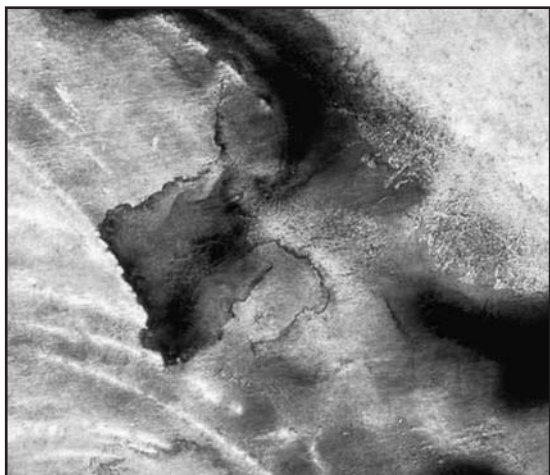


INFLUENCIA DEL MODELO HEGEMÓNICO BIOMÉDICO EN LA CONCEPCIÓN Y DESARROLLO DE LAS TERAPIAS ALTERNATIVAS

Gómez-Pérez D*, Palacios-Ceña D**

**Diplomado en Enfermería y estudiante de Antropología Social y Cultural.*

***Diplomado en Enfermería y licenciado en Humanidades.*



INFLUENCE OF HEGEMONIC BIOLOGIC PATTERN IN CREATING AND DEVELOPING ALTERNATIVE THERAPIES

SUMMARY

The presence of a system of ideological beliefs and previous expectations may influence and change the adopting different strategies or taking another actions within the process of health/disease care. This circumstance entails some especial meaning when referring to the core of relationship doctor/patient. The biomedicine is one of the established forms of care and disease in most of different societies and has become (the medical hegemonic pattern) identified as the most accurate and efficient procedure to meet health/ disease process. Being subjective when considering disease and its management by the individual means searching new therapies and alternatives to give an answer to all type of needs and not just simply curing them, something that for the time being and through biomedicine only has not yet been fulfilled. Of course, this option is not

exempt from the exposure to a medical treatment. Hence the importance of a deep study together with its relationship with present hegemonic medicine because current users of alternative therapies and traditional medicine may have certain knowledge in biomedicine and therefore some sort of expectations in scientific know-how regarding the use of such alternative therapies.

Key words (DeCS): Alternative therapies, cultural anthropology, traditional medicine, alternative therapies, transcultural nursing and holistic nursing.

INFLUÊNCIA DO MODELO HEGEMÔNICO BIOMÉDICO NA CONCEPÇÃO E DESENVOLVIMENTO DAS TERAPIAS ALTERNATIVAS

RESUMO

A presença de um sistema ideológico de crenças e expectativas prévias influi e pode modificar na adoção de outras estratégias ou ações dentro do processo de saúde-doença e atendimento. Essa situação adquire características especiais dentro do núcleo da relação médico-paciente. A biomedicina constitui uma das formas institucionalizadas de atenção da enfermidade e, em grande parte das sociedades, tem chegado a ser (o modelo médico hegemônico) identificada como a forma mais concreta e eficaz de atender o processo saúde-doença. Da importância da subjetividade na enfermidade e do manejo da mesma pelo indivíduo deriva a busca de novas alternativas e terapias para dar resposta às necessidades e não somente a cura da doença, e que por meio da biomedicina não tem sido encontrada. Essa escolha, tampouco, está isenta da exposição

de uma medicalização. Com isso, a importância do estudo de terapias alternativas, considerando as relações com a medicina hegemônica atual, porque os usuários de terapias alternativas e complementares podem ter uma inculturação na biomedicina, sendo, portanto, respeitada a expectativa de “cientificidade” quanto ao uso dessa modalidade de tratamento.

Palavras-chave: Terapias alternativas e complementares, antropologia cultural, medicina tradicional, enfermagem transcultural e enfermagem holística.

RESUMEN

La presencia de un sistema ideológico de creencias y expectativas previas influye y puede modificar en la adopción de otras estrategias o acciones dentro del proceso de salud/enfermedad /atención. Esta situación adquiere características especiales dentro del núcleo de la relación médico/paciente. La biomedicina constituye una de las formas institucionalizadas de atención de la enfermedad y, en gran parte de las sociedades, ha llegado a ser (el modelo médico hegemónico) identificada como la forma más correcta y eficaz de atender el proceso salud/enfermedad. De la importancia de la subjetividad en la enfermedad y del manejo de la misma por el individuo deriva la búsqueda de nuevas alternativas y terapias para dar respuesta a las necesidades y no solo la cura de la enfermedad, y que a través de la biomedicina no ha sido encontrada. Esta opción tampoco está exenta de la exposición de una medicalización. De ahí la importancia de su estudio junto a sus relaciones con la medicina hegemónica actual porque los usuarios de las medicinas alternativas y complementarias puede que tengan una enculturación en la biomedicina, y por tanto alguna expectativa también de “cientificidad” respecto al uso de esas terapias.

Palabras clave (según DeCS): Terapias alternativas y complementarias, antropología cultural, medicina tradicional, enfermería transcultural y enfermería holística.

INTRODUCCIÓN

La presencia de un sistema ideológico de creencias y expectativas previas influye y puede modificar en la adopción de otras estrategias o acciones dentro del proceso de salud/enfermedad. La presencia de un modelo previo hegemónico como es el de la medicina occidental puede dificultar la integración de otras medicinas complementarias y alternativas (MCA) que pueden ayudar en la integración de la persona enferma como un todo, como persona dentro de un entorno, con unas expectativas e influida por una cultura y un conjunto de creencias y valores que le son propios.

El objetivo de este trabajo es:

- Describir cómo el modelo hegemónico sanitario ha ido integrando modelos subalternos de medicinas alternativas y complementarias.
- Detallar las principales características de las transacciones entre los modelos.

DESARROLLO

Dentro de la medicina occidental se puede preguntar en que medida unos aspectos son considerados aptos he incorporados al cuerpo de conocimientos dentro de esta disciplina y cuales no. El método básico empleado es el método científico y junto a este el empleo de la epidemiología como instrumento básico para estudiar determinados fenómenos ha sido vital, gracias a estudios del tipo de cohortes, caso y control, ensayos clínicos, seguimientos de casos, etc. Pero aunque no vamos a tratar aquí cómo se ha desarrollado esta cuestión históricamente ni cómo ha llegado a ser este y no otro el modelo hegemónico, en este punto, la valoración, estudio y clasificación de la clínica ha sido fundamental.

Durante los tres últimos siglos muchos han sido los aportes a la clínica que han confirmado sus hallazgos provenientes entre otros de los campos de la anatomía, fisiología, anatomía patológica, antropología, cirugía, laboratorio clínico, microbiología, radiología, genética, inmunología e higiene social. En el último medio siglo la revolución científica técnica con sus impredecibles adelantos le ha planteado a la clínica nuevos caminos que para algunos, sin caer en posturas retrógradas en la

medicina, la pueden llevar a ser una práctica deshumanizada de la atención al enfermo, que hace pensar en la necesidad de un nuevo retorno al legado hipocrático. Como cita Menéndez (2003): “Actualmente la posibilidad de establecer diagnósticos y tratamientos no se depositan en el análisis de los síntomas, ni en los signos detectados por el “ojo” y “mano” clínicos, sino en los signos producidos por diferentes tipos de análisis, es decir por pruebas objetivas, lo cual ha tenido consecuencias no sólo para la relación médico/paciente, sino para la identificación profesional del médico consigo mismo.(...) Esta situación de exclusión de la dimensión histórica del saber médico adquiere características especiales si las referimos a lo que actualmente es el núcleo de la relación médico/paciente, es decir la prescripción del tratamiento, que en gran medida es la prescripción de medicamentos”.

Pero a través de todo este proceso en el que se ha ido conformando el modelo asistencial hegemónico biomédico se ha ido produciendo un proceso de exclusión de la palabra en la relación profesional sanitario/paciente, lo que evidencia que la biomedicina se ha convertido en una disciplina /profesión centrada en el signo que excluye cada vez más al síntoma. Según Menéndez (2000): “...Los antropólogos, sobre todo en los últimos años, han señalado que la posibilidad de que el paciente narre su padecimiento permite no sólo la emergencia de procesos psicológicos, sino su articulación con procesos culturales expresados a través del padecimiento, y que utilizados por el equipo de salud pueden dar lugar a una mayor eficacia terapéutica”.

Ejemplos de estas estrategias narrativas los podemos ver en los trabajos sobre “El cuerpo, la experiencia de la enfermedad y el mundo vital” y “La representación narrativa de la enfermedad” de Byron J. Good. (2003) o “Análisis de los posibles” de Rodero Sánchez, Virtudes et al (2006). Estrategias narrativas para mostrar que el significado se crea en la enfermedad y en la personificación (embodiment) y que ayudan a restituir el mundo vital del individuo que se ve afectado por la enfermedad.

Es dentro de este marco hegemónico de la medicina occidental donde aparecen y surgen las



medicinas complementarias y alternativas, muy ligadas a la eficacia simbólica. Para explicar esta y citando a Lévi Strauss (1987): “...la relación entre monstruo y enfermedad es interna a ese mismo espíritu, ya sea consciente o inconsciente; es una relación entre símbolo y objeto simbolizado, o para emplear el vocabulario de los lingüistas, entre significativo y significado. El hechicero suministra a la enferma el lenguaje en el cual pueden expresarse inmediatamente estados no formulados ni formulables de otro modo. Y el paso a esa expresión verbal (que permite, al mismo tiempo, vivir bajo una forma ordenada e inteligible una experiencia actual, pero que sería, sin todo ello anárquica e inevitable) provoca el desenlace del proceso fisiológico, esto es, la reorganización, en un sentido favorable, la secuencia cuyo desenvolvimiento ha experimentado la enferma.”

La función del especialista médico sería (Strauss, 1987): “... hacer que afloren a la conciencia conflictos y resistencias que hasta entonces quedaron inconscientes, ya a causa de su remoción por parte de otras fuerzas psicológicas, ya a causa de su propia naturaleza, que no es psicológica, sino orgánica, y hasta simplemente mecánica” y según una explicación de la cura mágica “...se trata de suscitar una experiencia, y en la medida en que esa experiencia se organiza, algunos mecanismos, situados fuera del control del sujeto, se regulan espontáneamente para desembocar en un funcionamiento ordenado”.

Así mismo es preciso resaltar la importancia de la subjetividad en el proceso salud enfermedad, y la necesidad de incluir esa subjetividad dentro del modelo biomédico, citando a Menéndez (2000): “...cuando hablamos de posibilitar la palabra del

paciente(...), dado que favorece potencialmente la elaboración diagnóstica, la selección de tratamiento y/o la colaboración terapéutica, debemos también asumir que el paciente, por diversas razones, no quiera hablar mucho sobre todo respecto a determinados aspectos que no sólo pueden explicarse por la asimetría de la relación curador/paciente, sino por la existencia de otros tipos de asimetrías, lo cual implica la necesidad de disponer de tecnologías que posibiliten la producción de la palabra o de otras formas de expresión. Pero más allá de la existencia de diferentes situaciones que pueden operar positiva o negativamente, si realmente queremos que el sujeto exprese a través de su padecer/punto de vista (*illness*) su problemática, ello supone reconocer la necesidad de disponer de un intervalo de tiempo que no siempre guarda relación no sólo con las disposiciones institucionales o con las urgencias personales, familiares y grupales. Dar la palabra al sujeto en términos de su padecimiento supone una determinada dimensión del tiempo, que en la medida que se incluyen factores culturales hacen más complejo el manejo de dicha temporalidad”.

De la importancia de la subjetividad en la enfermedad y del manejo de la misma por el individuo deriva la búsqueda de nuevas alternativas y terapias para dar respuesta a las necesidades y no solo la cura de la enfermedad, y que a través de la biomedicina no ha sido encontrada.

Las medicinas complementarias y alternativas

Según Menéndez (2003): “Lo que domina en las situaciones actuales, dentro de los diferentes conjuntos sociales estratificados que las constituyen, y más allá de la situación de clase o de la situación étnica, es lo que se conoce como pluralismo médico, término que se refiere a que en nuestras sociedades la mayoría de la población utiliza potencialmente varias formas de atención no sólo para diferentes problemas, sino para un mismo problema de salud.”

“En las sociedades (...) más desarrolladas se estarían incrementando actualmente las denominadas medicinas alternativas o paralelas, y si bien dicho incremento sería en cierta medida, una reacción a determinadas características de las orientaciones biomédicas, éste no es sin embargo el factor

decisivo, por lo menos respecto de determinados procesos”

“Otro proceso importante a considerar es la presencia en las sociedades denominadas occidentales de formas de atención a la salud que corresponden a saberes médicos de otros sistemas muy distintos al occidental. Los casos más conocidos son los de la acupuntura y la digitopuntura, pero debe subrayarse que en varios países europeos y latinoamericanos se han asentado y desarrollado la medicina mandarina o la medicina ayurvédica en contextos donde previamente no existían estas concepciones académicas”.

Pero ¿qué se entiende o qué podemos entender por medicina complementaria o alternativa (MAC)? La OMS en su estrategia sobre medicina tradicional 2002-2003 asume la variabilidad del pluralismo asistencial, pues entiende como medicina alternativa “... un término amplio utilizado para referirse tanto a los sistemas de medicina tradicional como por ejemplo la medicina tradicional China, el ayurveda hindú y la medicina unani árabe, y a las diversas formas de medicina indígena. Las terapias de la medicina tradicional incluyen terapias con medicación, si implican el uso de medicinas con base de hierbas, partes de animales y/o minerales, y terapias sin medicación, si se realizan principalmente sin el uso de medicación, como es el caso de las terapias manuales y las terapias espirituales...” (Perdiguero, 2004). Claro que esta definición tampoco está exenta de la exposición de una medicalización.

No se trata de analizar en un frente a frente el saber biomédico con el saber de las CAM. Existen unas relaciones de hegemonía y de poder que son evidentes, pero estas relaciones de poder no están descartadas tampoco en una consulta alternativa. Además las relaciones entre las diferentes culturas que se confrontan en cualquier encuentro terapéutico no son simétricas en ningún caso. La enfermedad y los procesos de salud, enfermedad y atención (*s/e/a*) son parte esencial de los conjuntos sociales. Este proceso *s/e/a* no se define en términos duales de salud/enfermedad a partir de instituciones o profesiones, sino, se define en términos de proceso *s/e/a* como hechos sociales. Porque el eje *s/e/a* constituye además una de las áreas de la vida colectiva donde se estructuran la mayor parte de

las simbolizaciones y representaciones colectivas, como ya exponía Menéndez, en todas las sociedades. Se debe entonces señalar la importancia del padecimiento como uno de “los principales ejes de significación colectiva”.

De ahí la importancia de su estudio junto a sus relaciones con la medicina hegemónica actual. Pero ¿cuál es el uso que se da a las MAC?, ¿cuál es la base de su eficacia?, ¿cuáles son las expectativas de las personas que acuden a ellas? porque los usuarios de las MAC puede que tengan una enculturación en la biomedicina, y por tanto alguna expectativa también de “cientificidad” respecto al uso de las MAC.

En este punto no existen suficientes trabajos que den respuestas a las múltiples cuestiones planteadas. Perdiguero en su trabajo sobre el pluralismo asistencial, muestra que con los datos que tenemos actualmente resulta imposible hacerse una idea de cuál es la realidad del pluralismo asistencial ni de cuales son el tipo de transacciones que se suceden desde la biomedicina a las MAC o viceversa y de cómo las utilizan la población.

Si bien, algunas corrientes, aluden al surgimiento y la utilización de las MAC, a partir de una crisis del modelo médico hegemónico, para resolver determinados padecimientos y que condujeron desde más o menos la década de los años sesenta al cuestionamiento de la biomedicina y sus bases por un lado y a la recuperación de una serie de concepciones y prácticas “alternativas” que ponían en duda, no sólo la eficacia sino también la ideología de la denominada medicina científica. No se puede reducir su origen a esta supuesta crisis periódica, pues por otra parte: “La biomedicina tiende continuamente a expandirse directa o indirectamente sobre las prácticas y representaciones populares; no sólo se va constituyendo en parte de las mismas, sino que su proceso expansivo suele exigir que otras formas de atención de la enfermedad adquieran un carácter subalterno, que supone en determinados casos la apropiación de dichas formas de atención, a partir de incluirlas en su racionalidad, técnica e ideológica. Uno de los casos más frecuentes es de la acupuntura” (Menéndez, 1994).

Pero es que en el proceso de s/e/a y el estudio sobre las MAC hay que tener en cuenta que igual que la biomedicina ha demostrado a lo largo de su

historia un continuo proceso de desarrollo tecnológico y de expansión, las MAC también se caracteriza por un proceso constante de modificación, sobre todo en los últimos años.

Menéndez (1994) explica que: “El proceso de salud/enfermedad/atención, así como sus significaciones, se ha desarrollado dentro de un proceso histórico en el cual se constituyen las causales específicas de los padecimientos, las formas de atención y los sistemas ideológicos (significados) respecto de los mismos. Este proceso histórico está caracterizado por las relaciones de hegemonía/subalternidad que opera entre los sectores sociales que entran en relación en una sociedad determinada, incluidos sus saberes técnicos. (...) y dice además que: - Todas las sociedades necesitan producir estrategias de acción técnica y socioideológica respecto de los padecimientos que reconocen como tales; una de ellas es la producción de curadores reconocidos institucionalmente y autorizados para atender un determinado espectro de daños a la salud individual y colectiva”.

La biomedicina constituye una de las formas institucionalizadas de atención de la enfermedad y, en gran parte de las sociedades, ha llegado a ser (el modelo médico hegemónico) identificada como la forma más correcta y eficaz de atender el proceso salud/enfermedad. Pero ésta como otras formas doctas y/o doctoradas (homeopatía, quiropraxia, etc.) hablando en el sentido académico o populares (herbolaria y espiritualismo entre otros) de atender a los padecimientos, tienen el carácter de “instituciones”, es decir, instruyen una determinada manera de “pensar” e intervenir sobre las enfermedades y, por supuesto, sobre los enfermos. Todas tienen una ideología, cada una con sus relaciones de poder.

Por ello es fundamental el trabajo y estudio de la enfermera sobre las actuaciones de los microgrupos y los grupos sociales. Además porque el saber de todo curador, ya sea un médico de atención primaria, hospitalaria, psiquiatra o chamán, inevitablemente se aplica sobre sujetos o grupos sociales, y son estos grupos por tanto los que articulan las representaciones y prácticas recibidas del saber médico, sea este cual sea, a partir de las representaciones y prácticas que dichos grupos manejan. Y en consecuencia (Menéndez, 1994):

“...la mayoría de las actividades técnicas llevadas a cabo por curadores constituyen no sólo hechos técnicos, sino también hechos sociales, más allá de que los curadores y las instituciones médicas los interpreten o no como tales”.

Las interrelaciones de las MAC como las de la biomedicina no pueden ser entendidas si no están relacionados con el campo de los actores en el cual interactúan y centrarse así en las transacciones entre las dos partes y las funciones y significados que los grupos dan a sus prácticas.

Otro aspecto importante es no partir de una definición de las MAC como algo taxativamente diferente, opuesto y antagónico a la biomedicina. Así: “Es en el “sistema” funcionando, que veremos operar procesos de síntesis, de yuxtaposición o de exclusión de prácticas y representaciones procedentes de diferentes saberes, pero que, en los conjuntos sociales, se organizan de una determinada manera”. Además: “Todo acto técnico, proceda de un curador popular o de un médico de tercer nivel se socializa y culturaliza en la práctica concreta con el paciente, tanto desde la perspectiva del enfermo y su grupo, como desde la funcionamiento de la institución médica. (...) ya no sólo constituye un acto técnico sino un acto social” (Menéndez, 1994).

Se debe evitar discutir en abstracto las características diferencias con la biomedicina y posibilidades de las MAC, ya que dicho análisis puede conducir a conclusiones ideologizadas, que no sólo no den cuenta de la realidad, sino que tiendan a distorsionarla (Menéndez, 2003): “Si bien dichas diferencias existen, generalmente las mismas tienden a ser registradas y analizadas por los investigadores a través de las representaciones sociales e ideológicas, y mucho menos en el nivel de las prácticas sociales, es decir de las actividades desarrolladas con respecto a los padecimientos por los grupos usan las diversas formas de atención, lo cual refuerza una concepción dominante de antagonismos más que de articulaciones transaccionales entre las diferentes formas de atención”.

El anterior autor señala: “Si iniciamos la descripción a través de los sujetos y los conjuntos sociales, porque a partir de los mismos, especialmente de la trayectoria de la “carrera del enfermo” o “carrera del paciente” podemos identificar todas, o por lo menos, la mayoría de las formas de aten-

ción que intervienen en un contexto determinado, lo cual sería difícil de obtener –por muy diversas razones– si partimos inicialmente de los curadores”. Por lo tanto mediante: “...los usos y de las perspectivas de los diferentes actores significativos que podemos detectar la variedad de articulaciones que estos realizan respecto de las diferentes formas de atención que potencialmente pueden utilizar en un contexto determinado, porque la mayoría de esas articulaciones se generan a través de las acciones que los sujetos y grupos realizan para poder reducir o solucionar sus problemas” y “...a través de tomar en cuenta los procesos y factores culturales, que podemos observar la existencia de otras formas de atención de la enfermedad, cuyas principales diferencias radican no sólo en el tipo de técnicas utilizadas sino en el sentido y significado cultural con que se las utiliza, residiendo en ello gran parte de su función cultural más allá de su eficacia específica”.

Es preciso no olvidar que los usuarios de las MAC tendrán también una enculturación en la biomedicina, y por tanto alguna expectativa también de “cientificidad” respecto a su uso. Ya que por ello mantendrán unas acciones u otras y es por ello que (Menéndez, 2003): “El conjunto de estas acciones supone la existencia de un saber respecto del proceso de s/e/a dentro de los microgrupos y especialmente de los grupos domésticos, que más allá de lo erróneo o correcto de sus explicaciones causales, diagnósticos provisionarios o tipo de tratamiento, implica sobre todo la existencia de este saber, que se ejercita constantemente a través de diferentes tipos de padecer, y es a partir de este saber que se establecen las relaciones transaccionales con las otras formas de atención. Cuando un sujeto va al médico o al quiropráctico, a una curandera o a un sanador new age va generalmente con un diagnóstico provisional del padecimiento por el cual recurre a dicho cuidador.”

CONCLUSIONES

La clínica en su origen fue el primer método de obtención de datos y de comprensión del estudio de la persona enferma, pero no sólo sus signos y síntomas, sino también todas aquellas facetas que podían haber influido en su actual estado. La evolución de los instrumentos y de su codificación fue alejando a la valoración clínica del sujeto enfermo,

centrándose más en el objeto enfermedad. Esto ha derivado en un modelo hegemónico que por esa visión cartesiana entre cuerpo y mente no ha sido capaz de encontrar las respuestas adecuadas desde el punto de vista de los agentes/actores al proceso global de su salud/enfermedad/atención lo cual ha traído consigo la búsqueda de estos de nuevas respuestas a través de medicinas alternativas o complementarias. Prácticas que pese a tener una relación de subalternidad con el modelo biomédico no están exentas tampoco de relaciones de poder y cuyas transacciones tampoco podrían ser estudiadas si no atendemos a que dichas prácticas tampoco pueden ser entendidas si no están interrelacionados con el campo de los actores en el cual interactúan y para ello hemos de centrarnos así en las transacciones entre las dos partes y las funciones y significados que los grupos dan a sus prácticas.

BIBLIOGRAFÍA

- GOOD, B. (2003) Medicina, racionalidad y experiencia. Bellaterra, Barcelona.
- LÉVI-STRAUSS, C. (1987) Antropología Estructural. Paidós Básica, Barcelona
- MENÉNDEZ, E. (1994) La enfermedad y la curación. ¿Qué es la medicina tradicional? Alteridades 4 (7), 71-83.
- MENÉNDEZ, E. (2000) Factores culturales: de las definiciones a los usos específicos. En Medicina y cultura (Perdiguero, E. y Comelles, J.ed) Bellaterra, Barcelona pp. 163-188.
- MENÉNDEZ, E. (2003) Care illness models: theoretical exclusions and practice articulations. Ciênc. saúde coletiva [edición digital], vol. 8, no. 1, pp. 185-207. Disponible en: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000100014&lng=en&nrm=iso>. [Consultado el 14.07.08]
- PERDIGUERO, E. (2004) El fenómeno del pluralismo asistencial: una realidad por investigar. Gaceta sanitaria. 18(1), 140-145.
- RODERO-SÁNCHEZ, V., ACEBEDO-URDIALES, S., VIVES-RELATS, C. ET AL. (2006) Análisis de los posibles desde la teoría de Parse en una persona con Alzheimer. Index Enferm. [online]. 2006, vol. 15, no. 54 [citado 2008-05-09], pp. 44-47. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000200009&lng=pt&nrm=iso. [Consultado el 14.07.08]

