

Herramientas para un abordaje multidimensional de los procesos de salud, enfermedad y atención. El modelo dialógico propuesto desde la antropología médica¹

Juan Pablo Rodríguez²

Resumen

El objetivo de este artículo es integrar la mirada de la antropología médica en el campo de las estrategias de atención que ocupan al sistema público de salud. Para esto se retoma una parte de las discusiones teóricas que se han dado en esta subdisciplina, en relación a la mirada de la medicina moderna (biomedicina) sobre los procesos de salud, enfermedad y atención. Dichas discusiones han quedado plasmadas en un enfoque crítico iniciado durante la década de 1970, cuyo principal punto de partida fue la transformación del conocimiento científico en objeto de estudio antropológico. Posteriormente se introduce el concepto de multidimensionalidad para captar las dimensiones culturales y subjetivas que median en el afrontamiento de un proceso de enfermedad. Tomando como caso particular la enfermedad del cáncer de mama, la noción de multidimensionalidad nos permite ampliar y eventualmente sistematizar el conocimiento sobre el valor que tiene la cultura y las significaciones en la producción de respuestas terapéuticas, las cuales, no extrañamente, exceden el marco de categorías y prescripciones médicas, a punto tal que a veces se las relativiza.

Palabras clave: antropología médica – modelo dialógico de atención – multidimensionalidad – estrategias de afrontamiento

Abstract

The aim of this article is to discuss how medical anthropology can help in enriching public health strategies. In doing so the first section introduces theoretical discussions held within the field regarding the way that modern medicine has seen health, disease and care. Such discussions have led to a critical approach to modern medicine characterized by a new form of seeing scientific knowledge. The following section introduces the concept of multidimensional analysis in order to approach breast cancer in particular. Such concept helps to understand that behind every therapeutic response lies a web of meanings, expectations and values going beyond medical categories.

Key words: medical anthropology – dialogic care model – multidimensionality – coping strategies

Resumo

O objeto deste artigo é integrar a antropologia medica no campo das estratégias desenvolvidas pelo sistema de atenção publica. Para isto se retomam discussões em relação da mirada da medicina moderna sobre os processos do saúde, enfermidade e atenção. Destas discussões surge um modelo critico que transforma o conhecimento científico em objeto do estudo antropológico. Posteriormente se introduz o conceito do multidimensionalidade para captar as dimensões cultuareis e subjetivas que operam no afrontamento da uma enfermidade. O conceito de multidimensionalidade nos permite alargar e eventualmente sistematizar o

¹ Recibido: 25/julio/2013. Aceptado: 22/diciembre/2015

² Licenciado en Antropología Social (Universidad de Buenos Aires). Magíster en Desarrollo Sustentable (Universidad de Surrey). Docente de la Universidad Nacional de San Juan (Cátedra de Antropología, Carrera de Enfermería, Facultad de Ciencias Exactas, Físicas y Naturales, Universidad Nacional de San Juan). Correo: juanp_rod@yahoo.com

conhecimento sobre o valor que tem a cultura e as significações na produção de respostas terapéuticas, as quais, excedem o marco das categorias medicas.

Palavras-Chave: antropologia médica - modelo dialógico atención – multidimensionalidade - estratégias de enfrentamento

Introducción

El objetivo de este artículo es avanzar en la discusión acerca de los aportes de la antropología médica puede hacer en el campo de las estrategias de atención que ocupan al sistema público de salud. Para esto se retoman algunas de las discusiones teóricas que se han dado en el seno de la antropología médica en relación a la mirada de la medicina moderna (biomedicina) sobre los procesos de salud, enfermedad y atención. Dichas discusiones forman parte de un enfoque crítico desarrollado por la antropología a partir de la década de 1970, cuyo principal punto de partida ha sido, siguiendo a Martínez Hernández (2008), la transformación del conocimiento científico en objeto de estudio antropológico o, dicho de otra manera, la difuminación de la frontera entre ciencia y creencia propia del modelo pragmático elaborado durante los '50, donde la antropología ofició como una suerte de traductor cultural por encargo para asegurar el éxito de las campañas internacionales de vacunación e higiene en los países “subdesarrollados”. Este giro en relación a un dominio tradicionalmente entendido como depositario de lo racional ha conllevado una profunda reflexión tanto teórica como política acerca de las presunciones culturales e ideológicas sobre las que se apoya la cientificidad de la biomedicina, a saber, la idea de neutralidad de la teoría, la dicotomía mente/cuerpo, la autonomía de la biología de la conciencia humana, el atomismo anatómico, la independencia de lo natural frente a lo social, el mecanicismo, la unicausalidad y universalidad de las enfermedades junto a su correlato de a-historicidad (2008: 44).

La perspectiva crítica que comentamos recibe su influjo de dos corrientes teóricas que recobran el protagonismo a partir de los '70 y que en principio rivalizan respecto de la aplicación de un conocimiento antropológico que ayude ya a ampliar los recursos terapéuticos en manos de las instituciones estatales de salud ó a denunciar el papel enmascarador de las desigualdades sociales que subyace en los modelos institucionalizados de atención médica. Los enfoques en cuestión corresponden, respectivamente, a un *modelo aplicado* de antropología médica, con vinculación a las corrientes interpretativas de las ciencias sociales que sintonizan la línea fenomenológica, y un modelo de carácter *emancipatorio* inspirado en los aportes de las teorías neomarxistas que busca desentrañar las correspondencias estructurales e ideológicas entre el sistema capitalista y la medicina moderna. Una caracterización de ambos modelos se presenta en la sección siguiente.

La segunda parte de este trabajo está destinada a poner en práctica el concepto de multidimensionalidad de la enfermedad para el caso particular del cáncer de mama, lo cual permite captar en el plano de los recursos terapéuticos elaborados por las personas afectadas para afrontar el proceso de la enfermedad y su tratamiento una trama de significaciones, expectativas y valores que excede el marco de categorías y prescripciones médicas, a punto tal que a veces se las relativiza. La noción de multidimensionalidad es utilizada por diversas disciplinas (la antropología, la epidemiología, la enfermería y la historia de la medicina, entre otras) en sus respectivos esfuerzos de integrar las dimensiones biológicas, psicológicas, sociales y culturales presentes en toda enfermedad. Encierra un contrapunto con la unidimensionalidad que, en los hechos, practica la medicina moderna, interesada en restituir las anomalías desde el punto de vista orgánico y biológico, independientemente de los contextos sociales y culturales específicos (de ahí el nombre de biomedicina). Y es que, en palabras de Kottow, esta forma de medicina “nutre su saber de una concepción del cuerpo que debe hacerse homogéneo y transparente a la mirada médica, en un proceso de reducción de lo individual a lo objetivo, que a su vez debe consolidarse en dos dominios que constantemente se entrecruzan en la modernidad: el ámbito práctico institucional y el científico discursivo (2005: 102)”.

El modelo dialógico de atención como expresión de un enfoque aplicado de antropología médica

El interés por estudiar las dimensiones sociales y culturales de los procesos de salud y enfermedad a partir de lentes interpretativos afines a las corrientes hermenéuticas y fenomenológicas empieza a materializarse a mediados de la década de 1960, lo que marca, junto con los estudios realizados desde la vereda neomarxista, un giro en la mirada de la antropología acerca de la distinción entre ciencia y creencia. Martínez Hernández señala que ese interés es coherente con el panorama de las ciencias en esa época, donde el lenguaje cobra centralidad a partir de la teoría estructuralista de Levi-Strauss y sus críticas, el desarrollo de la etnosemántica para reproducir los fundamentos cognitivos de otras culturas, la etnografía centrada en los aspectos simbólicos de Víctor Turner y la introducción del concepto de cultura como conjunto de significados de la mano de Geertz (2008: 82).

El giro con respecto al modelo pragmático de las décadas anteriores (1940/1950) conduce a la elaboración de nuevos marcos teóricos y conceptuales en relación a los problemas estudiados. Si en el modelo pragmático el rol antropólogo es ampliar el conocimiento de los profesionales médicos acerca de las creencias nativas sin poner en discusión los supuestos sobre la legitimidad de la medicina occidental, en el modelo crítico que inicia el antropólogo reconoce el valor de adoptar una postura relativista acerca de la posición que debe ocupar la misma. Lo cual,

en buena medida transforma la percepción que se tiene sobre el resto de los sistemas médicos, acortando las distancias entre ellos. Un autor representativo de este giro es Byron Good (1968), quien, a partir de la teoría de los símbolos rituales dominantes de Turner, desarrolla su noción de “redes semánticas de enfermedad” para explorar la conexión de significados y relaciones sociales que subyacen a una determinada dolencia o enfermedad³. De esta manera, la enfermedad pasa a ser vista como un “síndrome de experiencias típicas, un conjunto de palabras, experiencias y sentimientos asociados entre sí a partir de una red de significación y de interacción social” (citado en Martínez Hernández, 2008:89).

A partir de la noción de Modelos Explicativos (ME) de la enfermedad, desarrollada por Kleinman (1980), Martínez Hernández (2008:175-189) propone un modelo dialógico de atención médica para reemplazar un modelo predominantemente monológico sustentado por la biomedicina. Si en el modelo dialógico lo que se busca es el intercambio de saberes, prácticas y valores entre profesionales de la salud y, en este caso, las usuarias del sistema, en el monológico, por el contrario, lo que predomina es el flujo de conocimientos en un solo sentido: desde el profesional médico hacia la usuaria. Esta unidireccionalidad es congruente con un tipo de tratamiento que lleva la enfermedad al terreno estrictamente biológico (en la mirada biomédica todas las enfermedades tienen una base universal, por lo tanto, los tratamientos terapéuticos son independientes de los contextos culturales donde acontecen)⁴.

El punto de partida para llevar a la práctica el modelo dialógico es poner ambas perspectivas (profesional – usuarias) en posición simétrica. Para las ciencias sociales, y la antropología en particular, esto supone entablar otra relación con la mirada científica, relativizar su posición epistemológica de dominio sobre otras miradas e interpretaciones. En otras palabras, partir de una redefinición de los límites entre ciencia y creencia, objetividad y subjetividad, desafío que es posible cuando la racionalidad científica se convierte en objeto de estudio antropológico y adquiere las mismas propiedades de particularidad, arbitrariedad y relatividad que otros sistemas culturales –la religión, el arte, el sentido común (op. cit. 37-41).

Como se dijo, la noción de Modelos Explicativos (ME) de la enfermedad sustenta el modelo dialógico en cuestión. En efecto, se trata de un acercamiento interpretativo en donde el investigador/profesional es quien debe aprender el código que maneja el afligido para así entender

³Turner desarrolla la noción de símbolos rituales dominantes para designar aquéllos símbolos que tienen un papel central en los procesos rituales de la sociedad ndembu y que se caracterizan por algunas propiedades fundamentales, como la polisemia, la condensación, la unificación de diversos significados en una única formación simbólica y la polarización de sentidos en dos niveles: un polo sensorial o fisiológico y otro normativo o ideológico

⁴Una expresión directa de este tipo de tratamiento en la relación médico-paciente es la desestimación y deslegitimización de saberes individuales y colectivos relacionados con la salud por considerarse datos “no objetivos” (Ledon Llanes, 2011a:328).

la aflicción y las respuestas terapéuticas. Para Kleinman,

La interacción entre los ME de los pacientes y los ME de los profesionales es el componente fundamental de la atención en salud. El estudio de los ME de los profesionales nos habla de cómo ellos entienden y tratan la enfermedad. El estudio de los ME de los pacientes y familiares expresa cómo ellos dotan de sentido un episodio de aflicción y cómo escogen y valoran los diferentes tratamientos (1980: 105, citado en Martínez Hernández, 2008: 98)⁵.

La noción de Modelo Explicativo insta la posibilidad de que algunas respuestas terapéuticas puedan estar disociadas del saber biomédico. Así, por ejemplo, puede plantearse una situación donde la mujer enferma priorice el valor de la autonomía o las actividades domésticas en beneficio del círculo familiar frente al consejo médico de reposo y suspensión de ciertas tareas. De la misma manera que la noción de Modelo Explicativo, el concepto de Modelo Dialógico de Atención plantea desafíos no sólo en materia de investigación sobre estrategias de afrontamiento y búsqueda de recursos terapéuticos, sino también en términos de sensibilizar a la comunidad médica acerca del papel que tiene la cultura mediante expectativas, valores, conflictos y formas de experiencias en la producción de dichas estrategias.

El enfoque culturalista crítico: la medicina moderna vista como institución de dominación

A las orientaciones interpretativas que buscaron poner en simetría los discursos científicos y locales le siguieron, a partir de la década de 1980, las aportaciones de enfoques inspirados en las teorías neomarxistas. Pero en este caso ya no se trató de encontrar lo relativo y creencial dentro del propio discurso médico, sino de denunciar su rol enmascarador del orden económico y social, responsable en definitiva de las enfermedades y padecimientos de los grupos humanos. Parece ser que el surgimiento de estos enfoques se debe, en parte, a la reacción que algunos antropólogos marxistas tuvieron frente a la proliferación de modelos pragmáticos que parecían descuidar las dimensiones políticas y económicas de los procesos de salud/enfermedad/atención.

Los llamados culturalistas críticos, como Michael Taussig (citado en Martínez Hernández, 2008: 157-159), adhieren a una posición explícita de denuncia de las desigualdades sociales en salud y compromiso con el estudio de las condiciones económico políticas de la enfermedad. Pero, a diferencia de las corrientes materialistas, que ponen el énfasis en la distribución desigual de los recursos y la estructuración clasista de la sociedad, los culturalistas prefieren encauzar sus

⁵ Kleinman propone a sus pacientes-informantes preguntas del tipo: ¿cómo llamaría usted a su enfermedad?, ¿qué piensa usted que ha causado su problema?, ¿de qué manera piensa usted que se produce su problema?, vale decir, escucha la versión nativa de la aflicción (En Martínez Hernández, 2008:101)

críticas al papel de la ideología y, por consiguiente, a las representaciones biomédicas de la enfermedad. Con ese objetivo, Taussig retoma los trabajos de Lukacs sobre la idea de reificación y conciencia del proletariado para pensar el modo en que la medicina moderna recorta la enfermedad. Para Taussig, los signos y síntomas de una enfermedad constituyen algo más que una alteración o trastorno biológico. Más que “cosas en sí mismas” y realidades exclusivamente físicas, ellos son “signos de relaciones sociales disfrazadas como cosas naturales” (1995:110, citado en Martínez Hernández, 2008: 157). Sin embargo, cuando el médico profesional diagnostica una enfermedad utilizando su nombre científico (cáncer, polimiositis, diabetes) lo que produce, implícitamente, es su desarraigo de las relaciones sociales donde ellas se insertan. La enfermedad es entonces deshistorizada y desocializada, vale decir, reificada con el objeto de reproducir un determinado orden social: el sistema capitalista.

Taussig quiere ir más lejos en su denuncia del rol instrumental de la biomedicina y nos plantea el siguiente escenario: el enfermo siempre se pregunta “¿por qué a mi?”, “¿por qué ahora?”. No obstante, la biomedicina sólo se propone responder acerca del cómo y no sobre el por qué (op. cit.). En este punto, es valiosa la comparación con otros sistemas médicos que fusionan el porqué y el cómo (pensemos, por ejemplo, en las prácticas de los curanderos para identificar las causas de un malestar). El círculo de ocultamiento, en el planteo de Taussig, queda así cerrado. Vale traer aquí, una vez más, las palabras de Martínez Hernández:

Si la enfermedad y el sufrimiento implican siempre un desafío a la complaciente y cotidiana aceptación de las estructuras convencionales de significado, la biomedicina obscurece esta conciencia crítica mediante una ciencia y epistemología de hechos reales que ofrece el premio nada desdeñable de un mundo estable. En este sentido, la práctica clínica adquiere un indudable papel de control político y social, pues intercambia obediencia por seguridad, certeza por el sometimiento de pacientes y profesionales al sentido común establecido (2008: 159).

El concepto de multidimensionalidad como herramienta para estudiar significaciones alrededor de los procesos de enfermedad y búsqueda de respuestas terapéuticas

Tomada en sentido amplio, la antropología médica observa los problemas de salud humanos y los sistemas terapéuticos a partir de los contextos sociales y culturales más amplios donde ellos se insertan. En relación al hecho de enfermar, pone el énfasis en la complejidad de un estado orgánico y cultural, el cual exige una descripción que comprometa ambas dimensiones con miras a sistematizar los esfuerzos terapéuticos orientados tanto al organismo vivo como al cuerpo vivido (Kottow, 2005:194).

Se recurre entonces al concepto de multidimensionalidad para captar las dimensiones biológicas, psicológicas, culturales y sociales presentes en toda enfermedad. Estas dimensiones se han organizado a partir de tres términos del idioma inglés: *disease*, para referirse al proceso orgánico; *illness*, para analizar la experiencia subjetiva de sentirse enfermo, la cual está surcada tanto culturalmente en forma de etiquetamientos y expectativas sociales sobre el pronóstico como socialmente, a partir del rol que tiene el entorno cercano de relaciones en la recuperación de los afectados; *sickness*, para dar cuenta del malestar que puede sentir la persona sin asignarle una base biológica (por ej: las náuseas).

Analizar el marco cultural y social del hecho de enfermar y curar implica, entre otros aspectos, dar cuenta de una dinámica cargada de “significaciones que comprometen la existencia de la vida familiar y social, las relaciones mundanas y las trascendentes” (Kottow, 2005:192). La centralidad que tienen dichas significaciones ha sido puesta de relieve por diversos paradigmas y estrategias de atención. La psicología, la antropología y la enfermería han descrito esas redes de significaciones compartidas que conectan teorías acerca de la causalidad y su evolución, etiquetamientos, connotaciones normativas y fuertes cargas valorativas (Ledón Llanes, 2011b; Beltran Zalazar, 2008).

Tanto las descripciones etnográficas como los estudios culturales y los trabajos sobre historia de la medicina han sido capaces de poner de relieve toda una simbología alrededor de distintas enfermedades, desplazada del eje de las categorías médicas. En ese esfuerzo de interpretación quedan comprendidos los rasgos históricos de cada contexto, donde se entrecruzan diferentes discursos y marcos de referencia científicos pero también religiosos y literarios. Estos últimos, por ejemplo, han asociado muchas veces las enfermedades con el carácter transgresor del avance civilizatorio y la modernidad, dando lugar a una serie de etiquetamientos y estereotipos que desacreditan a su portador: las pestes fueron vistas como castigos divinos; la tuberculosis, como un exceso de pasión; el sida, como resultado de una vida íntima vergonzante, etc.. Se entiende entonces que el estudio de esa trama de significados permite entrar en el mundo del afectado y aproximarnos a su padecimiento, teniendo en cuenta que a sus afecciones físicas se suman sufrimientos psicológicos cuya causalidad es cultural y social.

La enfermedad del cáncer ocupa hoy en día el lugar que antes ocuparon las pestes o la tuberculosis, sacude la conciencia colectiva y es tan temida como reprimida. Karpenstein Ebach identifica tres factores determinantes del contexto actual de esta enfermedad (2006: 215). En primer lugar, una esperanza de vida más elevada aumenta el número de enfermos de cáncer de manera significativa. En segundo lugar, el conocimiento médico sobre el cáncer permite reconocer como tal enfermedades que en otro momento no eran diagnosticadas con ese nombre.

Finalmente, lo que le confiere un lugar destacado, el estigma de su incurabilidad: la expansión de la tratabilidad de otras enfermedades es la otra cara del hecho de que el cáncer retenga la atención que tiene hoy en día.

Interesada en desmitificar significados que resuenan en la palabra “cáncer”, Susan Sontag, da cuenta de cómo la simbología del cáncer (metaforización, según sus palabras) está impregnada por el propio discurso médico que, transponiendo metáforas tomadas en parte de la economía, la ecología, inclusive la guerra, le imprime una estética particularmente “hórrida” de modo tal que “la mayoría de los enfermos de cáncer, efectivamente, se desmoralizarán al enterarse de qué padecen” (2003:2)⁶. Dicho de otra manera, el cáncer como representación social está fuertemente asociado a la muerte y se lo visualiza corporalmente en términos de dolor y deterioro (Ledón Llanes, 2011a:332). La literatura y los ensayos sobre cultura y enfermedad también han hecho su aporte en esta construcción simbólica de la enfermedad, aludiendo a su naturaleza psicosomática o sugiriendo una correspondencia con cada época⁷.

Las personas afectadas pueden elaborar interpretaciones relacionadas con las causas de la enfermedad, que integran conceptos propios y heredados. En relación al cáncer, las causas más atribuidas hacen referencia a los factores hereditarios y ambientales, pero también a los factores psicológicos desencadenados en momentos puntuales y como producto de las interacciones sociales (familiares, domésticas, laborales, etc.) y las presiones del entorno (exigencias económicas y de reproducción de la familia). También debe señalarse que no pocas veces las primeras experiencias relacionadas con la enfermedad y el diagnóstico manifiestan un estado de *desconocimiento* por parte de los afectados, lo cual en parte se debe a un déficit de la información sobre el tema o a las características de la información y la diversidad en términos del acervo cultural de los auditorios a los que esta se dirige.

El género, por su parte, incide de forma diferente en el impacto del diagnóstico y las respuestas emocionales. Con respecto a las manifestaciones físicas externas de la enfermedad, se ha señalado el impacto psicológico que trae aparejado la modificación de la imagen corporal en tanto un aspecto clave de la identidad personal. La pérdida de cabello, el crecimiento de tejidos neoplásicos en zonas visibles o bien la pérdida de partes del cuerpo producto del tratamiento terapéutico (mastectomía) pueden ser vividas desde significaciones de “dejar de ser” (Ledón

⁶ “Hasta tanto tratemos a una dada enfermedad como a un animal de rapiña, perverso e invencible, y no como a una mera enfermedad, la mayoría de los enfermos de cáncer, efectivamente, se desmoralizarán al enterarse de qué padecen. La solución no está en no decirles la verdad sino en rectificar la idea que tienen de ella, desmitificándola” (Sontag, 2003:2)

⁷ “Jugando el juego de hacer plausible el discurso de las enfermedades de época”, Horisch, establece la analogía entre cáncer y época actual de crecimiento de la producción industrial, del consumo, de la innovación, de la población, de las metrópolis; anorexia y bulimia como patologías de la era del consumo; sida, como enfermedad de época de la revolución sexual (2006: 62).

Llanes, 2011a:329).

A través de los conceptos de efecto placebo, efecto nocebo y eficacia simbólica se ha buscado demostrar la importancia que tienen precisamente las expectativas sociales y subjetivas en la inducción de una mejoría o empeoramiento del cuadro patológico, lo cual permite entender hasta qué punto la dimensión cultural compone un nivel de significación capaz de intervenir en la mediación y producción de las bases biológicas y psicobiológicas de la enfermedad.

Significados que dan sentido al afrontamiento de la enfermedad

Las personas diagnosticadas con cáncer ó enfermedades crónicas deben afrontar los cambios en las áreas física, psíquica y simbólica de sus individualidades pero también trascenderlas, en el sentido de sostener el mundo de relaciones sociales, roles y afectos (Ledón Llanes, 2011b). En términos de illness, la enfermedad confronta al afectado con una serie de significaciones diversas que emergen de estos cambios y las respuestas individuales y familiares.

Los trastornos físicos que ocurren durante los ciclos de quimioterapia imponen cambios en las personas afectadas, estas deben modificar el desempeño de sus roles tradicionales. Estos cambios funcionales imponen también reacomodamientos psicológicos y, en algunos casos, dichas adaptaciones van acompañadas de un cambio de perspectiva acerca de la vida diaria, los marcos de referencia antes aplicados se vuelven relativos. Estas adaptaciones se significan como oportunidades para recomenzar y obtener aprendizajes que contrarresten los costos físicos y emocionales del tratamiento y la enfermedad. La enfermedad puesta en términos de acontecimiento que resignifica la vida de las personas afectadas, abriéndoles el paso al autoconocimiento, el aprendizaje y la reparación de sus circunstancias biográficas, ha sido trabajada por Crista Karpenstein Ebach (2006). Esta interpretación del cáncer, dice la autora, cobra un especial interés a partir de la década de 1970, época en que la ciencia médica empieza a reconocer la complejidad de esta enfermedad y se diluyen las expectativas generadas en torno a su cura completa. Es a partir de entonces, que la literatura autobiográfica del cáncer toma otro protagonismo en la forma de un discurso “propio” que relativiza o amplía el discurso médico. Como la experiencia narrativa transcurre justamente entre el diagnóstico y el posible desenlace final (la muerte) “la vida pasada y presente se convierten en el objeto de la autoexploración y de la auto expresión que adquieren a su vez un valor terapéutico. El cáncer se interpreta como exhortación al intento de auto reparación que debe llevar a una nueva psico síntesis, en la que el sujeto descubre todo su yo” (2006:218)⁸.

⁸ A partir de los '60 se verifica además un avance en el estudio y aplicación de la perspectiva psicosomática de la enfermedad, esto es, el intento de integrar causalmente factores psíquicos y manifestaciones biológicas. El concepto psicosomático toma una relevancia tal que incluso se plantea la necesidad de

Los significados pueden contribuir positivamente en las respuestas psicológicas y terapéuticas de las personas afectadas. Diferentes trabajos exploran el valor terapéutico que encierran determinadas maneras de significar la enfermedad y los cambios que esta trae aparejados. Según Travelbee (citado en Beltran Zalazar, 2008:68), el afrontamiento de una enfermedad va de la mano de una búsqueda de significados posibles; por su parte Watson (citado por el mismo autor) plantea que los significados son importantes para encontrar soluciones. En la asignación de significados también influye el grupo familiar, en algunos casos, el afectado y los familiares pueden significar el acontecimiento como una prueba de vida, una circunstancia fortuita que debe dejarse atrás para retomar el curso de una vida familiar que transcurre entre necesidades y expectativas. Esto puede conducir a que el afectado oculte síntomas y limite la comunicación de ciertos estados, no obstante, soportar el llanto y la desesperación se convierte al final en un triunfo y un avance en la vida (Beltrán Zalazar, 2008:69). La convivencia con otros pacientes, la adaptación al régimen estricto y ritualizado que impera dentro del hospital y el contacto entre grupos de familiares (identificados todos con las mismas preocupaciones y ansiedades) pueden dar lugar a experiencias cargadas de una significación particular. La regulación de los horarios de visita, la cantidad de los acompañantes, las normas de antisepsia que prohíben ciertas cosas, dan lugar a tensiones y negociaciones de las que emerge la imagen de un “nosotros” (pacientes/familiares) sostenido en lo afectivo, solidario y activo que alivia las angustias e impactos que se viven en soledad.

Conclusiones

Este trabajo se propuso destacar la centralidad que la cultura y lo simbólico tienen tanto en las respuestas terapéuticas como en la producción de enfermedades. El surgimiento de una perspectiva crítica de la unidireccionalidad de la medicina y su propuesta de Modelos Explicativos y Dialógico de Atención a partir de los años '70 constituyeron los primeros pasos en dirección a ampliar la mirada hacia las distintas versiones de la enfermedad (y la salud), reconociendo el potencial terapéutico de saberes elaborados por las personas afectadas pero deslegitimados, sin embargo, por el conocimiento de la biomedicina. En relación al Modelo Dialógico, también se plantea el potencial en términos de desarrollos teóricos ya que el intercambio de saberes también ayuda a calibrar la formulación conceptual del propio investigador, todo lo cual va en favor de

reorientar la medicina clínica hacia la comprensión de las vicisitudes personales dado que allí radicaba el origen de las dolencias). En este contexto, el fenómeno del cáncer empieza a explicarse en el marco de la psicopatología y en la temática general de la “locura y sociedad”. “El cáncer se convierte en el efecto de un auto desarrollo deficiente, de una vida sexual poco satisfactoria y de una falta de conciencia del propio cuerpo, una falta de impulso depresiva, de la alineación y del bloqueo de la capacidad de expresión” (Ebach, 2006: 219).

Herramientas para un abordaje multidimensional de los procesos de salud, enfermedad y atención. El modelo dialógico propuesto desde la antropología médica
Juan Pablo Rodríguez

aquél supuesto propio de la fenomenología que asigna al investigador social la tarea de construir objetos de pensamiento a partir de objetos de pensamiento de sentido común de los actores que viven en el mundo social.

A propósito de versiones de la enfermedad, resulta oportuno mencionar aquí las propuestas que, desde distintas disciplinas, se vienen realizando en favor de diferentes estrategias de pluralismo médico que parten ya no de postular a priori la centralidad de lo cultural, sino del reconocimiento de la creciente participación de medicinas llamadas “alternativas” pero también “complementarias” (medicinas de raíz oriental como el *reiki* y la *acupuntura*, filipina como la *sanación pránica*, india como el *yoga*, entre un largo etc.) en las estrategias de salud y autocuidado de las franjas medias de la sociedad, tradicionalmente ubicadas en la vereda opuesta de lo creencial, en virtud de sus recursos culturales, educativos y económicos. En todo caso, lo que puede resultar eventualmente más beneficioso es preguntarnos sobre los límites de la conocida dicotomía entre mente y cuerpo y la atomización de los saberes biomédicos.

Referencias

- Beltran Zalazar, Oscar (2008). *La enfermedad grave, una oportunidad. Investigación y Educación en Enfermería*, Vol 26 N 1. [En línea] Puesto en línea Marzo 2008. URL: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105215231006> Consultado el 03 de febrero de 2015.
- Horisch, Jochen (2006). *Las épocas y sus enfermedades. El saber patognóstico de la literatura*. En: Bongers, W. y Tanja O. (comps.) *Literatura, cultura, enfermedad*, p. 47-72. Paidós, Buenos Aires.
- Idoyaga Molina, Matilde (2008). *Prólogo*. En: Krmpotic, Claudia (Compiladora), *Cuidados, terapias y creencias en la atención de la salud*. p. 9-15. Espacio Editorial, Buenos Aires
- Karpenstein Ebach, Crista (2006). *Cáncer-literatura-conocimiento. De la personalidad cancerosa a la comunicación total*. En: Bongers, W. y Tanja, O. (comps.) *Literatura, cultura, enfermedad*. p. 212-248. Paidós, Buenos Aires.
- Kottow, Miguel (2005). *Cuerpo, medicina y enfermedad: genealogía de una representación hegemónica*. En: Kottow, M. y Bustos, R. *Antropología Médica*, Cap. VIII p. 99-112. Mediterráneo, Chile.
- Kottow, Miguel (2005). *Modos de enfermar y conceptos de enfermedad*. En: Kottow M. y Bustos, R. *Antropología Médica*. Cap. XIII p. 176-201. Mediterráneo, Chile.
- Ledon Llanes, Loraine (2011a). *Articulación entre las categorías, cuerpo, género y enfermedad crónica desde diferentes experiencias de salud*. *Revista Cubana de Salud Pública*, Vol 37 N 3. [En línea] Puesto en línea URL: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v37n3/spu13311.pdf> Consultado el 10 de Marzo 2014
- Ledon Llanes, Loraine (2011b). *Enfermedades crónicas y vida cotidiana*. *Revista Cubana de Salud Pública*, Vol 37N [En línea] Puesto en línea Enero de 2011 URL: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v37n4/spu13411.pdf> Consultado el 9 de octubre de 2014
- Martinez Hernaiz, Ángel (2008). *Antropología Médica*. Anthropos, España.
- Sontag, Susan (2003). *La enfermedad y sus metáforas*. Taurus, Buenos Aires.