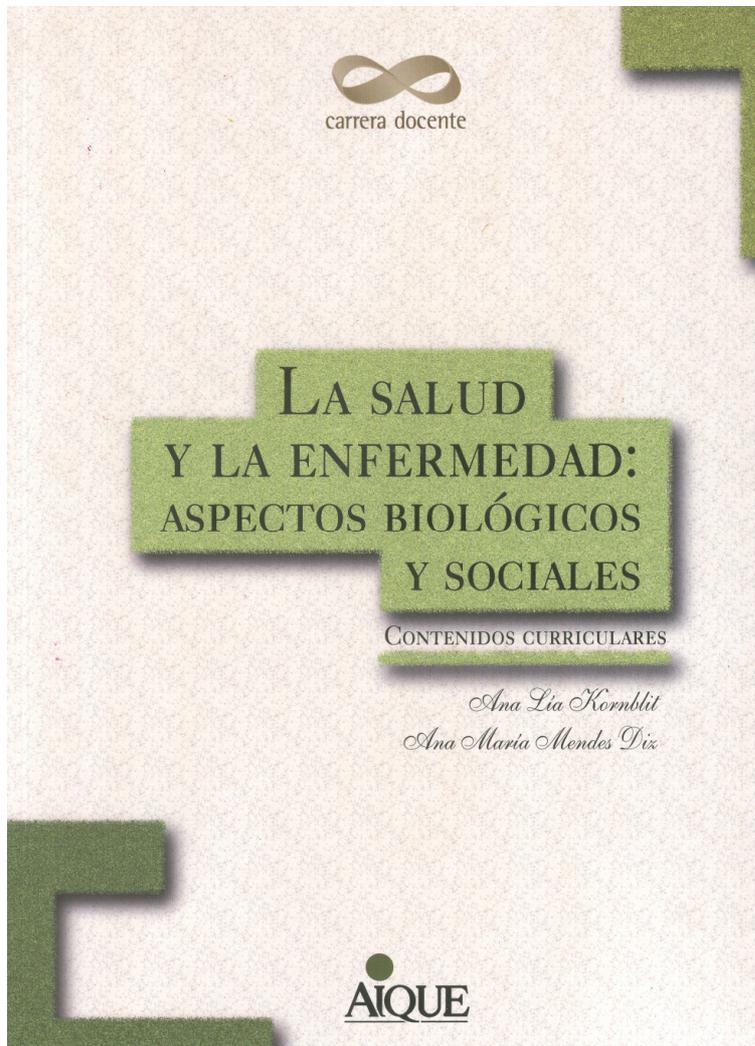


La Salud y la Enfermedad: Aspectos biológicos y sociales.

CONTENIDOS CURRICULARES.

Por

Ana Lía Kornblit y Ana María Mendes Diz.



Grupo Editor
Aique.

Primera edición:
2000.
Capital Federal.

Este material
es de uso
exclusivamente
didáctico.

Índice general

Prólogo	13
Capítulo 1. El proceso salud-enfermedad	17
¿Qué es la salud?.....	17
Concepciones médicas.....	18
Concepciones sociales.....	20
Concepción de salud ideal.....	23
Representaciones sociales del estado de salud ideal.....	25
Salud y prácticas culturales.....	28
Concepciones y vivencias de enfermedad.....	30
La percepción de enfermedad y la consulta médica.....	32
El cuidado de la salud en familias urbanas.....	35
Notas.....	38
Capítulo 2. Promoción de la salud	41
¿Qué se entiende por promoción de la salud?.....	41
El “empoderamiento” de la promoción de la salud.....	45
La promoción de la salud en los jóvenes.....	46
Niveles de prevención y enfoque de riesgo.....	47
Teorías psicosociales acerca de conductas preventivas.....	50
Intervenciones preventivas.....	52
La promoción de la salud en la escuela.....	53
Notas.....	54
Capítulo 3. Nociones de epidemiología	55
Conceptos básicos.....	56
Población expuesta al riesgo.....	56
Prevalencia e incidencia de una enfermedad.....	56
Letalidad.....	58
Mortalidad.....	58
Morbilidad.....	61
Esperanza de vida.....	61
Fecundidad.....	62
Principales diseños de estudios epidemiológicos.....	63
Estudios descriptivos.....	63
Estudios transversales o de prevalencia.....	63
Estudios de casos y controles.....	64
Estudios de cohorte.....	64
Estudios experimentales.....	65
La causalidad en epidemiología.....	65
Epidemiología de las enfermedades transmisibles.....	66
Enfermedades epidémicas y endémicas.....	66
Cadena de infección.....	67
Medidas de bioseguridad.....	69
Control de las enfermedades transmisibles.....	69
Pobreza y enfermedades transmisibles.....	69
Notas.....	70
Obras recomendadas.....	72
Capítulo 4. Salud mental	73
Problemas mentales y factores asociados.....	73
Nuevos lineamientos en la terapéutica de las enfermedades mentales.....	77
Reseña de las enfermedades mentales más frecuentes:	

principales grupos de trastornos mentales.....	83
Psicosis.....	83
Neurosis.....	86
Trastornos de la personalidad.....	86
Trastornos orgánicos.....	87
Intoxicaciones.....	91
Reacciones vivenciales.....	91
Notas.....	92
Obras recomendadas.....	93
Capítulo 5. La violencia y sus consecuencias para la salud.....	95
Violencia colectiva.....	95
Desplazamientos humanos.....	98
Violencia hacia las mujeres.....	98
Violencia intrafamiliar.....	100
Violencia autoinfligida (suicidio).....	102
Notas.....	104
Obras recomendadas.....	105
Capítulo 6. Consumo y abuso de drogas como conductas de riesgo.....	107
El riesgo y su percepción.....	107
Consumo y abuso de drogas.....	110
Modelos explicativos de la drogadicción.....	112
Drogas lícitas e ilícitas más comunes.....	114
Alcohol.....	114
Tabaco.....	116
Drogas ilícitas.....	118
Factores originantes de las adicciones.....	120
Factores sociales.....	120
Factores individuales.....	124
Notas.....	126
Obras recomendadas.....	128
Capítulo 7. Educación de la sexualidad.....	129
Proyecto de iniciación sexual en San Pablo, Brasil.....	130
Curso del Instituto Mexicano de Investigación de Familia y Población.....	133
Efectividad de los programas de educación de la sexualidad.....	135
Conceptualizaciones acerca de la sexualidad.....	136
Notas.....	138
Obras recomendadas.....	139
Capítulo 8. El estrés laboral.....	143
Concepción psicosocial.....	143
Fuentes de estrés laboral.....	144
Factores mediadores.....	146
Notas.....	149
Capítulo 9. El sistema de salud y la evaluación de sus servicios.....	151
Un poco de historia.....	151
Crisis generalizada de las instituciones del sector y presencia hegemónica del estado (1930-1952/55).....	153
Pérdida de la hegemonía estatal y consolidación del modelo estatal-corporativo (1952/55-1976).....	154
Crisis político-ideológica del modelo y último intento de superación de la crisis financiera (1976-1988/89).....	156

La desregulación de los servicios de salud.....	158
La calidad de los servicios de salud y su evaluación.....	160
La calidad en el ámbito sanitario.....	163
La calidad de los servicios sanitarios para adolescentes.....	166
Notas.....	167
Capítulo 10. La discapacidad como problema social.....	169
Conceptualizaciones acerca de la discapacidad.....	169
La rehabilitación como estrategia de integración.....	170
Marginación, un mal prevenible.....	172
Escuelas para la diversidad.....	173
Notas.....	176
Obras recomendadas.....	177
Capítulo 11. La donación y el trasplante de órganos.....	179
Antecedentes y legislación específica.....	179
Condiciones para la donación.....	180
Resultados de una investigación.....	184
Notas.....	187
Capítulo 12. Problemas de salud según edad y sexo.....	189
En los niños.....	189
Prevenición por inmunización.....	190
Patologías más frecuentes en niños menores de seis años.....	191
En los adolescentes y jóvenes.....	193
Algunas enfermedades crónicas que afectan a los jóvenes.....	194
El embarazo en la adolescencia.....	197
En las mujeres.....	198
Situación de los derechos reproductivos y sexuales en la Argentina.....	204
En los hombres.....	211
Enfermedades de la próstata.....	212
Salud reproductiva de los varones.....	212
En los ancianos.....	216
Trastornos geriátricos más frecuentes.....	216
Prevenición de los trastornos del envejecimiento.....	218
Notas.....	218
Obras recomendadas.....	220
Manual de consulta.....	223
I. Enfermedades infecciosas.....	225
Enfermedades bacterianas.....	226
Enfermedades producidas por bacterias grampositivas.....	226
Enfermedades producidas por bacterias gramnegativas.....	229
Enfermedades producidas por micobacterias.....	233
Enfermedades producidas por espiroquetas.....	235
Sífilis.....	235
Enfermedades producidas por rickettsias.....	235
Tifusmurino (endémico).....	236
Tifus epidémico.....	236
Enfermedades virósicas.....	236
Enfermedades producidas por virus ADN.....	236
Enfermedades producidas por virus ARN.....	239
Enfermedades producidas por retrovirus (de tipo ARN).....	243
Enfermedades producidas por otros virus ARN.....	252

Infecciones causadas por hongos.....	257
Infecciones causadas por parásitos.....	258
Protozoos y helmintos.....	258
Notas.....	262
Obras recomendadas.....	264
II. Enfermedades no transmisibles.....	265
Enfermedades del aparato cardiovascular.....	265
Insuficiencia cardíaca.....	265
Fiebre reumática.....	266
Infarto agudo de miocardio.....	266
Aterosclerosis.....	267
Hipertensión arterial.....	267
Enfermedades del aparato respiratorio.....	268
Asma.....	268
Bronquitis crónica y enfisema.....	269
Neoplasias pulmonares.....	269
Enfermedades del aparato urinario.....	270
Insuficiencia renal.....	270
Síndrome nefrótico.....	271
Infecciones de las vías urinarias.....	271
Nefrolitiasis (cálculos renales).....	272
Enfermedades del aparato gastrointestinal.....	272
Úlcera péptica.....	272
Divertículos.....	273
Colon irritable.....	273
Apendicitis.....	273
Peritonitis aguda.....	274
Litiasis biliar.....	274
Enfermedades del páncreas.....	274
Algunas enfermedades relacionadas con la inmunidad.....	275
Lupus eritematoso agudo.....	275
Artritis reumatoide.....	276
Trastornos de las articulaciones.....	276
Artrosis.....	276
Gota.....	277
Enfermedades endocrinas.....	277
Enfermedades de la tiroides.....	277
Diabetes.....	279
Trastornos del metabolismo lipídico.....	279
Enfermedades mieloproliferativas.....	280
Leucemia mielógena crónica.....	280
Leucemias agudas (linfocítica y mielógena).....	280
Linfomas.....	281
Enfermedades neoplásicas.....	281
Notas.....	283
Obras recomendadas.....	283
Índice temático alfabético.....	285

Capítulo 1

El proceso salud-enfermedad

En este capítulo analizaremos diversas concepciones de salud, diversas vivencias de enfermedad y diversas prácticas en relación con la salud teniendo en cuenta el contexto histórico-social, porque la conducta relacionada con la salud y la enfermedad se aprende y se realiza en dicho contexto, que da contenido y significado a esos conceptos.

1. ¿Qué es la salud?

Si en este momento hiciésemos esta pregunta a diversas personas, recibiríamos diversas respuestas.

No es lo mismo la salud para un docente, para un médico, para un abogado, para alguien que circunstancialmente estuviera presente en el momento en que se hablara del tema. La diversidad de respuestas deriva de diferentes formaciones profesionales, contextos socioculturales específicos, etapas vitales, etcétera.

Analizaremos, entonces, algunas concepciones de salud según el enfoque de varias disciplinas que tienen que ver con ella. Si bien algunas corresponden a ciertos momentos históricos del pasado, esas concepciones coexisten con las actuales.

Concepciones médicas

Las concepciones médicas de la salud surgen, desde el punto de vista de la medicina, como actividad profesional; sin embargo, hay diferencias entre ellas según se ponga el énfasis en la salud somático-fisiológica, en la psíquica o en la sanitaria.

- La *concepción somático-fisiológica* parte de la enfermedad en el organismo físico. La salud es, en esta concepción, el bienestar del cuerpo y del organismo físico, y la enfermedad es el proceso que altera este bienestar. Es evidente el peso que tiene esta concepción de la salud en la opinión colectiva y en la propia práctica médica y no puede negarse que la mayor parte del desarrollo de la medicina proviene de los adelantos en esta dimensión. Esquemáticamente puede enunciarse diciendo que *si el organismo físico no posee alteraciones visibles, existe salud y sólo cuando haya una alteración del organismo existirá enfermedad*.

Aún hoy la enseñanza de la medicina, la exploración y examen del enfermo y la terapéutica habitual se basan principalmente en la identificación de alteraciones en el organismo en el nivel fisiológico. No en vano se conocía antiguamente a los médicos con el nombre de "físicos", y aún en los países de habla inglesa (*physician*), ya que, tanto por sus instrumentos como por sus actos, la profesión era identificada por el público con la manipulación de los aspectos físicos del cuerpo humano. El éxito de la medicina somática, avalado por los numerosos descubrimientos en biología, física y química, contribuyó directamente a que ésa fuera la forma fundamental de practicar la medicina, o sea, diagnosticar la enfermedad y curar el organismo físico. La concepción somática de la salud ha transcurrido más pendiente de la enfermedad que de la salud durante la mayor parte de la historia.

- La *concepción psíquica de la salud* implica el reconocimiento de la estrecha interrelación entre cuerpo y psique en el organismo humano, lo que lleva a no restringir la experiencia de salud a la salud orgánica únicamente. En la historia de la medicina, la salud psíquica aparece como una categoría residual o, al menos, de importancia menor.

Puede decirse que la limitación fundamental con que se enfrenta la concepción psíquica de la salud es la subjetividad y la indeterminación de sus manifestaciones, en comparación con las manifestaciones somáticas. La sensación de bienestar psíquico es, en última instancia, una

experiencia subjetiva frente a la que el médico no puede aducir pruebas "objetivas" de salud - como ausencia de gérmenes u otras causas patógenas- resultado de análisis y comprobaciones clínicas. El ejemplo más obvio del subjetivismo de la concepción psíquica de la salud es el caso del dolor. Aun siendo los tejidos musculares y nerviosos aparentemente semejantes y la agresión patógena de la misma intensidad, la sensibilidad de -dos individuos puede ser muy diversa, sin que puedan establecerse medidas científicas objetivas acerca de la diversa intensidad del dolor que sufren dos pacientes.

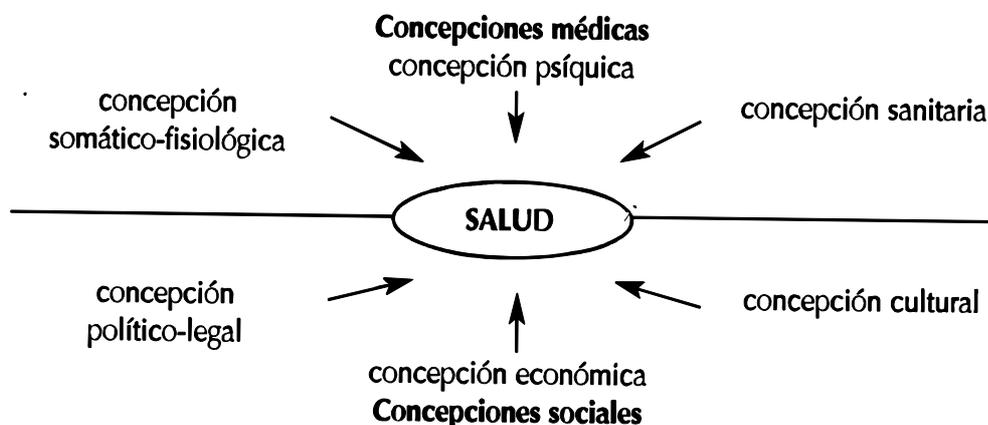
- La *concepción sanitaria de la salud*, propia de la salud pública como disciplina, coloca el énfasis en la salud colectiva de una población más que en la salud individual, como acabamos de ver en las dos concepciones descritas más arriba.

Se caracteriza por tener un *enfoque preventivo* de los problemas de diversos grupos sociales diferenciados por edad, sexo, nivel socioeconómico, etcétera. Realiza generalizaciones, a semejanza del diagnóstico individual de la medicina clínica, orientadas a identificar el grado de salud o de enfermedad de una comunidad. Para llegar a esas conclusiones, los sanitaristas establecen medidas de lo que se considera saludable para cada comunidad o región de un país. Estas valoraciones de lo que se considera normal o patológico oscilan entre ciertos márgenes. La "normalidad", desde el punto de vista estadístico, se define en cada sociedad de acuerdo con un cúmulo de circunstancias económicas, sociales, del medio ambiente, climáticas, que condicionan lo que se considera aceptable o "normal" en cada sociedad. Una desviación de la "norma", en individuos o en grupos, no supone necesariamente un estado anormal, aunque indica al médico clínico o al sanitarista que existen algunos factores a los que se debe prestar especial atención.

Esta concepción no aparece hasta el siglo pasado, cuando la magnitud de los problemas planteados por la industrialización y la urbanización, derivados del traslado de grandes masas que pasan a vivir en condiciones infrahumanas en los cinturones industriales de las primeras ciudades fabriles, acelera la necesidad de que el Estado adopte una actitud decidida para tutelar la salud de la población.

La concepción sanitaria de la salud posee un contenido amplio ya que se refiere esquemáticamente a dos aspectos:

- el medio ambiente físico, en el que se analizan las condiciones que facilitan u obstaculizan la difusión de la enfermedad teniendo en cuenta la totalidad del mismo: tierra, agua, aire, alimentos en sus diversas formas, etcétera.
- las personas que ocupan el medio ambiente, a las que se -agrupa por sus condiciones personales, como edad, sexo y su adscripción a determinados grupos sociales de residencia, trabajo, etcétera, identificando problemas de salud, estableciendo programas para actuar sobre ellos y controlando los resultados de la acción.



Concepciones sociales

Desde la perspectiva de las ciencias sociales, la concepción de salud también responde a diferentes enfoques disciplinares, según se la conciba desde el derecho, la economía o la sociología, entre otras.

- La *concepción político-legal de la salud* la considera como un bien general que interesa a todos. Cuando este bien es tutelado por el ordenamiento jurídico de un país, se convierte en derecho exigible por los ciudadanos según una amplia variedad de reconocimientos.
Jurídicamente, más que de un derecho a la salud habría que hablar de un derecho a la integridad física, lo cual supone la protección por parte del Estado en aquellos casos en que la integridad pueda verse en peligro. A este derecho a la integridad física corresponde correlativamente el deber y la obligación de mantenerla, reconocidos por todos los códigos penales, que, por lo tanto, identifican como delitos los actos que atentan contra ella. El atentar contra la salud, propia o ajena, es penado por el Estado, dado que ello supone un ataque aun bien que debe protegerse.
Esta concepción de la salud, se extiende por todas las latitudes y los sistemas políticos y, aunque las variedades de su reconocimiento como derecho sean diferentes entre diversos sistemas, existe un consenso común universal en la concepción político-legal de la salud que se reconoce en la *Declaración Universal de Derechos Humanos*.
- La *concepción económica* se impone en el mundo desarrollado debido a la importancia que la salud posee para la eficacia del factor humano en los procesos productivos, a los que aporta un elemento único y costoso. En otras épocas, el factor humano no era considerado un factor estratégico, lo cual llevaba a su poca estimación económica, mientras que un factor escaso como el capital atraía la atención principal y la preocupación del empresariado. En la situación actual, el factor humano ha pasado a constituir un elemento estratégico de los procesos productivos; de ahí la relevancia de mantener la "productividad humana", para lo cual es necesario contar con una "buena salud".

Un distinguido pensador francés, Alfred Sauvy,¹ ha escrito: "...los objetivos económicos y ético y no se concilian sino raramente (...) en los numerosos casos en que las vidas humanas están en competencia con bienes materiales, se impone una elección..." y en su obra expone una serie de dilemas éticos a partir de casos en que los que la vida humana está en conflicto con un objetivo económico. Valdría la pena dedicarles algunas reflexiones.

Un organismo competente en el tema ha dicho en 1973 que no faltan los medios técnicos para poder hacer menos perjudiciales a los combustibles o a sus humaredas; lo que sí pueden faltar son los capitales necesarios para implantarlos.

La información señala el aumento que resultaría en los precios de los combustibles, pero no el número de vidas humanas se salvarían de esa manera.

"Las dosis de irradiación que reciben los trabajadores en de las centrales nucleares deberán ser reducidas se la conferencia Nuclear Europea el 23 de abril de 1975 en París. Se trata de reducirlas hasta una dosis que se juzgue que no implique gastos demasiado elevados..."

"¿Quién debe decidir y cómo, con un presupuesto limitado, si parte del mismo se aplica a prolongar la vida de los pacientes seniles o a detectar las anomalías congénitas en los recién nacidos?"

¹ Sauvy, A. (1980). *Costo y valor de la vida humana*. Buenos Aires, Emecé. Sauvy es un pensador francés, autor de importantes trabajos de filosofía y economía, entre ellos *La economía del diablo*, que produjo profunda impresión en Francia, hasta el punto de que puede decirse que instaló en la agenda de discusión importantes problemas de hoy: la población, las profesiones, los salarios, el pleno empleo, la desigualdad social.

En la mencionada obra, Sauvy sostiene que la economía de mercado ha hecho que la vida humana pueda ser considerada como un bien cuyo costo aumenta o disminuye y que este costo puede, por lo tanto, calcularse matemáticamente. La reducción del presupuesto de salud, por ejemplo, aumenta indudablemente la mortalidad. Se puede, incluso, llevar una "contabilidad humana", en la que a menudo la hipocresía rivaliza con el cinismo.

Estos son sólo algunos de los infinitos dilemas éticos que pueden discutirse a partir de una concepción económica de la vida humana.

- Según la *concepción cultural*, la salud como estado de aptitud para el desempeño de roles sociales se define tan variadamente como numerosos son los roles en la sociedad. Si tomamos como ejemplo el rol laboral, que puede desglosarse en multitud de puestos de trabajo, veremos que una misma situación afectará diferencialmente a dos sujetos, según el rol que desempeñen. Por ejemplo, la inmovilización de una extremidad inferior implica falta de salud para el desempeño del rol de un trabajador de la construcción, mientras que no invalida al directivo o al técnico en el desempeño de funciones que no requieren desplazamientos.

La definición cultural de la salud según el estado de desarrollo del país de que se trate y según cuales sean los roles sociales que la persona deba cubrir, lleva a enunciar lo que se ha denominado "relatividad cultural de la salud y la enfermedad". Ello quiere decir que cada grupo social, sea tan extenso como una nación o tan reducido como un grupo familiar, poseerá una definición peculiar de salud establecida de acuerdo con lo que se considera "normal" en dicho grupo y que esta definición influye activamente en la forma de sentirse sano o enfermo de las personas pertenecientes a él.

La sola reflexión acerca de la diversidad regional que tiene nuestro país nos permite suponer múltiples situaciones que reflejan la relatividad cultural de la salud y la enfermedad existente.

Concepción de salud ideal

Supone un estado de salud no alcanzable por el ser humano en su realidad diaria. Responde a la definición teórica de una situación deseable en salud. Sin embargo tiene importancia, pues esas concepciones son guías inspiradoras de los actos cotidianos, aunque se sepa que nunca se alcanzarán plenamente dichos objetivos.

La concepción de salud ideal más conocida es la definición de la Organización Mundial de la Salud (1964), como "estado de bienestar físico, mental y social completo y no meramente la ausencia de enfermedad". Esta definición es a todas luces ideal, pues dicho estado de salud es imposible de alcanzar para toda una población; de todos modos, es una definición útil, pues sirve de guía para las actividades sanitarias que versan siempre sobre estados parciales de salud física, psíquica o social. Sin embargo, si bien esta definición ha sido un avance, el cambio es todavía insuficiente.

En realidad, la salud no puede ser considerada como un "estado", como tampoco lo es la "enfermedad". Ambas son parte de un proceso multidimensional, un proceso que podría llamarse de bienestar psicosocial. El individuo, a lo largo de su vida, se desplaza sobre un eje salud-enfermedad (y muerte), acercándose ya a uno y a otro de sus extremos, según se retuerza o se rompe el equilibrio entre factores que están permanentemente interactuando: estos factores son físicos, biológicos, psicológicos, sociales, culturales y ambientales.

Es evidente que de la concepción de salud ideal conviene pasar a considerar niveles aceptables o inaceptables, que estarán condicionados por la situación global de cada sociedad.

Se podría entonces conceptualizar la salud como "la posibilidad que tiene una persona de gozar de una armonía bio-psico-social al interrelacionarse dinámicamente con el medio en el que vive".

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

Así, el hombre tendrá salud en la medida en que pueda resolver los conflictos que se le plantean, lo cual implica, fundamentalmente, considerarlo como ser activo que participa en el logro de su salud.
Individuo como unidad Ambiente físico-biológico Y SALUD bio-psico-social ---sociocultural



Podría decirse, entonces, que un individuo se considera *sano* cuando:

- no presenta signos de enfermedad ni padece una enfermedad inaparente que podría curarse;
- padeciendo una enfermedad incurable, ésta puede ser controlada sin que se acorte su vida ni disminuya su actividad;
- aun teniendo una notoria incapacidad, esté acostumbrado/a a vivir con la enfermedad y esté integrado/a en su medio social;
- luche contra las dificultades ambientales sin dejarse dominar por la melancolía, la angustia o la desesperación;
- no viva con la preocupación obsesiva de la enfermedad y la muerte.

La salud así entendida se asocia con la vida, con la capacidad de vivir con el menor sufrimiento posible y de luchar para reproducir la vida; tanto satisfactoriamente para el individuo como para los conjuntos sociales.

Representaciones sociales del estado de salud ideal

Para acercarse a la idea de salud o de enfermedad en una población, se puede- partir, como hemos visto, de diversas definiciones y de diferentes niveles de abstracción acerca de ellas. Sin embargo, sabemos que estas conceptualizaciones de los profesionales de la salud coinciden sólo en parte con las de la población.

La representación acerca del estado de salud ideal no es independiente de otros componentes de la concepción del mundo sostenida por las personas. Así, las representaciones sobre este tema cubren un espectro que abarca desde una concepción "organicista", en la que el estado de salud ideal incluye sólo la dimensión del cuerpo y su buen funcionamiento, desgajado de la unidad psicofísica, hasta un modelo que podríamos llamar "mentalista", en el que el estado de ánimo es la medida de la valoración del buen o mal estado de salud. La atención al sí mismo y al equilibrio interior son factores relevantes para los sujetos que definen de este modo el estado de salud ideal.

Entre estos dos polos figura el reconocimiento de la integración cuerpo-mente como estado de salud ideal.

concepción organicista - *integración cuerpo-mente* - *concepción mentalista*

En un estudio realizado con jóvenes argentinos entre 15 y 19 años², encontramos que: "un 34% sustentaba el criterio de la salud 'orgánica', el 25% el de la salud 'psíquica' y el 41% el de la salud como integración psico-física. Estos porcentajes varían según nos refiramos a varones o mujeres. En efecto, los varones mantienen en mayor proporción el criterio de la salud orgánica, privilegiando así el ámbito de 'lo corporal' se inclinan en mayor porcentaje por la salud 'psíquica'. Sería de interés reflexionar acerca de esta variación explicable, sin duda desde una perspectiva de género, o sea aquello que se espera socialmente de los varones y de las mujeres."

² Kornblit, A. (1996). *Culturas juveniles*. Instituto de Investigaciones Gino Germani/Oficina de Publicaciones CBC, Universidad de Buenos Aires. En esta obra se analizan aspectos referidos a jóvenes entre 15 y 19 años, de clase media, que viven en distintos centros urbanos del país -Ciudad de Buenos Aires, un partido del Gran Buenos Aires, Bariloche y Neuquén- en relación específicamente con cuestiones de trabajo y salud, por ser "...dos ejes capitales, en torno a los cuales se

Otra dimensión del estado de salud ideal se refiere a la ausencia de síntomas o de enfermedades, criterio de definición de la salud denominado "negativo", no en el sentido valorativo sino en término de cómo se construye la definición. Por el otro lado, cabe que el concepto se construya de modo "positivo", teniendo en cuenta la realización de conductas saludables. En este último caso, el estado de salud ideal se define por la búsqueda activa de estados saludables, como alimentarse bien, realizar deportes, cuidarse en general y, al mismo tiempo, evitar conductas riesgosas para la salud, como fumar, beber en exceso, consumir drogas, etcétera.

Del estudio mencionado surgió que:

“...aproximadamente un tercio de los jóvenes expresó su adhesión a la idea de la salud como ausencia de enfermedad, mientras que los dos tercios restantes mencionan como estado de salud ideal la adopción de conductas saludables, ya sea en el sentido positivo (40%) o en el sentido de evitar conductas de riesgo (20%).

Es interesante señalar que el criterio de evitar conductas de riesgo es adoptado en mayor proporción por las mujeres, quienes parecen tener así una mayor conciencia acerca de la propia responsabilidad en la conservación de la salud, coincidiendo con lo descrito en la literatura respecto del rol femenino en la familia en cuanto al velar por las acciones vinculadas con la salud de todo el grupo.”

Puede concluirse, pues, que existe entre buena parte de los jóvenes una conciencia de la necesidad de adoptar una posición activa en relación con el logro de un buen estado de salud, aunque es importante destacar que esto ocurre particularmente en las mujeres y no tanto en los varones.

En otra Investigación realizada con familias de la Ciudad de Buenos Aires³, se observó que éstas conceptualizaban la salud refiriéndose a diversos aspectos de la vida cotidiana tales como alimentación, hábitos de vida, consulta al sistema médico, práctica de gimnasia y deportes, bienestar intrapsíquico e interpersonal, abrigo, higiene, vida al aire libre y prácticas religiosas. Cabe destacar que, según el nivel socioeconómico al que pertenecían, cada uno de estos aspectos fueron connotados de modo diverso.

Las autoras del estudio mencionado describen de este modo las concepciones de salud que sostienen las familias según los estratos sociales a los que pertenecen.

“En las familias del *estrato alto y medio alto*, las menciones que realizan están ligadas en general a prácticas que tienden a lograr estándares más altos en la calidad de vida. Entonces, en la alimentación aparece la idea de régimen alimentario, la posibilidad de respetar la selectividad de los gustos de los distintos miembros de la familia, y en algunos casos, el intento de romper con los hábitos de la familia de origen, con miras a un mejor equilibrio nutricional adaptado a las necesidades de la vida “moderna”. En la misma línea se enfatiza la práctica sistemática de deportes o gimnasia, especialmente en los hijos. En estas familias es muy marcada la importancia que asignan a la consulta médica oportuna, y aun anticipatoria. En este estrato se plantea el tema de la salud mental como un aspecto importante a ser tenido en cuenta en la concepción de salud, en este sentido enfatizan la integración familiar y la comunicación entre padres e hijos.

han verificado en las últimas décadas cambios sustanciales en cuanto a las valoraciones y a las representaciones sociales que de estos temas tienen los jóvenes”.

³ Prece, G., Necchi, S., Schufer, M., Adamo M. (1988). "La salud: una tarea cotidiana". *Tercer Seminario-Taller de Investigación en Ciencias Sociales y Salud*. Secretaría de Ciencia y Técnica, Ministerio de Educación y Justicia. Investigación realizada con entrevistas en profundidad a familias residentes en la Ciudad de Buenos Aires de distintos estratos socioeconómicos: alto y medio alto (profesionales, ejecutivos, empresarios), medio y medio bajo (pequeños comerciantes, "cuenta propistas, empleados en relación de dependencia), y bajo (trabajadores manuales estables e inestables).

En el *estrato medio y medio bajo*, el acento está puesto en la necesidad de control en los distintos hábitos de vida. Así, se hace referencia frecuentemente a llevar una vida sin sobresaltos, evitar disgustos, no despilfarrar, no fumar ni beber, no comer lo que haga mal, no comer en exceso, preferir lo 'natural'. En algunas familias de este estrato se alude también a la variedad en las comidas y al hecho de que el comer constituye un hábito placentero a través del cual se conservan tradiciones familiares y se exterioriza el afecto.

Por último, en el *estrato bajo*, en lo que hace a la alimentación, se remarca la cantidad de alimentos a ingerir y casi no se hace mención a la calidad de los mismos. La frase que ilustra más acabadamente esta situación es: '*la comida... lo que se pueda...*

abundante, que no falte'. Hacen hincapié en las necesidades de abrigo e higiene en su vida cotidiana dada la precariedad de sus condiciones habitacionales. Mencionan también el control de los excesos en el beber, fumar y trasnochar."

Estos ejemplos muestran las diferencias en cuanto a la concepción de salud que tienen los sectores de la sociedad. Se diferencian, en un caso, por la edad y, en el otro, por el nivel socioeconómico al cual pertenecían las familias.

Salud y prácticas culturales

Así como hemos visto que la concepción de salud se entiende necesariamente dentro de una cultura particular que conforma e influye fundamentalmente en el modo en que ésta se experimenta, lo mismo ocurre con la enfermedad. Las creencias sobre la enfermedad dan forma a los síntomas de quien las sufre y también dan cuenta de su ubicación social. La cultura forma parte de la naturaleza misma de la enfermedad.

Las diferencias culturales se refieren a las maneras diversas de resolver la relación de los seres humanos con su entorno natural y social. Asimismo, en todas las culturas existen diversidades según niveles socioeconómicos, sexo, edad, religión, etcétera. Estas diversidades culturales influyen en la forma de pensar y actuar de las personas, por lo que la significación de la enfermedad y las implicaciones que tenga para cada sujeto tendrán características particulares, construyéndose así formas singulares de padecimiento.

Las definiciones que el común de la gente tenga sobre su padecimiento condicionan los tipos de ayuda buscada y las percepciones de las ventajas del tratamiento.

La resistencia a seguir las indicaciones terapéuticas, el consumo autónomo y por propia iniciativa de fármacos, la resistencia y/o incapacidad de asumir comportamientos preventivos, son todos factores que no pueden ser explicados y comprendidos sólo en términos de eficacia-no eficacia del sistema de salud. Todos ellos constituyen aspectos parciales de un fenómeno mucho más amplio vinculado con el hecho de que las personas tienen ideas, que a su vez se traducen en comportamientos, sobre lo que hay que hacer o evitar para mantenerse sano o para curar las enfermedades, en definitiva, sobre lo que es relevante respecto de su salud.

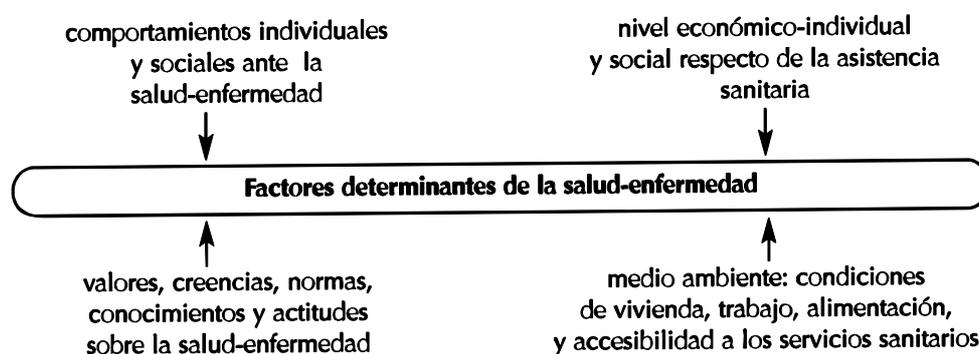
Existe, pues, un complejo mundo de creencias, valores, normas, conocimientos y comportamientos ligados explícitamente a la salud, que interaccionan permanentemente con la medicina oficial y que informan no sólo de las modalidades de gestión de la salud, sino también de la relación que el sujeto tiene con su cuerpo, con la alimentación, con los hábitos de vida, con el tiempo libre, con el conjunto de los servicios sanitarios, etcétera.

Considerar los comportamientos ligados a la salud y a la enfermedad como expresión de un sistema de creencias permite modificar algunos esquemas interpretativos y plantear la hipótesis de que los significados atribuidos a la salud y a la enfermedad dan razón y explican las acciones realizadas por una persona para afrontar una patología o para preservar su salud.

A partir de esta hipótesis interpretativa, los significados atribuidos a la enfermedad constituyen un filtro a través del cual el sujeto selecciona sus estrategias de acción, que no deben necesariamente presuponer la consulta al médico, sino que podría hacerlo aun familiar, aun amigo, a un curandero o aun sacerdote o permanecer sin consultar a nadie.

En el proceso de atribuir significado a su experiencia de enfermedad, el paciente no inventa los significados sino que usa los significados y las interpretaciones que su entorno social le proporciona y que él ha hecho suyos. Por ello, es posible predecir en buena medida la conducta de un conjunto de individuos sin tener en cuenta sus características individuales, sino refiriéndose únicamente al contexto sociocultural en el que participan.

Lo que cualquier persona reconoce como síntoma de un mal es, en parte, una función de la desviación del estándar cultural e histórico de normalidad establecido por la experiencia diaria. Si alguien considera que está enfermo y que necesita ayuda médica, lo probable es que encuentre aceptación y apoyo dentro de su medio cultural, siempre que muestre síntomas que a juicio de otros indican un mal y si los interpreta del modo que a los demás les parezca adecuado.



Concepciones y vivencias de enfermedad

Varios trabajos interculturales confirman la existencia de ideas populares sobre la enfermedad y señalan diversos modos de pensar las causas de las enfermedades. Estos modos de pensar constituyen "lógicas" que permiten entender la realidad "enfermedad".

Pueden distinguirse las siguientes lógicas de comprensión de la enfermedad:

- una *lógica de degeneración*, en la cual la enfermedad sigue al desgaste del cuerpo;
- una *lógica mecánica*, en la cual la enfermedad es resultado de bloqueos o de daños a estructuras corporales;
- una *lógica de equilibrio*, en la cual la enfermedad sigue a la ruptura de la armonía entre las partes o entre el individuo y el medio; y
- una *lógica de invasión*, que incluye la teoría del germen y otras intrusiones materiales de las que resulta la enfermedad.

Estas lógicas implican concepciones de enfermedad que responden a la medicina científica en cuanto a centrarse en síntomas, causas y terapias de enfermedades. Otro punto de vista sugiere que los conceptos vinculados con la enfermedad operan como *símbolos* que se relacionan con una amplia variedad de experiencias propias de una cultura. Los conceptos comunes de enfermedad no sólo nombran entidades en el cuerpo, también son imágenes poderosas asociadas con otros órdenes de la vida.

Puede hablarse de cuatro aspectos del fenómeno enfermedad para el individuo:

- *estar* enfermo, es decir, sufrir alteraciones a causa de enfermedades en el cuerpo y en sus funciones;
- *sentirse* enfermo, es decir, percibir tales modificaciones en el propio organismo;

- *identificar* la enfermedad basándose en los conocimientos adquiridos en su época y referidos al tema;
- *poder* estar enfermo, lo cual depende tanto del tipo de enfermedad como de los roles sociales que desempeña el sujeto.

Siguiendo esta línea de razonamiento, pueden mencionarse dos términos que se vinculan con las palabras inglesas *illness* y *disease* cuyos significados interesan para la reflexión sobre estos temas. La primera, que traducimos como *dolencia* o *padecimiento*, de índole subjetiva, resulta de alteraciones de la salud reconocidas y descritas por el individuo afectado, por lo que su carácter, duración y severidad depende no solamente de las causas físicas de esas alteraciones sino de las características del paciente y sus circunstancias. "Disease", en cambio, es una condición objetiva y reconocida mediante la mirada profesional, sería lo que la medicina considera como *enfermedad* y puede evaluarse, por ejemplo, a través de pruebas de laboratorio. Los pacientes sufren de dolencias, los médicos diagnostican y tratan enfermedades; o sea que podría decirse que *el paciente consulta al médico por una dolencia y regresa a su casa con una enfermedad*.

Por otro lado, las enfermedades son evaluadas de manera distinta según la sociedad, la época y las características de la persona que se enferma. Algunas enfermedades han sido consideradas a lo largo de la historia como estigmatizantes. Es el caso de las enfermedades de transmisión sexual, consideradas como peligrosas por el riesgo directo para la salud de los otros, por la necesidad de descargar las miserias de la comunidad en un chivo expiatorio y por las dificultades y las angustias que la enfermedad introduce en la convivencia familiar y social.

El caso del sida es paradigmático, ya que las personas son consideradas enfermas antes de estarlo, y esto las lleva a una "muerte social antes que a la muerte física", ya que se las margina, no se las selecciona para empleos, etcétera. Un proceso similar ocurre con el cáncer, cuya representación social es también altamente negativa.

Esta actitud generalizada hacia la enfermedad puede determinar reacciones emocionales y/o conductuales pesimistas y desesperanzadas, tanto en los sujetos sanos como en quienes han pasado a la condición de enfermos. El individuo "rotulado" como enfermo, luego del diagnóstico médico, recurre a la información existente en su medio social acerca de su enfermedad y adopta un determinado modo de pensar, sentir y reaccionar frente a ella. Por todo esto, para comprender las reacciones de los pacientes, por ejemplo, oncológicos o que viven con el virus del VIH, es fundamental considerar la representación cultural que el paciente tiene de la enfermedad, así como la actitud y el conocimiento que tiene acerca de ella. Todos estos factores darán cuenta de cómo el paciente vive su proceso y de esta vivencia surgirán las estrategias que pondrá en juego para convivir con su enfermedad.

De acuerdo con lo expuesto, podría decirse, a manera de síntesis, que el paciente es un ser activo, responsable y creativo en el mantenimiento y en la recuperación de su salud; que la enfermedad es una dolencia personal pero también una construcción social y cultural y que la conducta adoptada al respecto debe comprenderse en el contexto familiar, institucional y social más amplio en el que se desarrolla.

La percepción de enfermedad y la consulta médica

Las desigualdades que se registran en toda comunidad en relación con la demanda de la atención médica deben explicarse también por el grado de interés y atención que prestan determinados conjuntos sociales a las sensaciones mórbidas y al cuerpo mismo y por los umbrales de intensidad a partir de los cuales los individuos consideran anormal una sensación, por ejemplo, el dolor.

Este conjunto de normas conforman distintas culturas somáticas o corporales (modos de pensar y sentir el cuerpo) y regulan las conductas de las personas respecto del proceso salud-enfermedad-atención. Resultan del lugar que las personas ocupan en la red de relaciones sociales en que se desempeñan y están condicionadas principalmente, aunque no absolutamente, por las situaciones materiales de existencia. El carecer de un termómetro, aunque parezca un hecho trivial, puede opacar la severidad de un cuadro de fiebre elevada.

Entendemos, pues, que la percepción de la propia enfermedad está influida por la cultura y, a su vez, el sentirse enfermo está íntimamente relacionado con la percepción del propio cuerpo.

El fenómeno de la percepción de enfermedad se inscribe dentro del proceso general de la percepción. Éste es esencialmente *selectivo*, dado que no percibimos todos los estímulos a los que estamos expuestos. La percepción implica una organización y reorganización de los estímulos en busca de sentido y una *preparación* para percibir. Las posibilidades de percibir son diversas y están socialmente condicionadas. Algunos de sus condicionantes son estructurales (sexo, edad, nivel socioeconómico) y otros, propios de la biografía personal, o sea, todo lo incorporado a partir de las experiencias vividas. Estas consideraciones sobre la percepción son igualmente válidas para las situaciones de riesgo de enfermar o morir.

Algunos de los factores que condicionan la percepción de las sensaciones relativas a la salud y la enfermedad son los siguientes:

- La riqueza y la precisión del vocabulario del individuo y su capacidad para manipular y memorizar las taxonomías mórbidas-o sea la denominación y la clasificación de enfermedades- que la medicina provee. Esta aptitud discursiva está desigualmente distribuida en la población y se relaciona especialmente con el grado de escolarización alcanzado. "Lo que no puede expresarse no existe".
- El estrato socioeconómico al cual se pertenezca. En los sectores populares, la cultura somática -ese poder sentir, escuchar al cuerpo- es escasa y la lucha por la supervivencia "eclipsa" la temática de la salud; la imposición de conseguir el sustento diario hace que se retarde la concurrencia a la consulta médica y, a veces, dificulta el registro de las molestias hasta que éstas se imponen cuando ya es imposible no registrarlas.
- La falta de educación sanitaria, que dificulta la identificación de la enfermedad.
- El uso intensivo del cuerpo -característico de los estratos socioeconómicos bajos- actúa también como un factor de negación de los síntomas al elevar el "umbral" para sentirse enfermo.
- El momento evolutivo y la intensidad de la enfermedad: cuando el síntoma es muy alarmante o el dolor es muy intenso, se hace difícil negarlo. En su inicio, muchas enfermedades son asintomáticas y otras se mantienen así aun habiéndose instalado.
- El género, ya que son las mujeres, en general, las que se muestran más perceptivas a las sensaciones del cuerpo; influyen, para que así sea, la maternidad, la habitual mayor responsabilidad por el cuidado de la salud de su familia y el que constituyan las interlocutoras "naturales" del sistema médico, sobre todo en sociedades con alto grado de medicalización, como son las occidentales. Anticoncepción, embarazos, partos y la atención pediátrica de sus hijos son momentos en los que las mujeres se ven compelidas a mantener un contacto fluido con los profesionales de la salud. Los hombres, en cambio, se resisten a asumir el rol de enfermo, ya que lo viril se identifica en nuestra cultura con la fortaleza física y anímica. El rol de proveedor principal del sustento familiar acentúa esta resistencia.
- La edad es otro determinante importante. Los niños y los ancianos, por ejemplo, son los que están más presentes en la historia de salud familiar, por su mayor vulnerabilidad y por la conciencia que existe en la población respecto de su indefensión.

El percibirse enfermo puede conducir hacia la puerta de entrada del sistema de atención de la salud, si el paciente decide consultar. Pero la accesibilidad al sistema está condicionada por factores geográficos, económicos, jurídicos y psico-socio-culturales que dan forma al concepto de accesibilidad cultural.

Son las familias que menos enfermedades crónicas declaran, lo que denota una percepción más aguda y una manera de nombrar ciertas enfermedades que los distingue de los de otros estratos. Tienen una percepción de enfermedad más concordante con la medicina oficial, registran más que en otros estratos los malestares leves y padecen trastornos graves en menor proporción. En sus conductas se nota la asimilación positiva de los mandatos médicos: están entrenados para observar la evolución de los síntomas, supeditando el consumo de medicamentos a la consulta médica.

Teniendo en cuenta que los trastornos son de carácter leve, se consulta más e inmediatamente al médico que en otros estratos. Tienen pautas familiares, culturales y económicas que les permiten cuidarse más, ya que resultan ser los que más suspenden toda rutina diaria para recuperar su salud. La mayoría de los episodios que relatan no necesitan de cuidados especiales; sin embargo, recurren más frecuentemente que las familias de otros estratos.

Las familias del *estrato medio* cubren la atención de su salud a través de su afiliación a una o más obras sociales y, en algunos casos, también pagan un seguro de salud.

Con respecto a las enfermedades crónicas, dicen padecer nerviosismo en mayor proporción que en los otros estratos. Parecieran ser las familias que más se enferman, ya que son las que declaran mayor proporción de episodios y las que más los califican como severos. Frente a la aparición de la enfermedad guardan cama, suspenden la alimentación habitual, y necesitan ser tranquilizados en mayor proporción que los de otros estratos. La automedicación a partir de este estrato comienza a ser significativa.

A pesar de estos recaudos, recurren al médico en importante proporción, aunque algunos lo hacen tardíamente. Tal vez por las características de sus dolencias o por sus formas de enfrentar la enfermedad son los que más tienden a suspender algunas de sus obligaciones habituales. Finalmente, estas familias se organizan alternando los roles del cuidado del enfermo más que otras: es el único estrato donde aparece con mayor frecuencia el padre-esposo colaborando en la atención del enfermo.

Las familias del *estrato medio bajo* tienen asegurada su salud en su mayoría con obras sociales, si bien una cuarta parte de ellas pagan un seguro privado. Dicen tener entre sus miembros

más enfermos crónicos que en otros estratos; declaran una variedad mayor de dolencias y principalmente aluden a trastornos digestivos y reumatismo o artrosis.

Están entre las familias que más perciben episodios, a los que califican en gran proporción como malestares leves. Frente a ellos, tienden a automedicarse tal vez porque son las que menos acuden al médico. Cuando consultan, lo hacen tempranamente. Por padecer trastornos leves, suspenden menos sus actividades habituales, cuidándose solos en muchos casos.

Las familias del *estrato bajo* son las que presentan mayor desprotección en cuanto a la cobertura de salud: una cuarta parte de ellas dicen no tenerla. La mayoría cuenta con una sola obra social. Declaran alta presencia de enfermos crónicos entre sus miembros: las várices y hemorroides y el nerviosismo son las enfermedades que más los aquejan.

Tienen menor capacidad para percibir los malestares leves como enfermedad, razón por la cual declaran menos episodios. Sin embargo, son los que presentan mayor proporción de episodios graves. Frente a la aparición de la enfermedad tienden a consumir medicamentos antes de consultar al médico y son los únicos que aún conservan algunas prácticas de medicinas caseras populares. Cuando consultan al sistema médico, lo hacen tardíamente, acuciados por la severidad de sus síntomas. A pesar de padecer más dolencias severas y graves, continúan con su vida habitual, ya que no pueden permitirse la suspensión de sus actividades. Esto redundando en que tengan mayor proporción de internaciones que en otros estratos. El cuidado del enfermo recae especialmente sobre las madres-esposas ya que no lo comparten con el hombre ni cuentan con ayuda como en otros estratos. Tal vez el hecho de vivir en una compleja ciudad como Buenos Aires, acentúa el aislamiento y dificulta el uso de redes solidarias tan comunes entre las familias de sectores populares de las zonas suburbanas."

Este ejemplo muestra cómo cada cultura, en este caso la de los grupos familiares, se vincula de un modo particular con la enfermedad, desde el modo de reconocerla y de nombrarla hasta la forma de enfrentarla.

A modo de síntesis, podríamos decir que en torno del proceso salud-enfermedad hay una configuración de ideas, valores y normas generadas y aprendidas socialmente, a su vez condicionadas por características estructurales, de accesibilidad económica, cultural, jurídica, etc. que posibilitan o dificultan la adopción de conductas saludables por parte de la población.