficientes programaciones para asegurar la supervivencia hasta los 40 años, por lo menos, a fin de permitir la reproducción. Dicho de otro modo, nuestros genes permanecen “ciegos” hacia el futuro alejado ya que sus cambios adaptativos y de programación se hacen para sostener la salud reproductiva. Como la mayoría de enfermedades del adulto generalmente comienzan a partir de los 40 años en adelante, podríamos presuponer que las mismas son la consecuencia de la prolongación de la edad pero también el resultado de cómo los genes se activaron e inactivaron para optimizar la sobrevivencia fetal y neonatal, infantil y de la vida adulta temprana.

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

Estos datos recientes de Redon³ señalan que hasta 12% de nuestro genoma (1500 regiones) exhibe estas variaciones. Esta flexibilidad en la expresión génica explica la conocida heterogeneidad en la expresión de genes en gemelos idénticos aun cuando se crían en el mismo ambiente.

El origen de enfermedades del adulto

Está claro que la más importante contribución del siglo XX a nuestra comprensión de estas cuestiones es la de Barker. En su análisis de 100,000 habitantes de Herfordshire nacidos entre 1911-1930, demostró la correlación inversa entre peso al nacer y muerte coronaria. Esa relación ha sido documentada en todos los continentes (excepto África) por diferentes investigadores. Tabla 2. Se acepta hoy que el peso al nacer no depende de variaciones genéticas sino del ambiente intrauterino.⁴ Asimismo, el peso al nacer y las tasas de crecimiento postnatal de los tres primeros años de vida (no determinadas genéticamente sino por el ambiente externo) se han asociado fuertemente con hipertensión arterial y diabetes tipo 2.

Parece entonces que las adaptaciones necesarias a ambientes hostiles pre y postnatales establecen patrones de interacción entre diferentes genes que controlan una gran variedad de funciones orgánicas; en conjunto facilitan la supervivencia en esas condiciones adversas, pero a posteriori generan consecuencias desfavorables tardías. Los cambios adaptativos *in utero* en respuesta a ambientes prenatales hostiles colocan al feto frente a la posibilidad de un mayor riesgo de desarrollar enfermedades complejas del adulto si el ambiente postnatal subsiguiente se vuelve muy diferente del ambiente prenatal.

Epigenética

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

Sin embargo, a pesar que su aplicación es contemporánea por los rapidísimos avances de la *biología celular y molecular* y de la *secuenciación del genoma humano* y de otras especies, debe recordarse que (como ocurre habitualmente) ya hace mucho tiempo, investigadores clínicos desprovistos de los conocimientos actuales, intuyeron que “algo” pasaba que requería de explicaciones más profundas hasta entonces desconocidas. Por ejemplo, Waddington denominó, ya en 1939, epigenética al “estudio de todo evento que lleva al desenvolvimiento del programa genético del desarrollo”.

El paradigma imperante antes del siglo XX hablaba del “determinismo genético”. Surge después la idea que desarrollo y fenotipo eran determinados exclusivamente por los genes. Al iniciarse el siglo XX, se consideraba a la genética como una ciencia de los problemas hereditarios, distinta de la

embriología, o ciencia del desarrollo. Waddington fue el primero en tratar de unificar ambos conceptos, aunque con poco éxito en su época. Hoy, sin embargo se aceptan bajo una nueva perspectiva: reconociendo el papel fundamental que juegan los ambientes *extra nuclear, extracelular y social* en la modulación de toda actividad genética. El modelo aditivo simple: *fenotipo = genes + ambiente* ya se extingue porque no alcanza a dar respuesta a la realidad. Se propone hoy que los sistemas genéticos son sistemas, pero dinámicos o cibernéticos.

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

Al descubrirse las bases moleculares epigenéticas que controlan la activación- inactivación de los genes, Holliday pudo proponer por primera vez un papel definido de la epigenética en la transmisión hereditaria de las enfermedades.

Para este autor, las funciones de los genes se cumplen en dos niveles: transmisión de material genético en generaciones sucesivas (área de la genética), y funcionamiento de los mismos desde la fertilización hasta la vida adulta (área de la epigenética). En base a esto, se define actualmente a la epigenética “*como el estudio de los cambios en la función de los genes que son heredables por mitosis/meiosis, que no importan una modificación en la secuencia del ADN y que pueden ser reversibles*”.

EVOLUCION Y DESARROLLO (EVO-DEVO)

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

Otra historia de la vida

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

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

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

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

En los últimos años, la biología molecular, la biología celular, la genética, la medicina, la biología computacional y otras disciplinas que no menciono por ignorancia han contribuido al avance del estudio del desarrollo. Estos avances van desde la identificación de genes reguladores del desarrollo hasta la generación de modelos computacionales que explican la formación de arreglos complejos auto organizadores, pasando por la cartografía de los linajes celulares en los embriones o el entendimiento de lo dañinos que pueden ser para éstos ciertos compuestos ambientales que resultan inocuos para los organismos adultos. La biología del desarrollo ha tenido una expansión experimental y conceptual tan importante que algunos de los temas científicos más candentes del momento son en la forma y en el fondo temas sobre el desarrollo. Hablar de células madre es hablar del desarrollo; hablar de reprogramación celular, de clonación e incluso del más reciente premio Nobel de medicina es hablar de desarrollo.

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

El embrión escondido

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

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

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

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

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

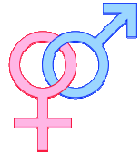
Para abordar esa pregunta, debemos recordar que los programas de desarrollo no son un paseo por el parque. Involucran la acción concertada en tiempo y espacio de cientos o miles de genes.

Evo-devo en humanos

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

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

DESARROLLO EVOLUTIVO DE LA SEXUALIDAD HUMANA



Se considera que la sexualidad es una dimensión constitutiva en el desarrollo de la personalidad. La conducta sexual humana es muy diversa en función de la interrelación de múltiples factores que actúan en los seres humanos. El sexo y sus manifestaciones interpersonales, sociales y culturales tienen gran implicancia en todos los aspectos de la vida del hombre y, en particular, en la preservación de su salud y bienestar.

Ya Hipócrates recomendaba, en su famosa escuela de Cos, el respeto por Hygieia (diosa de la Higiene) ¡pero también por Eros (diosa del amor)!

La palabra **sexo**, desde un punto de vista médico y antropológico, es multifacética y tiene por lo menos 9 componentes, a saber:

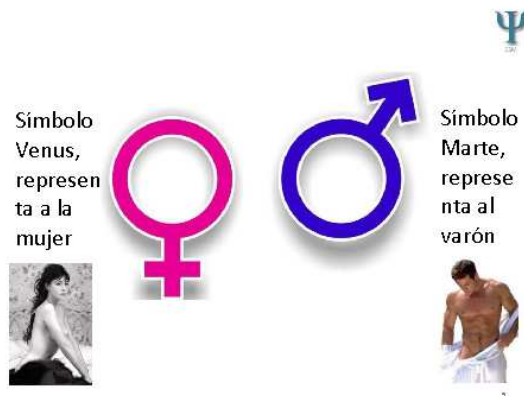
1. **sexo cromosómico;**
2. **sexo gonadal;**
3. **sexo hormonal fetal(hormonas fetales producidas por las gónadas);**
4. **sexo morfológico interno (genitales internos);**
5. **sexo morfológico externo (genitales externos);**
6. **sexo hipotalámico (sexo del cerebro);**
7. **sexo asignado y de crianza;**
8. **sexo hormonal puberal;**
9. **sexo de identidad de género y de roles.**

*Se denomina **Identidad sexual*** a la percepción de nuestra sexualidad auto percibida, es decir como cada uno la percibe. En realidad la misma resulta un destilado o cóctel de todos y cada uno de los 9 procesos anteriores, y consta por lo menos de 4 componentes:

- 1-Sexo asignado al nacer;*
- 2-Sexo de Identidad de género;*
- 3-Sexo de rol social;*
- 4-Orientacion sexual.*

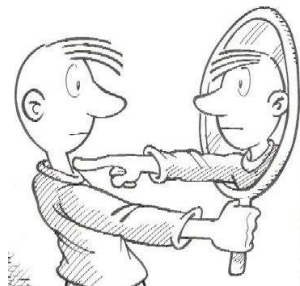
Veamos una por una:

Sexo asignado al nacer



En el nacimiento (o antes por ecografía gestacional) se descubre el aspecto de los genitales externos: “nena” o “varón”. En caso de un defecto congénito, cuando no puede precisarse uno u otro, se asigna el diagnóstico de “genitales ambiguos”.

Sexo de identidad de género



Hace referencia al instinto básico de la persona de identificarse como varón, mujer o transgénero.

Sexo de rol de género

Describe el típico papel asignado por la sociedad en que se vive: masculino/femenino. (“las nenas con las nenas, y los nenes con los nenes”). Es nuestra presentación como uno se presenta en sociedad: varón-mujer.

Sexo de rol social

También llamado comportamiento de rol de género. Son las características de personalidad, apariencia, y comportamiento que en un tiempo y cultura dada, se consideren masculinas o femeninas. Muchas

mujeres y varones y personas transgénero pueden aparentar femineidad, o masculinidad de grados variables.

En otras palabras, la identidad de género y el sexo de rol social no siempre son coincidentes. Una persona puede exhibir un rol de género inconformista: un varón predominantemente femenino, o una mujer excesivamente masculina.

Orientación sexual y comportamiento

La orientación sexual describe la atracción, fantasía, y apego emocional hacia personas del sexo opuesto o del mismo sexo, o ambos. El comportamiento hace referencia a cualquier actividad sensual que brinda placer a uno mismo o a otra persona desde un punto de vista sexual.

Variante de género y transgénero

La persona que asume un género o rol de género opuesto al asignado al nacer, se denomina **variante de género**. El término *variante de identidad de género* también se usa a este fin y casi siempre es sinónimo de transgénero.

Transgénero describe un grupo variable de individuos que han cruzado o trascendido las categorías de género definidas por su propia cultura. En este subgrupo se incluyen:

Transexuales (que típicamente viven en el género opuesto y buscan terapias hormonales y soluciones quirúrgicas definitivas).

Travestis (de transvestismo) que visten como el sexo opuesto y a veces adoptan prácticas sexuales compatibles con el género opuesto.

“*Drag Queens* y *Drag Kings*” o personificadores (“*impersonators*” en inglés) femeninos y masculinos.

Género queer que no es otra cosa que una variante de género ya explicada, y que deviene del idioma inglés donde la palabra “queer” significa singular, inusual, o raro. En general en países angloparlantes, “queer” significa homosexual o transgénero, en general en forma despectiva o peyorativa (ver la serie de HBO “*queer as folk*”).



Drag king



drag queen



La serie queer as folk

La teoría *queer* es una hipótesis sobre el género y la sexualidad de las personas, que afirma que los géneros, las identidades sexuales y las orientaciones sexuales de las personas, son el resultado de una construcción social y que, por lo tanto, no están esencialmente o biológicamente inscritos en la naturaleza humana, sino que se trata de formas socialmente variables. La *teoría queer* rechaza la clasificación de los individuos en categorías universales y fijas, como "hombre" o "mujer", "heterosexual" u "homosexual", "transexualidad" o "travestismo", pues considera que están sujetas a restricciones impuestas por una cultura en la que la heterosexualidad es obligatoria (heteronormalidad), y sostiene que estas categorías esconden un número enorme de variantes. Contra el concepto clásico de género, que parte de la distinción entre la "heterosexualidad" aceptada como normal (en inglés *straight*, es decir "recto") de lo "anómalo" (en inglés *queer* o "raro"), la teoría queer afirma que todas las identidades sociales son igualmente anómalas.

La teoría *queer* critica las clasificaciones sociales de la psicología, la filosofía, la antropología y la sociología tradicionales, basadas habitualmente en el uso de un solo patrón de segmentación —sea la clase social, el sexo, la etnia o la nacionalidad poscolonial— y sostiene que las identidades sociales se elaboran de manera más compleja como intersección de múltiples grupos, corrientes y criterios.

En América Latina han surgido corrientes que han cuestionado la coherencia de los referentes de la teoría queer estadounidenses y europeos, por reproducir muchos de los mecanismos normalizadores que dice combatir, mediante la imposición global de la expresión inglesa *queer* y las agendas del Norte haciendo invisibles las del Sur, en la división Norte Sur, proponiendo líneas de reflexión autónomas, sobre la misma cuestión.

Factores fisiológicos que influyen sobre la identidad sexual

En el cromosoma "y" se localiza el gen XRY que induce la formación de testículos; en la vida fetal se produce en ellos testosterona, dirigiendo la formación de genitales externos e internos hacia el lado masculino. Si la herencia cromosómica es XX, se inducirá el desarrollo de genitales externos e internos femeninos. Las hormonas fetales, masculinas o femeninas podrían jugar un papel en la génesis del sexo cerebral.

La identidad de género está firmemente establecida hacia el 3er año de vida pos natal. Los niños primero aprenden a identificar su sexo y el de otros (*etiquetas* de género), para luego aprender que el género es constante en el tiempo (*constancia* de género). Por último, aprenden que su género es permanente (*consistencia* de género).

¿Qué o cómo se determina y establece la identidad de género? Aún no se conocen los mecanismos intervinientes pero se acepta que surge de la

interacción de factores biológicos, ambientales y socioculturales. En la figura 4.33, se esbozan algunos conceptos para entender lo ya descrito hasta aquí.

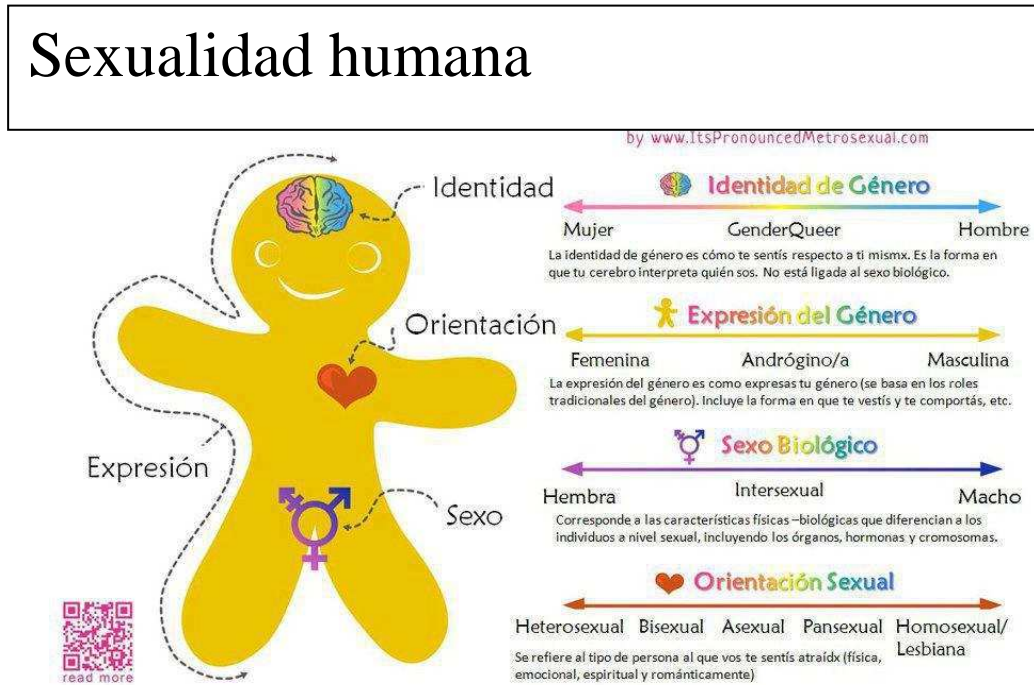


Figura 4.33. Algunos términos básicos en aprendizaje de la sexualidad humana.

Los adolescentes son capaces de mantener relaciones sexuales físicas, aunque esta conducta resulta interferida por el medio social y cultural que controla y orienta sus impulsos sexuales.

La masturbación (*onanismo*, por Onán, personaje bíblico que la practicaba) o auto estimulación, es un precursor normal de la conducta sexual interpersonal. En general, es muy común en la pubertad y adolescencia y también se observa en la infancia.

En los animales la actividad sexual es instintiva, regida por los períodos del celo y con inevitable función reproductiva. En el hombre es continua, controlada por su voluntad libre, selectiva, no necesariamente reproductiva y fuertemente influenciada por factores culturales.



Figura 4.34. Conceptos de sexo, identidad de género y orientación sexual.

En efecto, existen pocas manifestaciones de la conducta humana que resultan más sometidas a las presiones culturales que la conducta sexual.

La preservación de una sexualidad sana previene, no sólo las enfermedades de transmisión sexual, las perversiones y las disfunciones psicosexuales, sino que asegura un desarrollo psicosomático y psicosocial saludable.

La familia es el primer centro de interacción social que va a permitir el desarrollo de estos componentes básicos para una sexualidad sana ó patológica.

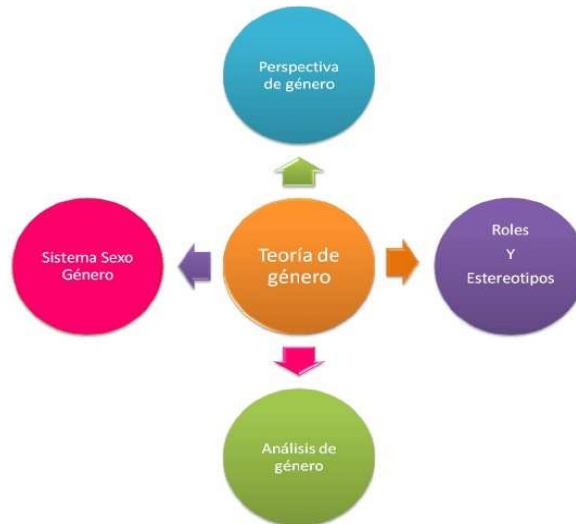


Figura 4.35. Teoría de género y factores asociados.

Conducta sexual sana

Desde un punto de vista clínico o médico, la conducta sexual puede ser considerada sana aún cuando no involucre exclusivamente una relación monógama o cuando no culmine en un orgasmo mutuamente satisfactorio. La conducta sexual que se desvía excesivamente de estos patrones limitados podría ser considerada sana siempre que no sea compulsiva, exclusiva, destructiva para el otro y sí mismo o acompañada de excesiva ansiedad o culpa. En todo momento, la evaluación de la índole sana o patológica de una conducta sexual no puede realizarse sin tomar en cuenta la personalidad de los individuos implicados.

Bisexualidad

Hace referencia a la atracción física, emocional y sexual que varones y mujeres sienten por personas de su mismo género, y por el opuesto. Entre ellos, en su jerga, se denominan “bi”. Representan el 2-3% de la población general.

Transexualidad

Aunque en general, el sistema límbico cerebral, condiciona los procesos que determinan que el sexo cerebral sea acorde con el genital, en poco menos del 1% de personas, una señal equivocada desencadena la llamada **disforia de género**, o transexualidad. Estas personas (2,7%) son varones o mujeres correctamente conformados, pero que se sienten “atrapados” en el cuerpo equivocado. La novela de Guy des Cars “La maldita” fue una de las primeras en describir esta situación (1967). En la actualidad, esta condición ha ganado reconocimiento médico y biopsicosocial,

permitiendo el avance de las cirugías destinadas a cambiar el sexo genital y permitir la terapia hormonal sustitutiva. En su propia jerga se autodenominan “trans”.

Transvestismo

Distingue a aquellas personas (2-4%) que toman su placer sensual de usar ropas propias del sexo opuesto (vestimenta cruzada, o *cross-dressing*) en público o privado.

Personificadores (*impersonators*)

Son personas que recurren al transvestismo adoptando características del sexo opuesto. Pueden ser mujeres (kings) o varones (queens). En general lo hacen dentro de un trasfondo artístico laboral. El cine los ha representado en películas como “Tootsie” y “Víctor-Victoria”.

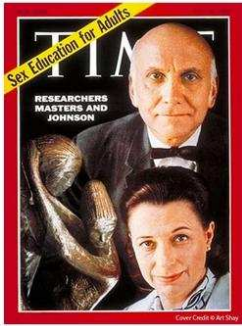
Heterosexualidad

Se refiere a la atracción exclusiva hacia personas del sexo opuesto y es la forma más frecuente de orientación sexual (85%). Suelen denominarse “heteros”.

Homosexualidad

Distingue la atracción emocional y sexual hacia personas del mismo sexo. Los varones homosexuales han adoptado, intencionalmente, la denominación de “gays” mientras que entre las mujeres se mantiene la de “lesbianas”.

Es difícil precisar que porcentaje de la sociedad refiere practicas exclusivamente homosexuales, pero según los estudios de Alfred Kinsey, biólogo estadounidense, en los años 50 esta cifra representaba alrededor de 10% de la población estadounidense. Una encuesta similar en EEUU a cargo del ginecólogo Masters y la psicóloga Virginia Johnson, encontró que esas cifras alcanzaban, en 1970, al 15%. En la actualidad, se cree que las cifras se sitúan alrededor del 12%, dependiendo de países y culturas.



Masters y Johnson en la tapa de la revista "TIME".

Sabido es que la homosexualidad ha existido desde siempre, ya que Platón y muchos griegos de la época la consideraban sin implicancias sociales. Los romanos también; el emperador Tiberio y su sucesor Calígula, la consideraban imprescindible. En el renacimiento, dos de sus máximos exponentes, Leonardo da Vinci y Miguel Ángel Buonarrotti eran homosexuales declarados. La historia de la homosexualidad en Argentina ha sido reseñada por Osvaldo Bazán en su libro "Historia de la homosexualidad en Argentina" (editorial Marea, colección Historia Urgente, Buenos Aires 2004).

Entre animales, las palomas de San Juan de Capistrano (California) cumplen ritos homosexuales. En ciertas culturas tribales, la misma se ejercita sin prejuicios sociales clásicos del mundo occidental. En nuestros días, y en Argentina, la legislación vigente permite las uniones matrimoniales y los plenos derechos.

Aunque existen aéreas societarias que discriminan de esta forma de orientación sexual, la medicina debe preservarse de juzgar y condenar, limitándose a comprender y asistir a los pacientes prescindiendo de su orientación sexual.

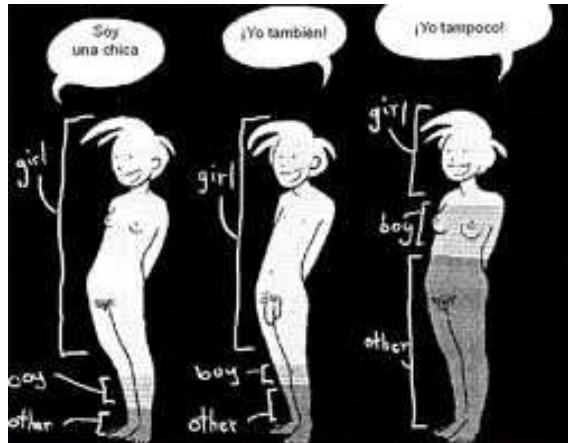
En la ciudad canadiense de Toronto, la sociedad médica, ha creado la especialización para pacientes del llamado colectivo GLBT (Gays Lesbianas Bisexuales Transgéneros).

Metrosexualidad

Señala al varón joven que se preocupa más por su apariencia exterior que por su desarrollo interno. No tiene connotación de alteraciones de género.

Asexualidad

Recientemente reconocida y aceptada, es la situación de un número no establecido de personas incapaces de desarrollar lazos afectivos o sensuales con personas de su mismo sexo ni del opuesto.



SEXO		GÉNERO	
MACHO Espermatozoides	HEMBRA Óvulos	HOMBRE (masculino)	MUJER (femenino)
NATURAL (se nace)		PRODUCTIVO (más valorado)	REPRODUCTIVO (menos valorado)
DIFERENCIAS FISIOLÓGICAS NO CAMBIA		SOCIO - CULTURAL (Se aprende)	
RELACIONES DESIGUALES PUEDA CAMBIAR			
EJEMPLOS:		EJEMPLOS:	
<ul style="list-style-type: none"> •Sólo los hombres generan espermatozoides •Solo las Mujeres pueden gestar, es decir, estar embarazadas. •Solo las mujeres pueden dar pecho. 		<ul style="list-style-type: none"> •Las mujeres pueden participar en la política y ser líderes. •Los hombres pueden hacer las tareas de casa. •Tanto el padre como la madre pueden darle biberón a un bebé. 	

Figura 4.36. Resumen de los conceptos de sexo y género.

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



Percepción: ¿que se reconoce en la imagen?

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

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

PSICOLOGÍA Y SALUD

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

Al definir el término *salud*, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1964) subraya su naturaleza biopsicosocial y pone de manifiesto que la misma es más que la ausencia de enfermedad. El bienestar y la prevención

son parte del sistema de valores de una persona y continuamente se invita a evitar aquellos hábitos que afecten negativamente sobre la salud como la dieta pobre, la falta de ejercicio y el consumo de alcohol. Los pensamientos, sentimientos y estilo general de manejo son considerados como requisitos para lograr y mantener la salud física. Esto es lo que se podría denominar integración mente y cuerpo.

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

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

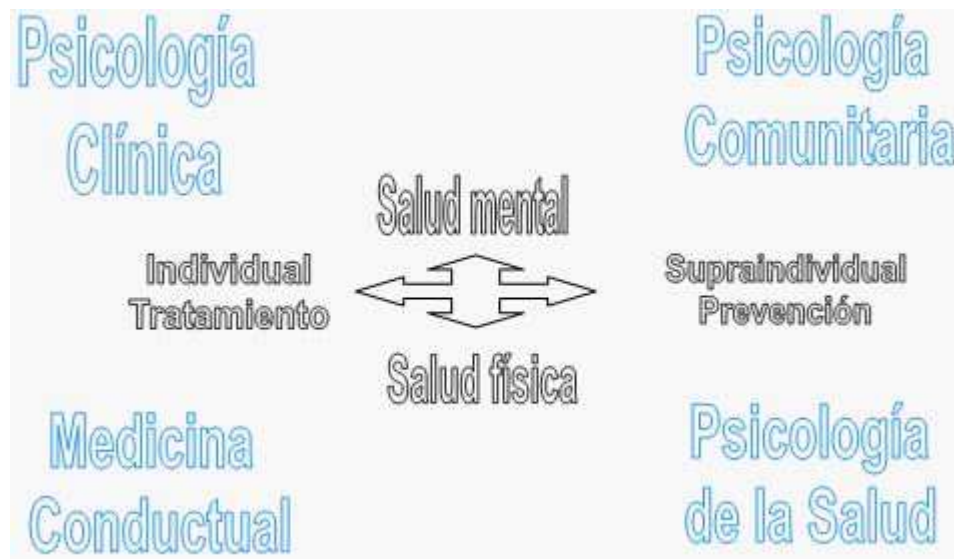


Figura 4.37. Esquema de psicología de la salud.

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

- *la Promoción y mantenimiento de la salud,*
- *la Prevención y tratamiento de la enfermedad,*
- *la Identificación de la etiología y los correlatos diagnósticos de la salud, de la enfermedad y de las disfunciones ligadas a ella para el análisis y*

mejora del sistema de cuidado de la salud y para la formación de la política sanitaria.”

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.

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.

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. Como parte de los sistemas de significados y normas sociales, el “sentirse enfermo” está fuertemente influido por la cultura.

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

El “*sentirse enfermo*” es un concepto sociológico y antropológico desarrollado por Mechanic para ser aplicado al componente subjetivo de cada episodio de enfermedad. El define el «sentirse enfermo» como “*las formas en las cuales determinados síntomas pueden ser diferencialmente percibidos, evaluados y actuados (o no actuados) por diferentes tipos de personas*”. Este autor apunta que diferentes patrones de “sentirse enfermo” pueden ser considerados desde dos puntos de vista que se complementan mutuamente:

como producto de experiencias socioculturales y de aprendizaje y como parte de un proceso de «hacer frente», en el cual el “sentirse enfermo” es un sólo aspecto de un repertorio de competencias que cada individuo realiza en orden a darle sentido y hacer más manejables experiencias nuevas e inestables.

El conocimiento Subjetivo de la enfermedad

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

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

La experiencia de la enfermedad y la medicina narrativa

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

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

Dado que el médico y el paciente no siempre provienen de similares grupos socioculturales, puede existir un desacuerdo entre sus modelos explicativos. 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.

¿Que es medicina narrativa?

"La medicina narrativa es un movimiento médico que pretende revisar sus modelos profesionales, tomando en cuenta su práctica asistencial y sus propias experiencias como pacientes. Lo que se pretende es enseñar la comunicación y la capacidad de escuchar e interpretar la historia de los pacientes" (Dr. Nicolás Cacciarelli, Buenos Aires).

“Hemos aprendido que la Medicina Narrativa es la práctica clínica por parte de un médico, enfermero, trabajador social o capellán que está fortalecida por la capacidad de saber qué hacer con las historias que el paciente nos cuenta. Es necesario saber que en la clínica podemos capacitarnos para recibir esa historia. Las historias que nos cuentan los enfermos son historias muy complicadas. Algunas se cuentan con palabras, otras con silencios, algunas mediante las expresiones faciales o gestos, y también a través de los hallazgos físicos como el reborde duro del hígado o el pie equino. Nosotros, los receptores de esas historias, debemos estar capacitados para relacionar todo lo que se nos transmite y convertirlo en una “narrativa”. Los médicos, enfermeros o trabajadores sociales no adquieren esas capacidades en sus facultades, no aprenden a ser lectores, intérpretes y a absorber esos signos. Eso es lo que creemos que puede aportar la Medicina Narrativa. (Dra. Rita Charon, Nueva York)”.

Los médicos, enfermeros, fisioterapeutas y otros clínicos tenemos mucha suerte. Somos terriblemente afortunados, porque se nos permite usar nuestro entendimiento del mundo material y del mundo metafórico. Creo que hay pocas ocupaciones en que esto sucede. Nosotros comprendemos en gran detalle el mundo material de las moléculas, los órganos, los huesos y la piel. Éste es el mundo material y también, por definición, necesitamos un entendimiento del mundo metafórico. ¿Qué significa cuando un paciente dice que se siente cansado? ¿Qué significa cuando nos dice que siente una

opresión en su pecho? Para ser grandes profesionales necesitamos adquirir grandes habilidades no sólo en el mundo material, no sólo en el mundo metafórico, sino en cómo se relacionan entre ellos. Es muy complicado.

Algunos colegas en la Medicina quedan atrapados en el cuerpo, en el mundo material y entienden el hepatocito, pero no logran aumentar su entendimiento para comprender lo que significa decir: *"Me estoy muriendo"* o *"Tengo náuseas"* o *"Tengo miedo"*. Creemos que la capacitación en medicina Narrativa mantiene vivas y permite que las metáforas del entendimiento crezcan, el entendimiento del lenguaje, del valor y del significado. ¿Qué necesitan las personas a medida que envejecen, enferman y se aproximan a la muerte? Además de un entendimiento del mundo material del colesterol y de la placa de la arteria, necesitan una comprensión de la experiencia vivida del envejecer.

En el esfuerzo para ayudar a los médicos a comprender lo que él y sus pacientes experimentan en presencia de la enfermedad, los educadores médicos han prestado mucha atención a la **capacidad narrativa**, definida como el conjunto de habilidades para reconocer, captar, interpretar y emocionarse por las historias que uno escucha o lee.

Esta competencia requiere una combinación de habilidades **textuales** (identificar una estructura narrativa, adoptar sus múltiples perspectivas, reconocer las metáforas y las ilusiones), habilidades **creativas** (imaginar muchas interpretaciones, fomentar la curiosidad, inventar múltiples finales) y, habilidades **afectivas** (tolerar las dudas acerca del desarrollo de la historia, entrar en el estado de ánimo de la historia). Al mismo tiempo, estas capacidades dan lugar a un lector o un oyente con la posibilidad de captar las noticias de las historias y comenzar a entender su significado.

"La competencia narrativa brinda al médico no solo los medios para comprender al paciente sino también permite comprender a la enfermedad misma".

Cuando un médico practica la medicina con competencia narrativa, puede rápidamente y con precisión escuchar e interpretar lo que el paciente intenta decir. El médico con competencia narrativa utiliza eficientemente el tiempo de la interacción clínica, utiliza al máximo los conocimientos médicos acerca de lo que el paciente expresa sobre su enfermedad y cómo lo transmite. No solo la historia de una enfermedad, sino la propia enfermedad se desarrolla como una narración. Una enfermedad tiene una evolución y duración características, una mezcla compleja de causas y contingencias, particularidades y similitudes genéricas respecto de las enfermedades relacionadas, una tradición textual

dentro de la cual puede ser comprendida, y aun un **sistema metafórico** que lo revela (considerar, por ejemplo, el significado metafórico complejo de la palabra “*inmunidad*”).

La competencia narrativa brinda al médico no solo los medios para comprender al paciente sino también permite comprender a la enfermedad misma.

Entrar en una historia es dar cabida al narrador, y el médico con habilidades narrativas habitualmente confirma el valor de la participación del paciente en el proceso de prestar atención seriamente a lo que dice. Ese médico demostrará preocupación por el paciente mientras se concentra en lo que él relata y, como resultado, puede lograr el verdadero contacto intersubjetivo necesario para una **alianza terapéutica** efectiva. La competencia narrativa incluye la preocupación de la complejidad ética de la relación entre el narrador y el oyente, una relación marcada por la obtención de un conocimiento privilegiado y la gratitud por ser escuchado.

Lo que una vez fue considerado un barniz de civilización para el médico honorable, respetable -lector de literatura, estudioso de humanidades, escritor en forma literaria de su práctica- está siendo reconocido como fundamental para formar al médico en la empatía y la reflexión.

Las capacidades de las que actualmente **carece** la medicina: adaptación a la individualidad del paciente; sensibilidad para atender los aspectos emocionales y culturales; compromiso ético con los pacientes a pesar de la fragmentación y la subespecialización; reconocimiento seguido de la prevención, pueden proporcionarse a través de un riguroso desarrollo de las habilidades narrativas. Quizás el fortalecimiento de la competencia narrativa de los médicos los ayudaría a alcanzar los objetivos ausentes, como el humanismo y el profesionalismo, brindándoles habilidades graduadas para adoptar los puntos de vista del paciente, imaginando cómo lleva la enfermedad, deduciendo qué es lo que necesita y reflexionando sobre lo que los propios médicos experimentan en la atención de sus pacientes.

Ya se han identificado las habilidades narrativas importantes para la práctica médica y se han desarrollado los métodos para enseñarlas. Los programas que han surgido en la “*medicina narrativa*” o “*medicina basada en la narración*” enseñan los aspectos específicos de la competencia narrativa. Este entrenamiento alienta a los profesionales de la salud y a los estudiantes a escribir acerca de sus pacientes en un lenguaje no técnico, ayudándolos a descubrir y comprender sus sentimientos implícitos. Estos programas brindan un entrenamiento riguroso en la lectura de textos literarios para dar a los profesionales de la salud las herramientas para interpretar las historias de los otros y sensibilizarlos por el contenido del relato. Los médicos

así entrenados alientan a sus pacientes a que escriban, hablen y relaten en un flujo narrativo ininterrumpido acerca de su enfermedad, demostrando el beneficio terapéutico para los pacientes que proviene de dicha narración.

Muchos médicos han comenzado a creer que los estudios narrativos pueden brindar la “*ciencia básica*” de una medicina basada en la historia, que puede respetar a los pacientes que sufren la enfermedad y nutre a los profesionales que los atienden.

Son muy útiles los ejercicios que apelan al recuerdo y a la escritura de situaciones personales o familiares relacionadas con la salud y la enfermedad, así como la lectura de obras literarias que describan situaciones relacionadas con estos y otros aspectos, como la relación médico-paciente o la muerte. Asimismo, escuchamos los relatos de nuestros pacientes y de sus padres, y las narraciones de estudiantes y médicos en formación, y de los profesionales de la salud en general que involucran experiencias acerca de situaciones con las personas que atienden.

Por otra parte, el trabajo con historias clínicas permite incentivar la imaginación con ejercicios de reescritura de las mismas, durante los cuales se cambia el lenguaje técnico a coloquial y se modifica el relator (padre, madre, niño, médico, enfermero). Finalmente, el uso de imágenes –dibujos de pacientes, arte pictórico, cómics– que reflejen situaciones relacionadas con nuestro quehacer, el recurso del cine, que aporta múltiples ejemplos para poder reflexionar, y la práctica del *rol play o del clown* en salud completan las opciones para este abordaje.

Desde hace años, se ha intentado, aunque en grupos reducidos, enseñar la medicina basada en narrativa. Y la propuesta fue siempre bien recibida. *Los estudiantes dicen: “Es algo que tendríamos que aprender y ejercitar desde los primeros años de la carrera”. Y los médicos manifiestan que les ayuda a tomar su trabajo de una manera más reflexiva, al tiempo que “disminuye el desgaste profesional”.* Nuestra idea es enseñárselas desde aquí y ahora en nuestra Cátedra de Medicina Antropológica.; de hecho, el grupo va incorporando integrantes de distintas disciplinas. Y aspiramos también lograr que esta experiencia se pueda replicar en otros ámbitos.

La cátedra apuesta por la Medicina Narrativa como elemento importante de la educación médica por su valor personificado y estimulador

de la reflexión, además, de su mejor memorización. De cara al paciente se trata de un medio terapéutico y favorecedor de la recuperación, ya que además señalan **la propia percepción de la enfermedad** y estimulan la tan manida empatía médico-paciente.

Aunque pueda parecer un trabajo artístico o literario, no nos engañemos; simplemente aprendamos a tomar la *Medicina Narrativa como parte integrante del proceso de aprendizaje médico y como pilar de apoyo* importante a las cifras y los textos de los tratados y manuales.

Porque detrás de la enfermedad hay una persona *tratando de comunicarse* y esperando ser comprendida y escuchada; más incluso que ser curada.

En los programas de medicina narrativa se lee literatura, textos en los que los protagonistas son médicos y enfermos en un determinado contexto. Una cuidadosa selección de lecturas y de actividades con esos textos, sirve de vehículo para desarrollar la empatía, estimular la imaginación, incrementar el conocimiento humano y promover la reflexión moral. Los estudiantes se entrenan en reescribir o contar estas historias en un lenguaje cotidiano (no en el lenguaje técnico propio de las historias clínicas), en analizar y comprender las perspectivas personales de los protagonistas y en confrontar sus percepciones y vivencias, la distinta interpretación de la experiencia del cuerpo, de la enfermedad, del sufrimiento.

El movimiento de la medicina narrativa apunta a acercar a la medicina a los estudios humanísticos. Puede ayudar a los médicos a ser conscientes de la imposibilidad de relatar “lo que pasa” sin una interpretación, a considerar el grado de incertidumbre en que se desarrollan sus prácticas y a aceptar que la perspectiva, el punto de vista propio y del otro, no son un estorbo que se debe eliminar, sino la única manera posible de describir la realidad.

Algunos desarrollos de la medicina narrativa sostienen que las narraciones cumplen una función de “puente” entre médicos y pacientes. Este puente puede ayudar a acortar la distancia entre *saber* acerca de la enfermedad del paciente y *comprender* su experiencia.

A través de este puente, se avanza y se retrocede convirtiéndolas en historias: el mismo acto de contar y escuchar una historia, cambia esa historia.

Las narraciones otorgan sentido, contexto y perspectiva a la experiencia, porque las cosas que nos suceden no tienen ningún significado, independientemente de los relatos que contamos acerca de ellas. El acto de narrarlos vuelve comprensibles los acontecimientos. Cuando los médicos pueden jugar un papel en el desarrollo e interpretación de esas narraciones, se convierten en “miembros honorables” de muchas familias.

Cuando, en cambio, suprimen las historias personales de sus pacientes y las convierten en una historia clínica, en la historia de un caso que más se parece a una crónica, pueden ofrecerles los beneficios de “la ciencia moderna” pero, si hacen sólo esto y no dan lugar a sus narrativas, los sustraen de su humanidad, de su posibilidad de comprender su situación lo que, en definitiva, incrementará su sufrimiento.

¿Saben ustedes que los estudiantes de medicina aprenden cinco mil palabras nuevas en el primer año de su carrera? Y luego las repiten “como loros” porque no saben ni entienden su significado (Ivonne Bordelois, “A la escucha del cuerpo” ediciones del Zorzal, Buenos Aires, 2009).

“Che -comentan los alumnos de clínica- hoy vimos al tuberculoso ese de la sala 356” sin esperar que el paciente los escuchara y le contestara, no soy tuberculoso, soy solo una persona afectada de tuberculosis (Francisco Maglio, “La dignidad del otro”, ediciones del Zorzal, Buenos Aires, 2008).

Como se puede observar en estas descripciones, la medicina narrativa o medicina basada en narración, pretende crear un espacio de comunicación integral, donde el interrogatorio al paciente, se convierta en un escuchatorio, y en una entrevista también.

La famosa escritora estadounidense Susan Sontag, explica: “mi tema no es la enfermedad física en sí, sino el uso que de ella se hace como metáfora (Susan Sontag “La enfermedad y sus metáforas, el sida y sus metáforas” ediciones !de bolsillo, Buenos Aires, 2008). Después de haber sobrevivido a un cáncer, esta escritora enfermó de otro cáncer y falleció en Nueva York en 2004. De esa abigarrada experiencia surge su poderoso libro, que todos deberíamos leer y releer. De hecho, una de las actividades prácticas será la lectura parcial de capítulos de esos textos, y la práctica de la narración entre ustedes.

A su vez, la contraparte, es que hay médicos que se transformaron en grandes escritores: William Somerset Maugham, autor de una obra cumbre de la literatura universal, “*el revés de la trama*” escribió también “*de la esclavitud humana*” el más lucido ensayo novelado sobre el sadomasoquismo como sostén de una relación entre dos personas. Florencio Escardó escribió, en Argentina, su famosa “carta abierta a los pacientes” y en nuestra ciudad, el Dr. Carlos Presman ha publicado “letra de médico” volúmenes 1 y 2; el Dr. Enrique Orchanski “cre-cimientos” y el Dr. Eduardo Halac “médico de niños”. Además del ya citado texto de Paco Maglio.

Las narraciones de los pacientes, se refieren a la manera en que padecen o están enfermos y esto solía ser para los médicos un dato central para el diagnóstico. Comprender el contexto narrativo de la enfermedad, permite acercarse no ya a la patología, sino al problema del paciente de una manera holística y brinda una posibilidad crucial para su comprensión. Vuelve más difícil la tendencia de los clínicos, de ver lo esperado y rechazar inconscientemente lo que es infrecuente o desacostumbrado. Como señala Richard Asher, “Tenemos que cuidarnos de esta sorprendente facultad que, produciendo sordera selectiva, ceguera selectiva y otras negaciones de los sentidos, pueden tan fácilmente suprimir lo significativo y lo relevante.”

Comunicar no es sólo hablar, sino crear una alianza terapéutica y para ello resultan claves las capacidades de escuchar e interpretar. La pregunta que puede formularse es si, en el transcurso de su formación y en el contexto donde desarrollan sus prácticas, los médicos pueden reconocer el valor de estas historias y reflexionar sobre el proceso que supone su reformulación en la elaboración de las “historias clínicas”.

Luego, vemos aquí la importancia de comunicar; el arte de la comunicación,preciado entre los clínicos de antaño, debe ser recuperado sin más trámite, porque como se ha mencionado antes, es la falta de comunicación (diálogo de sordos) entre paciente y médico, lo que ha fomentado el recelo, desconfianza y hasta resquemor hacia nuestra profesión en los últimos tiempos.

Con el auge de la biomedicina, las habilidades de comunicación y de generar empatía, que alguna vez fueron consideradas inherentes al rol del médico, pasaron a tener un papel secundario, electivo y se dejó librada su

adquisición a los propios recursos e intereses de los estudiantes. Esta capacidad comunicativa, intenta ser hoy reinstalada como una de las competencias centrales de la práctica profesional que la educación médica tiene la obligación de asegurar. Reconocer que como seres humanos vivimos todos dentro de narraciones (aún las de la ciencia), puede hacer que, tanto pacientes como médicos, consideremos hasta qué punto, narrativas diferentes pueden producir significados.

UNIDAD 5

MEDICINA Y SOCIEDAD

Esta unidad está pensada para **estudiantes de medicina**; en otras palabras, no van a ser sociólogos, pero deben incorporar los conocimientos básicos que les serán útiles para el desarrollo de su quehacer profesional.

LA SOCIOLOGÍA Y SU RELACIÓN CON LA MEDICINA Y LA SALUD PÚBLICA

La salud humana es una realidad y un problema de enorme significación social. El desarrollo del hombre se produce en un contexto o marco social. Debido a ello, el análisis del complejo proceso de salud-enfermedad -tanto a nivel individual, así como familiar, comunitario y poblacional- se encuentra estrechamente relacionado con este contexto o escenario social, constituido por la sociedad y por los factores que 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.



Figura 5.1. Sociología y medicina.

Los estudios realizados en los últimos tiempos han dado cuenta de aspectos de la realidad social, que son preocupantes a nivel nacional y

mundial en relación con el problema de la salud; tales como el agravamiento y extensión de la pobreza, la marginación, la exclusión social, la violencia familiar, las adicciones, etc.

El sector salud debe contribuir a minimizar las barreras que impiden el acceso a la salud de las poblaciones menos favorecidas. Tiene como responsabilidad identificar y conocer dichas poblaciones. Para cumplir con este objetivo, es necesario conocer -de cada comunidad y de cada familia en particular- sus prácticas habituales, sus modos de pensamiento y expresión y, en especial, sus representaciones sobre la salud y sobre el proceso de atención, en el que se incluye el marco institucional que brinda dicha atención.

La *Sociología* es una disciplina descriptiva que estudia los fenómenos sociales, examina la trama social desde el punto de vista estructural, las formas sociales, los sistemas y subsistemas, los factores de estabilidad y cambio. En cierto sentido, la Sociología no trata sobre individuos en sus manifestaciones singulares, sino más bien, busca las tendencias generales de los fenómenos humanos, las interrelaciones entre componentes de la estructura social. Así, por ejemplo, estudia la influencia de los medios de comunicación social en la violencia y la accidentología, o la relación entre cambio de los sistemas económicos y la vida familiar, etc.

La *Sociología Médica* se interesa por estudiar la influencia de los sistemas de organización sanitaria y las prácticas de los agentes sanitarios y de los sujetos usuarios de las instituciones de salud (hospitales, maternidades), los conflictos de representaciones y los sistemas de regulación y normatización del comportamiento micro social en las mismas. Al operar sobre la sociedad como realidad histórica integrada y dinámica, establece una relación estrecha con la *epidemiología*, disciplina sanitaria que estudia la salud y la enfermedad como fenómeno social -a diferencia de la clínica, que estudia la enfermedad como fenómeno individual y personal- y las implicancias en la dinámica familiar y en las acciones del equipo de salud.

Las condiciones de vida, la convivencia, los hábitos, costumbres y creencias, la actividad laboral, el aprovechamiento del tiempo libre, el desarrollo cultural, las posibilidades para el progreso personal y del grupo de pertenencia, los derechos humanos, etc., son todos factores que influyen en la

salud de la comunidad. Por otra parte, la enfermedad implica un impacto de grado variable, según su índole, en el bienestar psicofísico de las personas y en la economía de los países. No hay enfermedad individual, sea por su transmisibilidad, por el efecto psicológico y social que provoca en el equilibrio de los sujetos sanos, por la discapacidad laboral, etc.

También podemos afirmar que la economía -ciencia dedicada al estudio de la producción y distribución de la riqueza en los países y comunidades humanas- tiene una importante relevancia en la utilización racional de recursos materiales y humanos que se disponen para preservar y recuperar la salud humana. Existen enfermedades estrechamente vinculadas con las condiciones socioeconómicas y culturales de una región dada. Entre ellas se deben mencionar: tuberculosis, alcoholismo, desnutrición, enfermedades de transmisión sexual, desórdenes mentales, enfermedades psicosomáticas, etc.

Por otra parte, los actos médicos son sociales en tanto implican relaciones interpersonales del médico con el paciente, miembros del equipo de salud, familiares del paciente, grupos de reflexión, terapéuticos, etc. Estas relaciones se dan en el seno de instituciones de salud con diversos grados de organización y niveles de complejidad. Algunos factores que hacen a la inserción social del hombre en el contexto de la salud son:

Gregariedad: se convive en comunidad y no en aislamiento.

Vulnerabilidad: invulnerabilidad (a mí no me puede pasar).

Susceptibilidad: a enfermarse o a mantenerse sano.

Dignidad: al reconocer nuestra finitud y limitaciones.

Los conocimientos incorporados por cada individuo mediante el proceso de socialización serán la guía de acción para sus conductas y, al mismo tiempo, para el desarrollo de su personalidad y de sus relaciones sociales.

Este aprendizaje se realiza dentro de grupos sociales que actúan como agente de socialización, especialmente la familia.

La *socialización básica* se desarrolla durante los primeros años de vida. La *socialización secundaria* -que contribuye a la adaptación individual a las diversas circunstancias que se viven- continúa a lo largo de toda la vida de las personas.

Cuando las personas van creciendo, la función de socialización se amplía a otras esferas y grupos sociales que comparten el rol socializador con la familia; como son la escuela, los grupos de pares, vecinos y otras instituciones sociales.

A continuación se presentan las formas sociales del comportamiento humano y los elementos estructurales en las cuales se inserta.

Ubicación de los individuos en la trama social

Toda sociedad muestra una trama de relaciones humanas, instituciones, niveles de organización y desarrollo. Las sociedades se mantienen estables y soportan grados variables de cambio.

En la sociedad los individuos tienen una identidad y ubicación social, es decir, son padres, hijos, médicos, docentes, estudiantes, carpinteros, recolectores de residuos, etc. A esta posición se la denomina *status*(del latín: *estado*). Los status pueden ser *adscriptos* o *adquiridos*.

Se consideran *status adscriptos* a las posiciones sociales definidas a partir del nacimiento -edad, la familia en la que ha nacido la persona, sexo, etc.- que se dan en los individuos con independencia de su voluntad. Ser hombre, mujer, hijo, hermano, padre, joven, etc. son algunos ejemplos de ellos.

Los *status adquiridos* son aquellas posiciones a las que accede un individuo a partir de decisiones, elección y esfuerzo personales. Se logran sólo luego de demostrar sus capacidades para ocuparlos; por ejemplo: maestros, directores, policías, médicos, etc.

Los status se asocian con determinados grados de poder, influencia, responsabilidad o nivel socioeconómico. Ello provoca subordinación y diferencia jerárquica de los individuos en un grupo o institución. Esta ubicación por niveles de importancia, poder o jerarquía origina la *estratificación social* o clases jerárquicas. Así, la emergencia de los status produce la *diferenciación social*.

Los status implican derechos y obligaciones - el médico tiene autoridad y derecho de prescribir, certificar, ordenar el alta, y está obligado a atender la consulta, cubrir una guardia, certificar un diagnóstico, establecer y controlar un tratamiento, etc., y se expresan mediante *roles* o *papeles*.

Los *roles* son unidades de conducta que los individuos juegan o desempeñan a partir de un determinado status o posición social. Un alumno estudia, rinde examen; un maestro enseña, corrige pruebas, explica, etc. El juego de un rol implica la interacción con el rol complementario: el médico interactúa con el enfermo, con un enfermero; un maestro con un alumno; un vendedor con el cliente. El no cumplimiento de la conducta esperada -es decir, del rol compatible con un status- hace pensar en una situación anómala, irregular, ilegal. Cuando la desviación es muy acentuada se torna sospechosa de desorden mental. Si tal posibilidad no se confirma, la conducta desviada, (particularmente si es o tiene carácter antisocial) puede implicar sanciones legales o morales que constituyen diferentes formas de control social.

La Movilidad Social: Hace referencia a los cambios que experimentan los individuos como consecuencia de la evolución social. Existen tres modalidades de movilidad social:

- Movilidad espacial: La producen las migraciones humanas con sus implicancias demográficas, políticas y económicas.
- Movilidad generacional: Corresponde a los cambios de status y roles en generaciones consecutivas. Esta movilidad es escasa en las comunidades rurales donde abuelos, padres e hijos han desempeñado la misma tarea y el mismo rol. En el medio urbano, por el contrario, el cambio es significativo: el abuelo puede ser obrero manual, el hijo técnico y el nieto profesional universitario.
- Movilidad de carrera: Es el cambio de status y roles en el decurso vital de un mismo individuo: estudiante de medicina, médico, director de hospital, profesor universitario. En la sociedad actual la movilidad social es intensa. Las personas cambian de actividad o desempeñan numerosas tareas en distintas instituciones. Existe una sobreestimación y un exceso de empleos (sobreocupación) que afectan su equilibrio psíquico y

favorecen la aparición de las denominadas enfermedades psicosomáticas.

❖ **Sistema Social: Factores de Estabilidad y Cambio**

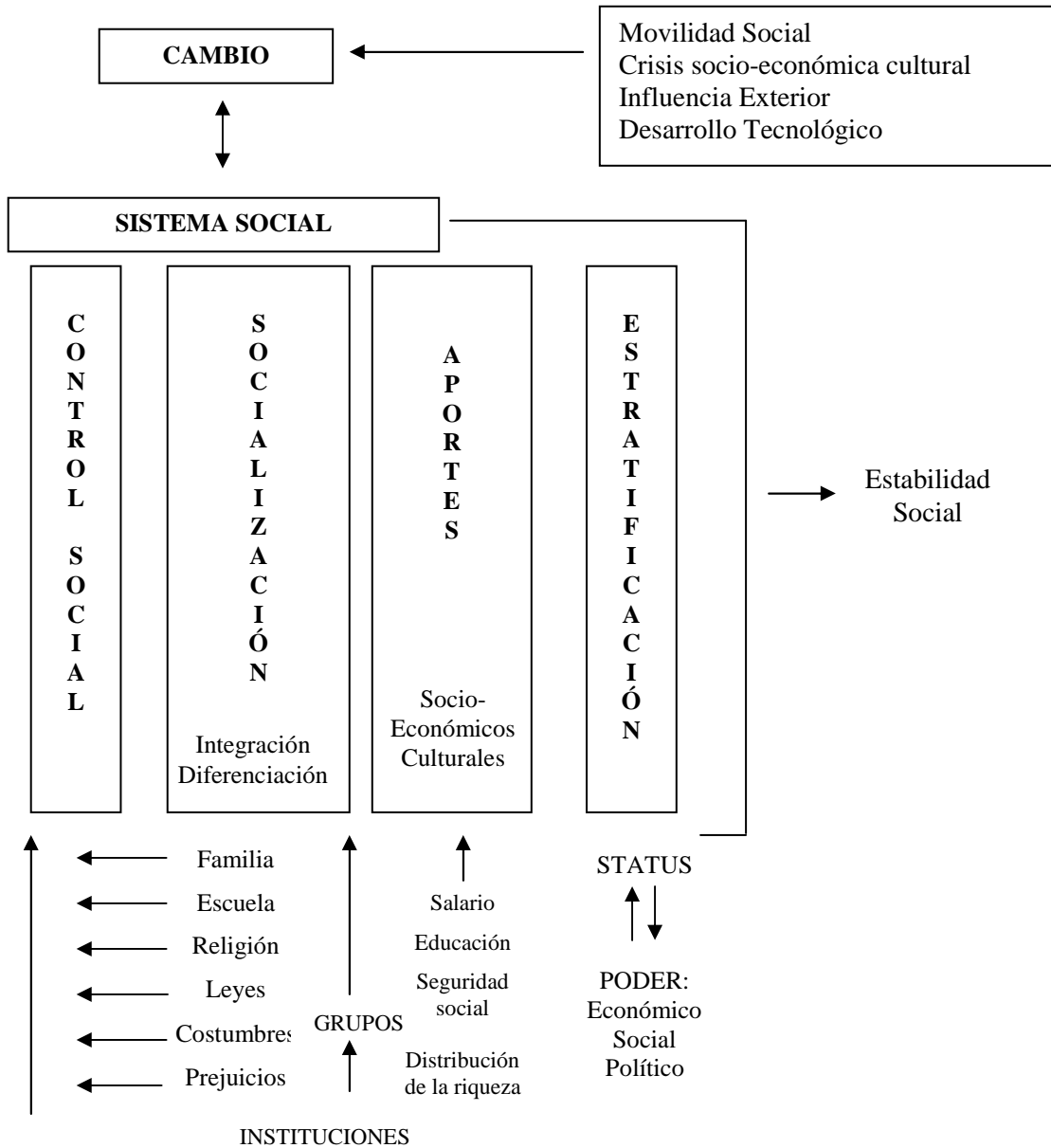


Figura 5.2 Movilidad social y sus factores operativos.

❖ **Crisis Socioeconómica y Cultural:** Las situaciones de crisis se asocian con desocupación, inestabilidad política, aumento de la pobreza y exclusión social; también con la agudización de problemáticas tales como los de la violencia familiar, el maltrato infantil, las adicciones, etc.

Anomia Social

El cambio social -cuando es brusco- provoca desequilibrios en la sociedad y en los individuos. Las crisis sociales pueden desorganizar la vida de un país, romper la unidad, estimular la desintegración y generar conflictos sociales, precipitando lo que sociólogos como Émile Durkheim y Robert Merton denominaron **anomia** (*palabra griega que significa “ausencia de ley o norma”*). Esto provoca, a su vez, el incremento de conductas desviadas y el aumento de las tasas de criminalidad, suicidio, alcoholismo y drogadicción.

Una sociedad está bien organizada cuando ofrece a cada individuo y/o grupo la posibilidad de desarrollo, y desde él se desempeña entre las diferentes situaciones y actividades.

Cuando sobreviene la desorganización parcial del sistema social y la sociedad no puede dar respuestas a estas necesidades se produce la anomia social.

La Sociología observa estos fenómenos con el fin de descubrir en qué medida están causalmente relacionados. Para mencionar uno de los factores, se puede establecer que la pobreza -más que factor de marginación- es la consecuencia de la marginación social.

La brecha entre los países desarrollados y los del tercer mundo o subdesarrollados aumenta progresivamente. Mientras se avanza en la conquista de leyes a favor del niño y de la mujer, se desmontan progresivamente los sistemas de protección, especialmente aquellos vinculados a los derechos económicos, sociales y culturales. Contra estos derechos atentan procesos como los de flexibilización laboral, privatización de la sociedad y deserción de los estados en lo referente a asegurar justicia y bien común.

La llamada “*feminización de la pobreza*” en América Latina y en el mundo, constituye sin duda uno de los problemas sociales más relevantes para todos aquellos preocupados en la construcción de sociedades más equitativas.

La “*feminización de la pobreza*” está estrechamente relacionada con el incremento de hogares pobres a cargo de una mujer, tanto en países en desarrollo como en países industrializados. Esto afecta no sólo a las mujeres del mundo, sino también a sus hijos y sus familias. Los niños que crecen en

la pobreza a menudo resultan afectados de manera permanente por la falta de alimento y de oportunidades.

INCIDENCIA DE LA POBREZA EN LAS CONDICIONES DE SALUD

Es importante poner en consideración a qué se hace referencia cuando se habla de pobreza. Siguiendo a M. Rozas, se entiende a la **pobreza** como "*una complejidad resultante de un cúmulo de carencias de diverso orden (económicas, sociales, culturales, políticas, etc.) tanto en su faz interna (la familia) como en su faz externa (la sociedad).*"

Algunos autores hablan de **tres categorías de pobreza**: pobres estructurales, nuevos pobres y empobrecidos.

Los pobres estructurales son aquellos que nunca conocieron otra cosa más que la pobreza. La pobreza estructural, se mide a través del método de NBI (necesidades básicas insatisfechas), índice que determina si un hogar cuenta con servicios sanitarios básicos, con una vivienda aceptable, con acceso a la educación, entre otros indicadores censales.

Los nuevos pobres se caracterizan por estar dispersos en las grandes ciudades. Esta dispersión -y la desorientación que produce- transforman a la nueva pobreza en una pobreza casi invisible, que se cristaliza en el proceso de salud-enfermedad.

Los nuevos pobres se detectan a través del método de LP y LI (Línea de pobreza y Línea de Indigencia), método de medición de pobres por el ingreso. La principal limitación de estos índices es que la información censal que utiliza (nivel de ingresos y condiciones laborales), queda rápidamente desactualizada, debido a las variaciones que éstos experimentan.

La Línea de Pobreza identifica los hogares que, aunque cuentan con una vivienda decorosa y acceso a los servicios, ya no pueden satisfacer adecuadamente sus necesidades debido a la baja de sus ingresos.

La Línea de Indigencia (falta transitoria o crítica de recursos necesarios para vivir) detecta aquellos hogares que, dentro de la población pobre,

carecen de ingresos suficientes para cubrir las necesidades alimentarias (canasta básica de alimentos).

Hablar de *nueva pobreza y salud* implica pensar en un fenómeno relativamente nuevo, que se caracteriza por su heterogeneidad. El único eje que aparece como común en esta población es la pérdida de la condición laboral pensada en términos de cobertura económica y social y/o de estabilidad en el nivel de vida y condiciones de salud. Por lo que, entre la situación de pobreza y la situación de salud, se establece un vínculo directo.



Figura 5.3. La reducción de la pobreza es mayor en Perú, algo menor en Chile, y escasa en Argentina y Venezuela.

El empobrecimiento en el escenario de la salud, permite visualizar el aumento de la demanda en los hospitales públicos y el cambio en las características de la población que pertenece a otros sectores sociales, con un capital cultural y social diferente y, por consiguiente, con una modalidad de relación diferente con los profesionales que forman parte del Equipo de Salud. Tales modificaciones comprometen a la realización de un abordaje diferente, que requiere de una capacitación oportuna para la comprensión de este fenómeno social por parte de las Instituciones de Salud, para facilitar la implementación de nuevas estrategias de atención, prevención y promoción, respetando la realidad social a la que se dirigen.

La dinámica inclusión/exclusión puede evidenciarse en las siguientes dimensiones:

1. Equidad, entendida como igualdad de oportunidades de toda la población, es decir igualdad de derechos. El modelo económico generó fragmentaciones en la sociedad creando nuevas formas de desigualdad en la vida social, siendo así más los excluidos que los incluidos dentro de este ámbito.
2. Calidad de vida, referida a una mejor distribución y uso de la riqueza, la tecnología y a la garantía de un ambiente de desarrollo ecológico y participativo que dé lugar a la preservación del hombre y del medio con el menor grado de degradación y precariedad. Como consecuencia del fenómeno del desempleo y subempleo, el ingreso familiar se vio disminuido, lo que trajo aparejado la imposibilidad de satisfacer las necesidades básicas. Frente a esta problemática en la cual la sociedad enfrenta una progresiva caída en los distintos niveles de calidad de vida, es necesario encontrar políticas sociales que eviten un mayor deterioro de la situación y que, vinculadas a políticas económicas, promuevan el bienestar del ser humano en su vida individual, familiar y comunitaria.
3. Autonomía, entendida como autoabastecimiento en las dimensiones económicas, culturales y materiales de los individuos, con la participación del Estado en la seguridad social y con políticas públicas específicas. Las políticas actuales, tanto económicas como sociales, generan situaciones de vulnerabilidad y exclusión que cada vez abarcan a un mayor número de ciudadanos.

El proceso de exclusión (dejar fuera o rechazar a personas y/o grupos por razones psicosociales y económicas que favorecen la separación de la comunidad a la que pertenecen) que en nuestro país padecen amplios sectores de la población, no queda reducido solamente a la faz económica -es decir, a necesidades e ingreso- pues se presenta una situación más compleja que integra otras dimensiones tales como la política, la sociocultural, la territorial, etc. Este proceso ofrece la particularidad de representar distintos niveles de marginación, a tal punto que los sectores de pobreza han sido categorizados como una “*subclase*” que los ubica por fuera de la estructura social.

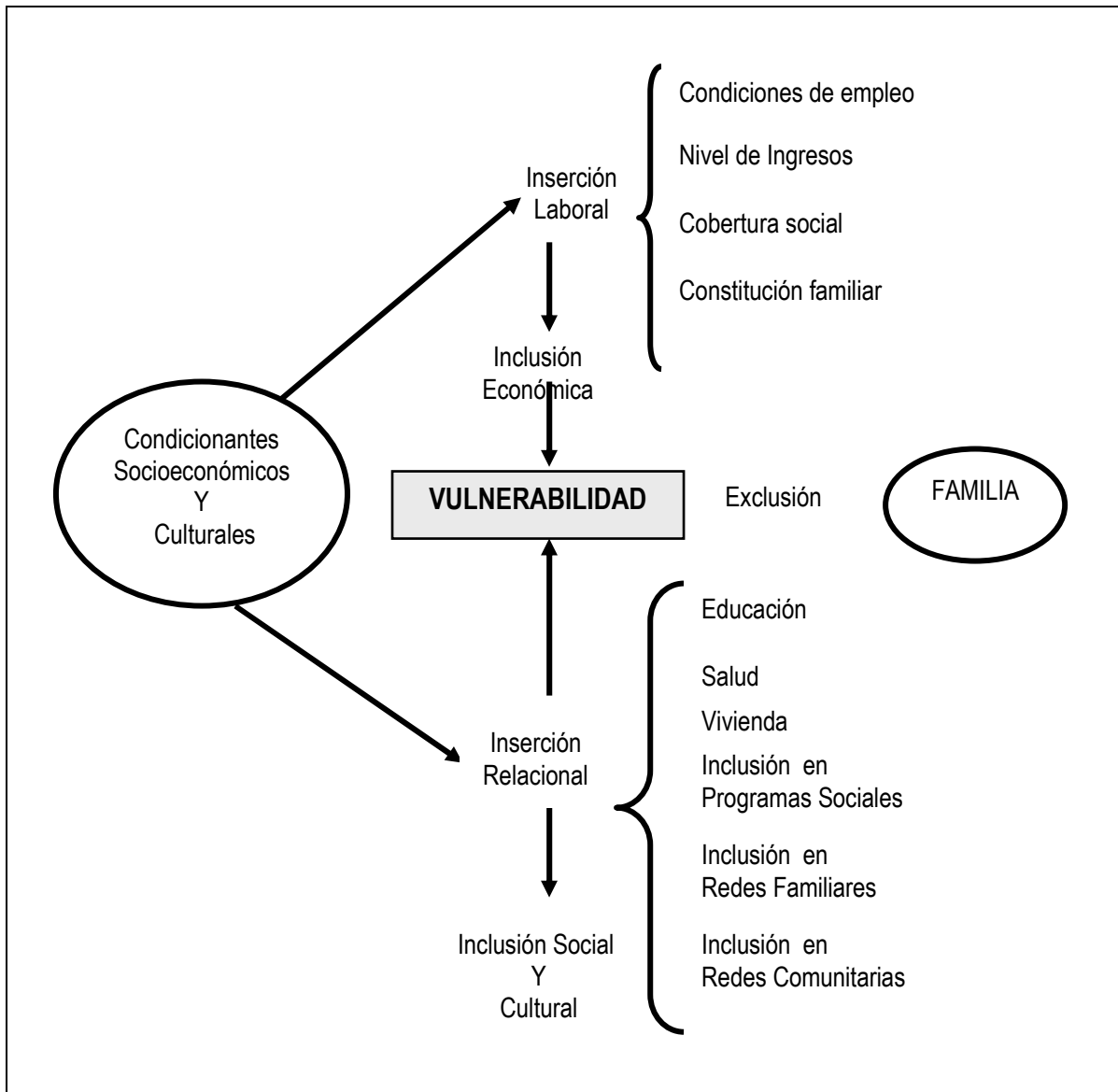


Figura 5.3. Inclusion y exclusión social según Castel.

GRUPO SOCIAL

Se denomina grupo a un número variable de personas que interactúan entre sí, tienen conocimiento mutuo y realizan algo en común. 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.
- b. **Grupos Secundarios:** Aquí las relaciones entre sus miembros son impersonales, técnicas, contractuales, formales y más bien frías. No participan con un compromiso total sino que se limitan al juego de los roles especiales. El grupo no es un fin en sí mismo, sino un medio para otros fines (trabajo, investigación, etc.). Las actividades médicas se realizan en actividades grupales: equipo de salud, equipo quirúrgico, equipo de terapia intensiva, equipo de unidad coronaria, ateneo clínico, etc. En Psiquiatría, el grupo de pacientes constituye una modalidad de tratamiento, denominado terapia grupal. En educación sanitaria suele utilizarse el grupo como medio para transmitir información o motivar sobre prácticas saludables y preventivas, tal como ocurre en grupos de madres lactantes, de embarazadas, diabéticos, etc.

LA FAMILIA

Grupo Primario o Modo de Organización Social

Se puede definir a la familia como una organización social básica en la reproducción de la vida, tanto en sus aspectos biológicos y psicológicos, como sociales. En la vida cotidiana, la familia es un espacio complejo y contradictorio ya que surge a partir de múltiples condiciones que se dan en un determinado contexto social, político, económico y cultural.

Toda familia se desarrolla con una historia propia en la que se une lo esperado socialmente, lo deseado por la familia y lo posible en relación al contexto en el que está inserta.

La familia es el grupo primario donde el individuo humano nace, crece, se desarrolla, madura. Es la matriz donde se actualizan las potencialidades de las cualidades humanas, mediante la interacción social con los miembros de la misma: padres, hermanos, miembros de familia extensa, sustitutos de éstos y otros. La familia, como institución, transmite los valores de la cultura e inicia el proceso de estructuración de la personalidad de los hijos y el desarrollo de los roles inherente a su dinámica en los adultos. La cultura moldea a la familia y ésta a los miembros que la componen.

Estructuración del grupo familiar

En general, una familia se estructura en un decurso temporal que comienza con la formación de una pareja. Ambos tienen procedencias distintas en términos de:

- ~ Distintas biografías.
- ~ Distintos contextos de valores.
- ~ Hábitos domésticos aprendidos en distintos medios familiares.
- ~ Modelos internalizados de paternidad y maternidad aprendidos en sus respectivos medios familiares.

Estas diferencias deben armonizarse en la etapa de consolidación de la pareja, mediante un proceso complejo de compatibilización, que tiende a lograr cohesión y estabilidad.

La familia como sistema

El grado de participación de estos recursos asistenciales puede dar cuenta en gran medida de la preservación de un ambiente familiar sano.

Funciones de la familia

La familia -como unidad social básica- cumple funciones vitales. Estas funciones están determinadas por prácticas culturales e ideología social. Por *función familiar*, se entiende a las actividades y tareas que los distintos miembros deben realizar de acuerdo a la posición que cumplen dentro del grupo familiar.

El conocimiento de estas funciones resulta de gran utilidad para identificar la modalidad de integración familiar y facilitar su diagnóstico.

Las funciones básicas de la familia son:

- ◆ **Socialización:** Consiste en transformar un sujeto totalmente dependiente de sus padres -como es el niño- en un ser independiente, capaz de desarrollarse dentro de una sociedad. Los estudiosos de la familia han colocado a la madre como educador principal hasta los seis años. A partir de esa edad comienza la etapa de socialización en otros espacios o instituciones, como por ejemplo la escuela.
- ◆ **Cuidado:** Función clave que le permite la preservación de la especie. En este punto se incluye:
 - ✓ Alimentación.
 - ✓ Vestimenta.
 - ✓ Seguridad física.
 - ✓ Apoyo emocional.
- ◆ **Afecto:** Es la relación de cariño y amor que existe entre los miembros de la familia. Es una función básica que permitirá el apoyo y contención necesaria para el desarrollo integral y armónico de sus miembros.
- ◆ **Comunicación:** Constituye una función muy importante. La familia utiliza mensajes verbales y para verbales para transmitir todo lo demás. La congruencia de los dos tipos de mensajes es básica para el desarrollo y equilibrio emocional de sus miembros.
- ◆ **Reproducción:** Tradicionalmente la familia es la encargada de “proveer nuevos miembros a la sociedad”. Esta función conlleva el compromiso de efectuar esta tarea familiar con responsabilidad.
- ◆ **Estatus y nivel socioeconómico:** Como institución mediadora entre el individuo y la sociedad, el conferir a un miembro de la familia tal o cual nivel socioeconómico, equivale a transferirle derechos y obligaciones.

Estructura Familiar

El primer paso para iniciar el abordaje de la familia consiste en investigar su estructura. Esto significa conocer quiénes son integrantes de la familia, el número de miembros que la integran, el tipo de parentesco que los une y las relaciones entre ellos.

¿Por qué estudiar la estructura familiar?

El tamaño y la composición de la familia influyen en el proceso salud-enfermedad.

Las dos estructuras tradicionales son:

- **Familia extensa:** En ellas conviven en el mismo hogar tres o más generaciones.
- **Familia Nuclear:** Está constituida por dos generaciones, los padres y los hijos.



Figura 5.5. Prototipo de familia nuclear convencional

Cambios en las estructuras familiares

En los últimos 100 años se han producido cambios importantes en las tipologías familiares.

A principios del siglo XX la estructura predominante era la de la familia extensa, constituida por los padres, hijos, abuelos y -en muchas ocasiones-tíos, primos, etc. Esta estructura facilitaba la enculturación del grupo social primario, transmitiendo valores y creencias que constituían un recurso inestimable en situaciones de crisis.

Los cambios sociales que se generaron a partir de la revolución industrial, produjeron una transformación en la composición de la familia, disminuyendo el número de miembros que la integran, limitándose estos a los padres y los hijos. A partir de este período ha predominado la familia nuclear.

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

Existen distintas clasificaciones de la estructura familiar. A continuación se presenta una de ellas, con base en la familia nuclear.

1. **Familia extensa:** es aquella en que se mantiene el vínculo generacional, viviendo en el mismo hogar tres o más generaciones.
2. **Familia nuclear:** formada por dos individuos de distinto sexo, los que cumplen el rol de padres y los hijos. Se sub clasifica a su vez en:
 2. a- **Familia nuclear sin hijos**
 2. b- **Familia nuclear con parientes próximos:** Cuando viven en la misma localidad otros miembros de la familia, principalmente las familias de origen de los cónyuges.
 2. c- **Familia nuclear sin parientes próximos:** Cuando no tiene en la misma localidad otros familiares.
 2. d **Familia nuclear numerosa:** Constituida por los padres y más de cuatro hijos
 2. e- **Familia nuclear ampliada:** Donde conviven en el hogar otras personas. Pueden ser:
 - Parientes (tíos, primos, uno de los abuelos).
 - Agregados (personas sin vínculo consanguíneo; como amigos, vecinos, personal doméstico, etc.)
 2. f- **Familia ensamblada:** Integradas por dos adultos en la cual, por lo menos uno de ellos, trae un hijo de su relación anterior.

3. **Familia uniparental:** constituida por un solo cónyuge y sus hijos.
4. **Familia homoparental:** ambos cónyuges son de un mismo sexo. Conviene aclarar que estudios recientes demuestran que los niños criados en este tipo de familias evolucionan igual que niños de familias clásicas.



Figura 5.6. Modelos de familias homoparentales: la nueva realidad.

5. **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).



Figura 5.7. La ausencia de familiaridad: la persona sola.

6. **Equivalentes familiares:** individuos que conviven en un mismo hogar sin constituir un núcleo familiar tradicional, grupos de amigos que viven juntos, religiosos que viven cerca de su comunidad.

A continuación se presentan otras modalidades de organización que configuran problemáticas específicas y que hacen necesario el desarrollo de políticas de asistencia desde diversos ángulos y con recursos interdisciplinarios.

Tipos de familias que configuran problemáticas específicas:

Las condiciones expuestas más arriba, exigen a los miembros de una familia un esfuerzo constante para satisfacer las exigencias para preservar la unidad y estabilidad de la misma. Pero pueden surgir situaciones que generen carencias o alteraciones en las pautas básicas. En esas circunstancias la familia puede favorecer el surgimiento de patologías psíquicas o físicas:

- a) **Familia incompleta:** Por ausencia del padre o madre, madres solteras, viudas con hijos pequeños, situaciones todas que pueden alterar la definición de los roles sexuales.
- b) **Familia carenciada:** Por falta de inclusión laboral y/o social. Problemas habitacionales, en riesgo de accidentes: incendios, derrumbes, inundaciones. Inseguridad por bajos salarios, violencia externa o endofamiliar, alcoholismo, desocupación, etc.
- c) **Familia antisocial:** Es el caso en que los valores propuestos en el proceso endocultural son opuestos a los de la macro sociedad.
- d) **Familias aglutinadas:** Los vínculos y lazos son simbióticos (indiferenciados), dificultando el proceso de maduración y separación de los hijos. Suelen favorecer el desarrollo de personalidades caracteropáticas o neuróticas.
- e) **Familias con altos riesgos de enfermedad genética** son familias que practican la *endogamia*, es decir la procreación entre hermanos, primos, etc.

Relaciones de parentesco y ayuda mutua

Las relaciones de intercambio y ayuda mutua son aquellas que se establecen entre parientes, amigos, vecinos... Tienen como finalidad, de manera implícita o explícita, el intercambio de bienes y servicios que hacen a la organización de la vida cotidiana de los sujetos o familias partícipes de estas relaciones.

En el marco de la salud de los sujetos, las familias o las comunidades, estas relaciones se reconocen como un recurso alternativo para dar respuesta a las carencias o problemas que enfrentan cotidianamente.

El parentesco aparece como la afiliación que mayor peso tiene en el surgimiento y mantenimiento de estas relaciones. Si se analiza la reciprocidad, la obligación -así como cierto derecho a peticionar- son aspectos claves en el funcionamiento de las relaciones de ayuda mutua.

Desde la perspectiva de formación de los profesionales de salud, es muy importante considerar estos aspectos vinculares entre sujetos o familias con el objetivo de hacer visibles estas prácticas e incorporarlas en el diagnóstico individual, familiar y/o comunitario. Identificando aquellos casos en los cuales los riesgos de salud se acrecientan por ausencia de apoyo familiar o comunitario, se puede contribuir a potencializar aquellos vínculos que favorecen el crecimiento y desarrollo saludable de sus miembros.

Redes sociales y redes en salud

El enfoque de redes sociales se incorpora a las prácticas profesionales a mediados de los años 60 y durante la década de los 70, en el campo de la psiquiatría y de la psicología.

En el ámbito de la salud, existe evidencia comprobada de que una red estable, activa y confiable, protege a las personas de las enfermedades, aumentando las consultas preventivas, acelerando los procesos de curación y elevando la calidad de salud de las comunidades.

Cuando la calidad de la red social es mayor, la calidad de la salud también lo es.

Estudios que analizan casos de mortalidad infantil demuestran que la ausencia de redes sociales es un factor determinante en el acrecentamiento de las tasas de mortalidad infantil.

El médico debe dejar de considerar al paciente como alguien aislado o descontextualizado, para comenzar a incorporar una mirada integral desde la perspectiva de red social. Que un sujeto pueda contar con otros es un valor que contribuye a generar salud.

En el intento por develar las redes, se debe tener en cuenta que las mismas pre-existen al médico y preceden a su llegada e intervención.

Además, se requiere del mapeo de recursos disponibles en el ámbito comunitario e institucional y la valorización de las redes en el ámbito comunitario y en el área de salud específicamente. Esto es imprescindible para aunar esfuerzos y complementar acciones a favor de la construcción de la salud comunitaria. La “red solidaria” establecida por el ingeniero Juan Carr en nuestro país, la ONG (Organización No Gubernamental) “Un techo para mi país”, los merenderos, etc., son ejemplos de redes sociales solidarias. Las hoy llamadas redes sociales electrónicas como *facebook* y *twitter* no son exactamente redes familiares, pero vienen ocupando un lugar cada vez más preponderante.

VIOLENCIA

Factores Psicosociales

- FRANCISCO GUILLERMO PANERO fpanero@lavozdelinterior.com.ar 10-02-2014

Otra vez enero fue el mes con más casos de violencia familiar

Se produjeron 272 denuncias, la mayoría vinculada a hombres que agredieron a sus parejas / Alrededor de 100 fueron apresados, de los cuales 23 todavía no recuperaron la libertad / Hubo seis casos de detenciones por el botón antipánico. En enero fueron detenidos más de 100 hombres por violencia familiar, de los cuales 23 aún no recuperaron la libertad.

El encabezado precedente, tomado del diario La Voz del Interior en su edición del lunes 10 de Febrero de 2014, sirve como introducción de un tema cada vez más frecuente en nuestra y en otras sociedades.

La velocidad y profundidad de los cambios que se vienen produciendo desde el siglo pasado hasta nuestros días, conducen a un replanteo de las modalidades existentes para la generación de nuevas estrategias de acción en la promoción de la salud de niños, adolescentes y adultos.

Los factores de naturaleza socio-económica que acompañan estos cambios, ponen de manifiesto el predominio de una visión de hombre

individualista, que busca respuestas en lo inmediato, en el placer y en la oferta de falsos valores.

El entorno socio-cultural en el cual está inserto el ser humano y sus grupos de pertenencias -familia, escuela, trabajo- va a producir ciertas conductas que se relacionan con la violencia.

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, tiene 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 probables lesiones físicas, daños psicológicos, alteraciones del desarrollo, abandono e incluso la muerte.*”

La conceptualización de la OMS diferencia tres tipos de violencia:

⇒ *La auto violencia*: Incluye el suicidio y la autoagresión.

- ⇒ La violencia interpersonal: Incluye la violencia familiar y de pareja (*entre convivientes*) y la violencia comunitaria (*se manifiesta en agresiones de extraños al medio familiar*)
 - ⇒ La violencia colectiva: Puede ser de naturaleza social, económica o política (*guerras, desplazamientos, etc.*).
-
- ~ **Violencia familiar**: Este tipo de violencia hace referencia a los malos tratos o agresiones físicas, psicológicas, sexuales o de otra índole, infligidas por personas del medio familiar y dirigida generalmente a los miembros más vulnerables de la misma: niños, mujeres y ancianos.
 - ~ **Violencia en la pareja**: Son aquellas agresiones que se producen en el ámbito privado en el que el agresor –mujer o varón- tiene una relación de pareja con la víctima. Dos elementos deben tenerse en cuenta para definir situaciones de violencia en la pareja: la reiteración o habitualidad de los actos violentos y la situación de dominio del agresor, que utiliza la violencia para el sometimiento y control de la víctima. Este término con frecuencia se equipara en la bibliografía con los de *violencia doméstica* y *violencia conyugal*.
 - ~ **Violencia de género**: El término hace referencia a la violencia específica contra las mujeres, utilizada como instrumento para mantener la discriminación, la desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres. Comprende la violencia física, sexual y psicológica incluida las amenazas, la coacción o la privación arbitraria de libertad, que ocurre en la vida pública o privada y cuyo principal factor de riesgo lo constituye el hecho de ser mujer.
 - ~ **Abuso y maltrato infantil**: forma de violencia dirigida contra la niñez, que acomoda el concepto de abuso sexual, y el maltrato físico, verbal, psicológico.

La violencia doméstica es considerada un problema de salud pública de primer orden por organizaciones internacionales y gobiernos.

La 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.

El equipo de salud no debe permanecer ajeno a este importante problema de salud pública. Su intervención es necesaria en la prevención, detección, tratamiento y orientación de este complejo problema, ante el que es imprescindible un abordaje integral y coordinado con otros profesionales e instituciones.

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 instaura en los espacios de lo social y lo personal. Así, va desde la ausencia de los derechos más básicos hasta llegar a situaciones en las que la vida y la muerte no se diferencian. Se trata de una violencia que marca profundamente las conductas, pero está escondida y se habla a media voz.

Violencia Familiar y Maltrato

En ese sistema de violencia está involucrada la familia. No existe duda alguna en cuanto a que trabajar sobre los aspectos psicosociales de la violencia, implica trabajar con la familia.

Se puede sostener que no existe la familia “ideal”, sino simplemente familias. Cada grupo de integrantes que constituyen una familia conforman un tipo familiar diferente a cualquier otra familia.

Encuadrada dentro de la violencia familiar, las formas más graves de violencia son la violencia conyugal, maltrato infantil y el maltrato al anciano.

Prevención de la Violencia Familiar

La prevención de la violencia familiar es el conjunto de acciones dirigidas a disminuir o eliminar los factores de riesgo que afectan a las familias y predisponen la existencia del maltrato. Esta tarea debe ser emprendida con un trabajo interdisciplinario, de carácter interinstitucional, en el marco de un conjunto de políticas públicas destinadas a reducir las circunstancias ambientales y sociales que favorecen la existencia del maltrato.

Intervención del médico

¿Que puede hacer el médico desde el punto de vista de la prevención, en el contexto de su actividad habitual en la consulta? ¿Cuál es su papel en los distintos tipos de prevención: primaria, y secundaria?

A estos interrogantes se responderá en primer lugar que:

Es necesaria la sensibilización por parte de los profesionales: la violencia doméstica es un problema de salud y como tal nos atañe.



Figura 5.8. Ilustración publicada en diferentes medios internacionales para detener la violencia de género.

Sin embargo, recordemos que la complejidad de la violencia nos obliga a ejecutar toda nuestra pericia médica, pero sin menoscabar la trama psicosocial y hasta antropológica que se esconde detrás de estas situaciones.

BULLYING



Figura 5.9. Representación universal de la violencia asociada a bullying.

La palabra inglesa “*bull*” significa toro. En ese idioma, “*bully*” es el típico *matón* en nuestra cultura. Siempre han existido matoncitos en la escuela, y en todos los órdenes de la vida. Su accionar no necesariamente conlleva violencia física, sino también acoso, amenazas y advertencias. Robarle a un niño su bicicleta o sus zapatillas son actos que también configuran *bullying*. Esta palabra inglesa ha encontrado un uso universal en casi todos los idiomas y en las diferentes sociedades.

Lamentablemente la violencia física se ha incorporado con mayor frecuencia a las actividades del “matón”. En la actualidad, el bullying a través de medios electrónicos se denomina *cyber bullying*.



Figura 5.10. Cyber bullying. Grupos anti bullying.

Abuso y maltrato a la niñez

Desde la descripción original del *síndrome de niño zarandeado*, por el pediatra estadounidense C. Henry Kempe, mucho se ha avanzado en garantizar los derechos de la infancia contra el maltrato físico y el abuso sexual. Sin embargo, todavía existen casos en todos los niveles sociales. El

médico necesita de un alto grado de sospecha para denunciar estas situaciones. Existen un hoy un buen número de pautas clínicas y de imágenes radiográficas para consolidar la sospecha de maltrato físico, que en muchos casos termina en la muerte del menor.



Figura 5.11. Lactante maltratado físicamente.

Pedofilia

Configura una práctica en que adultos de ambos géneros usan a menores de edad para satisfacer sus necesidades sexuales. Si bien es un delito universal, no ha podido erradicarse todavía.

Aunque en este grupo se han incluido también las relaciones entre adultos (sobretudo, maestros) con sus menores a cargo, muchas de ellas responden a relaciones amorosas genuinas. Sin embargo, la legislación vigente las incluye como delitos contra los adolescentes involucrados.

En todos los casos citados, la base subyacente es la comisión de un acto de violencia o fuerza contra la voluntad del menor, por la consecución de una meta que vulnera su identidad, y deja secuelas graves a muy largo plazo.

Más aún, podemos afirmar, que buena parte de niños abusados o maltratados en su infancia, suelen convertirse en adultos que reproducen en otros las agresiones sufridas en su niñez.

Cuando la relación sexual se da entre un menor de más edad (17 años) con otro u otra de menos edad (15 años) la situación es difícil de catalogar, sobre todo porque a esas edades, la ley no admite que ambos puedan consentir en la acción ocurrida.

Es nuestra función, como médicos, mantenernos alerta frente a todas estas situaciones, y tratar de esclarecerlas con una mirada humanitaria y una actitud compasiva.

Discriminación

Es una forma de *violencia con estado social propio*. Es considerada por muchos expertos en medicina antropológica y en ciencias sociales como la más severa de todas las formas de ejercer violencia.

Argentina tiene una población de 40 millones de personas (Indec, censo 2010). De ese total, distintos estudios etnográficos indican que 150,000 (0,4%) es afro descendiente. Dentro del grupo, 92% son afro argentinos; el resto son extranjeros. La población indígena, originaria, o amerindia, fue estimada en 1.500,000 personas, aunque este dato ha sido cuestionado.

El estudio más provocativo se realizó en Buenos Aires en el laboratorio de Antropología de la Universidad Maimónides, analizando componentes de los grupos sanguíneos y sus subgrupos. El autor principal, Dr. Jorge Carnese, concluye que de esa investigación surge un dato que produjo bastantes efectos colaterales: solamente 65% de la población actual es de ascendencia blanca europea, 30% es amerindia y 5% afro descendiente.

Los estudios realizados en 2012 continúan hasta la actualidad arrojando resultados similares, y en Córdoba, el laboratorio de Antropología de la UNC permite a cualquier interesado realizarse un análisis para establecer su procedencia.

Según Ana M. Edwin del Indec, el censo 2010 identifica 25000 hogares homosexuales, la mayoría de ellos compuestos por lesbianas, en todo el país, menos en la Ciudad de Buenos Aires donde el predominio era de gays. Si recordamos los estudios de Masters y Johnson sugiriendo que la comunidad homosexual se aproxima al 10-15% del total de habitantes, 400.000 personas representarían esa denominación.

La población judía se ha estimado en 1,5 millones (una de las mayores de América del sur).

Las poblaciones exclusivamente orientales sumadas alcanzan el 1% del total; si antes la preeminencia era japonesa, la inmigración ha favorecido el crecimiento de los grupos sino (chinos) argentinos pero desde 1970 los coreanos constituyen uno de los grupos que más crece.

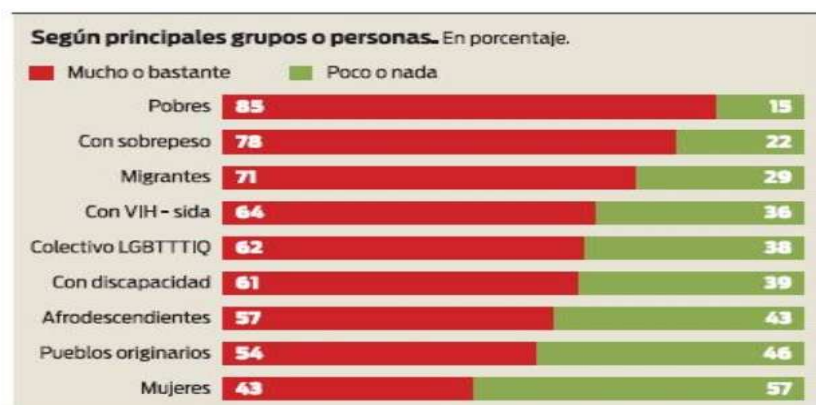
En un sentido cultural, la *negritud* nos ha dejado una danza, llamada tango, a la que proclamamos ruidosamente como “nacional” pero sus iniciadores recién todavía el mote peyorativo de “negros”. Mucho del lunfardo porteño reconoce la herencia *afro* en palabras como *quilombo*, *mina*, *marote*, *mucama* y *mandinga*.

Con estas cifras surge el concepto que el “crisol de razas” que aprendimos en la escuela no es tal, y que los argentinos discriminamos como cualquier otra sociedad, y ejercemos presiones racistas también.

Discriminación (La Voz del Interior)
02/02/2014 (Autor: Pablo Durán)



El facsímil anterior abre el artículo de autoría y fecha fijadas en la imagen. Su autor ha compilado las siguientes estadísticas:



Fuente: Mapa Nacional de la Discriminación, Inadi.
Figura 5.12. Perfiles de discriminación percibidos desde diferentes grupos sociales.

Los datos ilustran cuanto perciben como discriminación los integrantes de cada franja.



Figura 5.13. Este gráfico ilustra los lugares donde se percibe o se sufre la discriminación.

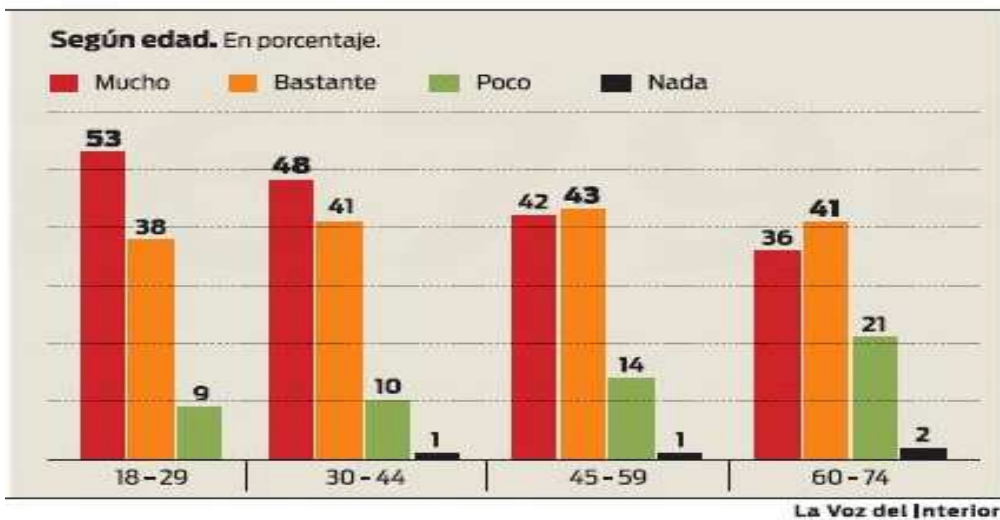


Figura 5.14. La discriminación por pertenecer a una franja de edad determinada es mayor para los jóvenes.

Las aéreas oscuras de la discriminación por credo, color, tamaño, residencia (villas miseria) son inconmensurables. A no engañarse. ¡Discriminamos como cualquier otro! La consigna es: *debemos* ejercer la profesión médica sin animosidad ante nadie; la pregunta es *¿podemos?*

Comunicación en medicina: bases médico - antropológicas

El ser humano es un ente social cuya esencia requiere de la interacción y comunicación con otros individuos como medios para expresar, alimentar, compartir y reformular su ser. El interactuar es interminable en la vida de todos nosotros y es prácticamente imposible no comunicarse. Así podemos

entender que toda comunicación tiene un nivel de contenido y un nivel relacional.

Hasta hace cuatro décadas, la importancia de las características “no intelectuales” del médico era apenas considerada. Con el fortalecimiento del humanismo y el profesionalismo en la educación médica se ha fomentado el interés en los atributos humanísticos de los médicos en formación.

En consecuencia, *las competencias de comunicación e interpersonales se han convertido en un elemento de vital importancia en el desempeño clínico del médico y cumplen funciones particulares en el logro de los objetivos propuestos en el encuentro del paciente con el médico. Sin embargo, a pesar de que la comunicación se ha considerado importante, existía la sensación de que se aprendía de manera natural sin la necesidad formal de enseñarla.*

En este contexto, cuando se habla de *habilidades de comunicación*, nos referimos a las actividades y comportamientos específicos aplicados al quehacer médico cotidiano como es la elaboración de una historia clínica o la explicación al paciente de su diagnóstico, plan de tratamiento y/o pronóstico. Con base en esto, las *habilidades interpersonales* consisten en el efecto que tiene la comunicación sobre la otra persona. Tal sería el caso del médico que logra “aliviar la angustia”, establece una relación de confianza, o bien genera estrés en el paciente.

Como podemos deducir, las habilidades interpersonales son inherentes al proceso de comunicación y a la relación que se establece.

Lo anterior facilita comprender que las habilidades interpersonales y de comunicación se transforman en una competencia esencial cuando de desempeño clínico se trata.

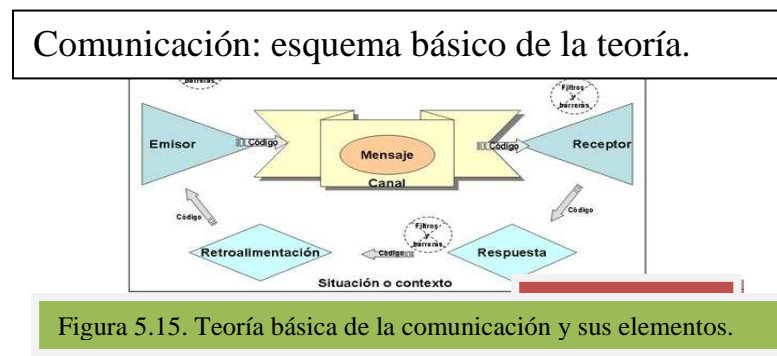
El médico en formación seguramente sabe extraer, procesar y responder a la información que se le presenta, sin embargo debemos promover su capacidad para apreciar la dinámica interpersonal y situacional que genera en sus interacciones durante su práctica médica.

DE LAS HABILIDADES Y COMPETENCIAS EN COMUNICACIÓN

Las habilidades de comunicación de los médicos no logran cumplir su cometido clínico ni la satisfacción del paciente y menos con las metas deseadas de fortalecer los resultados de salud y en consecuencia disminuir las demandas que le son presentadas o las que son llevadas a juicio. Esto es preocupante si consideramos lo que representa en términos del beneficio para el paciente, el médico y los educandos.

La conversación profesional del médico con el paciente *inicia* la relación médico paciente, le da *forma al diagnóstico*, establece el plan a seguir para *resolver el problema* de salud y es responsabilidad del médico y depende solamente de sus habilidades de comunicación e interpersonales.

Es indudable que la responsabilidad de enseñar a los estudiantes a comunicarse en forma efectiva nos corresponde como médicos docentes, aunque no siempre forme parte explícita del currículo médico. Veamos que se debe aprender y enseñar; y empezando por el esquema de la teoría de la comunicación como se observa en la Figura 5.15.



En cuanto a la *efectividad de la comunicación*, la bibliografía señala que: las palabras que utilizamos aportan alrededor del 7% del significado, un 38% está en cómo las decimos, y el 55% restante se encuentra en la *expresión corporal*, particularmente de la cara. Aquí vemos componentes importantes no sólo de la comunicación sino de cómo sus diferentes componentes logran el efecto final.

La *comunicación eficiente* requiere que conozcamos nuestras propias actitudes hacia los pacientes, la enfermedad, el trabajo mismo y las circunstancias particulares que corresponden a cada paciente como la gravedad, la discapacidad o la muerte; de lo contrario, tendrá un efecto negativo sobre la comunicación. Algunos autores denominan esto como la comunicación *intrapersonal* y advierten sobre los efectos que pudiese ejercer sobre la comunicación *interpersonal*. Los estudios muestran que no es raro que los estudiantes de medicina ni tampoco los residentes, sientan que no están preparados para dar malas noticias a los pacientes.

Con igual potencial para la comunicación se encuentran los *factores externos* tales como la privacidad, la temperatura ambiente, la iluminación, el control del ruido, la presencia de un familiar u otro personal de la salud y la limitación de las interrupciones.

Estas características ejercen influencia en qué tanto podremos *escuchar* a nuestro paciente. Recordemos que el *escucharlo* no sólo incluye el poner atención a lo que nos dice sino también a las pautas de conducta verbales y no verbales: un gemido, el fruncir de los labios, un suspiro de alivio, una sonrisa o un grito de dolor.

Algunos pacientes se podrán expresar con facilidad, mientras que otros buscarán algún medio para indicarnos sus necesidades en forma indirecta.

El establecer y comprender el propósito de este encuentro es otro ingrediente que, de faltar, resulta en una comunicación superficial. Tal sería el caso de una consulta de primera vez, la urgencia, la cirugía o bien, la comunicación con un paciente politraumatizado, o con cáncer en etapa terminal, y también el *paciente asintomático que acude para su control anual*. Como vemos, las variantes abarcan al paciente, los escenarios físicos y las diferentes enfermedades involucrada, y hasta la ausencia de ellas.

De igual importancia son *las pautas que damos* con: la entonación y el volumen al hablar; la actitud que mostramos ante nuestro paciente, su enfermedad y nuestro saber; nuestra respuesta ante una agresión verbal del familiar de nuestro paciente; la modificación de nuestro comportamiento conforme a la retroalimentación que recibimos o la aclaración ante una comunicación confusa. Además participamos en la comunicación

interprofesional con el equipo de salud y con los familiares de nuestro paciente orientándonos a su atención integral.

No es raro que el paciente perciba la atención de su salud como un proceso despersonalizado y fragmentado, ya que cada médico que aparece al lado de su cama le repite las mismas preguntas, le toman muestras de sangre una y otra vez sin conocer sus resultados o bien lo dejan en una silla de ruedas en el pasillo esperando a que le realicen un estudio, sin que alguien le informe al respecto.

Estos no son aspectos técnicos sino *humanos*. La atención del paciente en sí, genera una gran cantidad de información que se debe comunicar al paciente, a sus familiares, a los integrantes del equipo de salud y registrarse en su historia clínica. Cuando esta información es oportuna permite tomar decisiones como el postergar una cirugía o el programar una sesión para explicarle al familiar los cuidados que requiere su paciente al darlo de alta.

Asimismo, *la atención del paciente requiere del conocimiento de su entorno*: el tipo de trabajo que desarrolla; la actividad que realiza en su hogar o en la escuela; su historial médico; sus preocupaciones de salud; y sus valores y creencias respecto a su enfermedad y atención médica. Esta información es esencial para el estudio y la atención del paciente.

Resulta evidente que el no informar adecuadamente a otros integrantes del equipo de salud sobre las necesidades o características del paciente tiene consecuencias, sean estas graves o no. Esto se hace más patente cuando el médico tratante y aquel a quien se le solicita la interconsulta no tienen la posibilidad de comentar el caso personalmente, quedando la nota de interconsulta como el único mecanismo disponible para informar.

Una variante se encuentra en la receta del médico tratante que nos informa sobre el tratamiento, sin embargo el paciente es quien nos puede informar sobre cómo ha cumplido o no con ese tratamiento.

El desafío es, sin duda, cómo adquirir, procesar y compartir la información a la vez que lograr la relación médico-paciente adecuada. Es sabido que el efecto terapéutico de la relación médico-paciente está relacionado con los comportamientos receptivos, interpersonales y afectivos del médico. Estos comportamientos incluyen desde el uso de preguntas abiertas hasta incentivos verbales, el evitar interrupciones, aportar educación

al paciente, expresar la calidez y el ocuparse de aquello que le preocupa al paciente.

Mientras que la comunicación con el paciente se fundamenta en cómo nos relacionamos con él, la comunicación entre profesionales se puede considerar como un proceso de intercambio de información, particularmente por medio del archivo clínico, sea en papel o electrónico. Cuando el médico no informa adecuadamente, la resultante lógica es el desacuerdo sobre las recomendaciones clínicas. La literatura sobre la comunicación entre médicos señala como esto propicia que *unos establezcan presunciones incorrectas sobre los motivos del otro* en la atención del paciente. En consecuencia, la información entre médicos suele completarse por medio del relato del paciente generando con ello imprecisiones que afectan negativamente a la atención.

Se ha documentado que las habilidades y los comportamientos del médico, particularmente aquellos referidos al interrogatorio, *tienen un efecto positivo* sobre los resultados que reporta el paciente, tales como mayor satisfacción, menor estrés, mayor apego al plan de tratamiento y mejoría en el control de la presión arterial o en el cese del tabaquismo.

El mejorar las habilidades de comunicación mejora lo que sucede en la consulta médica. El médico que busca mejorar sus habilidades de comunicación e interpersonales, deberá centrar sus esfuerzos en:

- preparar el ambiente ;
- favorecer la relación médico paciente;
- mejorar la apertura de cada encuentro con el paciente;
- hacer eficiente la solicitud y recopilación de la información;
- comprender la perspectiva del paciente;
- compartir información con el paciente;
- lograr acuerdos sobre los problemas y los planes para su atención y
- un buen cierre del encuentro.

¿Cómo lograr esto? Pueden seguirse estos pasos para lograr la comunicación efectiva:

1. Sea sensible a cada individuo, independientemente de sus características regionales, culturales, sociales o religiosas, lo que es importante ante los diferentes tipos de pacientes y sus estilos de comunicación;
2. Ponga énfasis en la interacción y no sólo en transmitir información;

3. Evite o reduzca la incertidumbre innecesaria;
4. Planee y piense en términos de los resultados a lograr;
5. No evite respuestas; involúcrese.

*Smith nos alerta sobre la aplicación errónea de la enseñanza de las habilidades de comunicación centrada en hacer lo que el **paciente considera como correcto** independientemente de la fundamentación médica al respecto.*

A la par, se recomiendan actividades interactivas como los ejercicios vivenciales, la discusión y el trabajo en pequeños grupos que permitan aprovechar el conocimiento y experiencia de profesores y alumnos. Si lo pone en práctica con los pacientes, no olvidemos la retroalimentación. Con ello el educando podrá experimentar como la comunicación adecuada favorece que el paciente recuerde información relevante y se apegue al plan de tratamiento y como permite al médico enfrentar y resolver situaciones difíciles con mayor facilidad y menor presión redundando en su satisfacción laboral.

Se destaca que en el caso particular de **la atención a pacientes con algún proceso que pone en peligro su vida**, la comunicación se torna aún más difícil. El caso del paciente con cáncer es un ejemplo donde el médico no siempre logra una comunicación adecuada por lo que el diagnóstico suele ser traumático y los pacientes no siempre reciben la información necesaria para comprender sus opciones de tratamiento.

Es importante aclarar la diferencia entre la toma de decisiones conjuntamente con el paciente y la toma de decisión que realiza el paciente por sí sólo después de ser informado al respecto. La toma de decisiones conjuntamente con el paciente pone énfasis en la autonomía del paciente y en el binomio médico – paciente; se discuten las opciones y se define cuál será la mejor opción. La toma de decisiones previa información, implica aportar la información necesaria al paciente, quien será quien tome la decisión final por sí sólo.

Sin embargo, este mismo estudio nos indica que las pacientes privilegian para su atención: el conocimiento, la pericia, la relación individual

establecida por el médico con cada una de ellas como pacientes y el respeto que les mostró sobre las habilidades de comunicación. La comunicación es valorada en la medida que se fundamente en el conocimiento y la pericia y que fomente la confianza.

Cabe hacer notar que el médico también es capaz de comunicar las cualidades referidas arriba. La pericia se comunica cuando el médico ejerce la medicina de manera eficiente, acertada y humana. Cuando esto sucede el paciente refiere "...yo le confío mi vida al médico" o "confío ciegamente en su capacidad". **El paciente puede observar la pericia del médico cuando:**

- Realiza una habilidad tangible como "una buena exploración".
- Muestra confianza y eficiencia; su organización le permite cumplir con el paciente.
- Contesta las preguntas que el paciente le hace sobre su enfermedad, "te dice la verdad" sin darle la vuelta a las preguntas.
- Informa al paciente que le hará saber las cosas conforme se vayan detectando y que no le retendrá información, por lo que él podrá comentar, preguntar o discutir al respecto. Los pacientes relacionan el que se les informe con la confianza.
- No le da información al paciente si el paciente no desea enterarse. y cuando el caso así lo permita mantiene una actitud positiva.

No olvidemos que para un número importante de pacientes el sólo hecho de estar frente a un médico les evoca el confiar en su pericia; una confianza que el médico no se tuvo que ganar frente al paciente pero que sí puede perder.

El tipo de relación que como médicos solemos mantener con nuestros pacientes, lo proyectamos cuando:

- Hablamos con el paciente acerca de temas diferentes al motivo de la consulta y con ello, nuestro paciente refiere que "el médico le dio de su valioso tiempo para charlar de algo diferente a la enfermedad y con ello se sintió muy bien".
- Mostramos nuestra idiosincrasia en forma natural (sentido del humor, género, religión, lugar de origen) anteponiendo siempre la condición de nuestro paciente y el respeto que le tenemos.
- Con el afán de lograr una relación individual nos dirigimos al paciente por su nombre, no olvidamos el contacto visual y la entonación de

nuestra voz, sonreímos, y lo tocamos de manera tal que el paciente percibe nuestro apoyo y respeto hacia él.

El ser humano espera que se respete su dignidad y el esfuerzo que muestra ante la enfermedad así como su derecho de decidir sobre su persona. **Algunas formas en que el médico transmite respeto incluyen:**

- Da la consulta estando la mirada del paciente y la suya a la misma altura, preferentemente con el paciente vestido mientras no se le realice el examen.
- Utiliza un lenguaje que el paciente puede comprender.
- Presenta opciones al paciente, que podrá aceptar o rechazar particularmente cuando tengan un efecto potencialmente adverso sobre su persona, de tal manera que el paciente no se perciba a sí mismo como desvalido y sin control ante lo que sucede. Es evidente que el paciente puede aceptar o rechazar las opciones ofrecidas y no es su responsabilidad el conocerlas de antemano. En la mayoría de los casos los pacientes concuerdan con el médico e incluso llegan a rechazar la responsabilidad de decidir por “no contar con la educación” o bien porque consideran que es responsabilidad del médico.

Cuando el paciente considera que se le ha informado mal, la confianza depositada en su médico es irrecuperable. Esto no sucede cuando a los pacientes no les agrado la comunicación particularmente porque no se vio afectada la confianza.

Es comprensible que los pacientes busquen el conocimiento, la pericia, la capacidad de establecer una relación médico-paciente “terapéutica” debido a que cuando el ser humano se siente vulnerable ante la amenaza de una enfermedad, busca adherirse a las figuras que le ayudan a sentirse seguro. Quién puede cumplir este rol, sólo es aquel médico experto, que valora a su paciente como un ser humano igual que él y que se compromete con su atención.

Esto implica que es importante conocer la vulnerabilidad y posible dependencia del paciente ante el médico. Desde esta perspectiva, la percepción que tiene el paciente sobre la relación que establece con su médico no se puede explicar únicamente por las características de la comunicación sino de sus necesidades de atención, respeto y confianza, por mencionar las

principales, y que no siempre se atienden en la práctica. Habrá que encontrar el punto medio entre el considerar al paciente como un socio en la toma de ciertas decisiones médicas y el paternalismo que aún prevalece. La comunicación clínica es la que puede promover un ambiente seguro para la relación terapéutica del paciente con el experto digno de su confianza.

A mejor comunicación y mayor relación del médico con el paciente, mejores los resultados clínicos en el segundo; los pacientes retienen más la información que les da su médico; los pacientes atendidos por médicos que se comunican bien tienen menos síntomas, mejores resultados fisiológicos e incluso mayor número de días de mejoría en comparación con los pacientes cuyo médico no se comunica adecuadamente.



