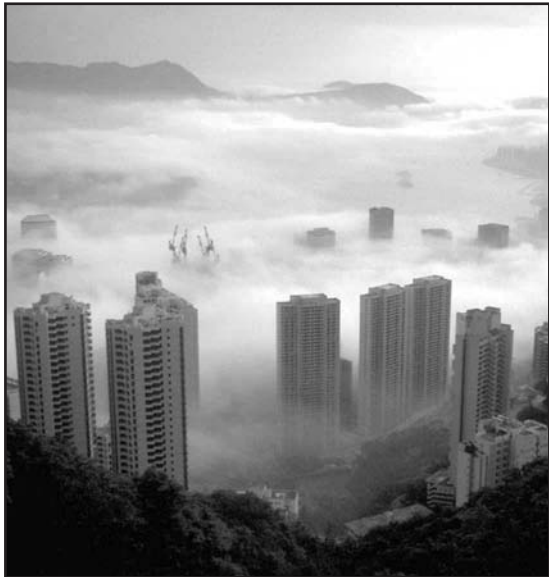


ENFERMERÍA Y MEDICINAS COMPLEMENTARIAS Y ALTERNATIVAS. JUSTIFICACIÓN ANTROPOLÓGICA DE SU ESTUDIO

Daniel Gómez Pérez *, Domingo Palacios Ceña **

*Licenciado en Antropología Social y Cultural.

**Licenciado en Humanidades.



ANTHROPOLOGICAL JUSTIFICATION FOR THE STUDY OF NURSING AND COMPLEMENTARY AND ALTERNATIVE MEDICINES

SUMMARY

The attention and action in the process of health / disease care is a key that characterizes his role as nurse and health worker. In particular the study of health seeking behavior and observation of the strategies of patients (actors) on health and disease and its action as they or their family sick. This article is a reflection through a review of authors in other anthropological work on the articulation of cultural care in biomedical practice. Biomedicine holistic limited compression of the disease conception of the person as a whole than the sum of the component parts. Often the nurse plays in their practice a moral world of values of the society to which he belongs which is

materialized in practice. To discuss the influence of culture in the health / disease / care, we must define what is meant by culture. It must take into account the relationship between subject and culture particularly in relation to the socialization of the subject. Hence the importance of the existence of a shared belief system.

Key words : Alternative therapies, cultural anthropology, traditional medicine, complementary therapies, transcultural nursing and holistic nursing.

ENFERMAGEM, TERAPIAS COMPLEMENTARES E ALTERNATIVAS. JUSTIFICAÇÃO ANTROPOLÓGICA DO ESTUDO.

RESUMO

A atenção e a ação diante do processo saúde-doença é uma das chaves que caracteriza a enfermagem e o papel dos seus agentes na saúde. Concretamente, neste estudo procurou-se compreender o comportamento e estratégias dos pacientes e dos seus familiares (atores) face ao adoecimento. Este é um artigo de reflexão através de uma revisão dos autores sobre outros trabalhos antropológicos acerca da articulação do cuidado cultural na prática biomédica. A biomedicina limita a compreensão holística da enfermidade, a concepção da pessoa como um todo, o que difere da percepção limitada da pessoa como uma soma das partes. A propósito, a enfermeira reproduz em sua prática um mundo moral de valores próprios da sociedade à qual pertence e que se concretiza na prática. Para discorrer sobre a influência da cultura no processo saúde-doença, há que se definir o que se compreende por cultura. Há que se ter em consideração a relação entre sujeito e cultura, em especial no que tange à

socialização do indivíduo. Assim, mostra-se a importância da existência de um sistema de crenças compartilhado.

Palavras chave: Terapias alternativas e Complementares, antropología cultural, medicina tradicional, enfermagem transcultural e enfermagem holística.

RESUMEN

La atención y la acción ante el proceso de salud/enfermedad/atención es una de las claves que, caracteriza a la enfermera y a su papel como agente de salud. En concreto en el estudio del comportamiento de búsqueda de salud y la observación de las estrategias de los pacientes (actores) sobre la salud y la enfermedad y su acción cuando ellos o sus familiares enferman. Este es un artículo de reflexión a través de una revisión de los autores sobre otros trabajos antropológicos sobre la articulación del cuidado cultural en la práctica biomédica. La biomedicina limita la comprensión holística de la enfermedad, concepción de la persona como un todo, distinto de la suma de las partes que lo componen. A menudo la enfermera reproduce en su práctica un mundo moral de valores propios de la sociedad a la que pertenece lo cual se materializa en la práctica. Para hablar de la influencia de la cultura en el proceso salud/enfermedad/atención, hay que definir que se entiende por cultura. Se ha de tener en cuenta la relación entre sujeto y cultura en relación sobre todo a la socialización del sujeto. De aquí la importancia de la existencia de un sistema de creencias compartido.

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

INTRODUCCIÓN

El proceso de salud/enfermedad/atención (s/e/a) es una de las claves que caracteriza a la enfermera y a su papel como agente de salud. En múltiples ocasiones las personas enfermas y sus

familiares adoptan o realizan comportamientos, basados en creencias sobre la s/e/a destinadas a cubrir sus necesidades y problemas de salud. Necesidades y problemas que la medicina occidental puede no haber cubierto, solucionado o simplemente detectado como reales o potenciales de atender. El papel de las medicinas complementarias y alternativas surge ante esta falta o vacío en la atención. En estos casos ¿Cual es el papel de la enfermera? ¿Desde que perspectiva puede y debe acercarse la enfermera? La antropología puede y debe ser una de las claves para poder estudiar estos fenómenos. En concreto en el estudio del comportamiento de búsqueda de salud y la observación de las estrategias de los pacientes (actores) sobre la salud y la enfermedad y su acción cuando ellos o sus familiares enferman.

El propósito de este artículo fue reflexionar sobre la importancia de la articulación de los aspectos socioculturales en la relación entre enfermería y otras medicinas complementarias y alternativas. Este es un trabajo de reflexión a través de una revisión de los autores sobre otros textos de carácter socioantropológico. Los textos obtenidos de los documentos analizados fueron interpretados usando la lógica de análisis de datos de la investigación cualitativa. Fueron divididos en unidades de significados similares, agrupados y resumidos, para posteriormente desarrollar el presente documento.

Con este trabajo se pretende:

- Mostrar como la medicina occidental no es capaz de cubrir todos los aspectos del proceso salud/enfermedad / y atención (s/e/a).
- Explicar desde un punto de vista antropológico los factores culturales y sociales que caracterizan la adopción de unas estrategias específicas frente a la enfermedad.
- Describir los conceptos básicos a partir de los cuales se adoptan unos comportamiento de salud complementarios y alternativos.

DESARROLLO

El proceso de s/e/a debe ser estudiado a partir de las prácticas de los agentes, ya que cualquier experiencia con la enfermedad forma y construye unas estrategias determinadas, basadas en las cre-

encias de esos actores sobre el proceso s/e/a e influidas por la presencia o no de un sistema de atención médico previo.

Al curar, la medicina o biomedicina, como cualquier otro tipo de medicina genera ideología, y relaciones de poder ya que en muchos casos quizás se trata de crear un problema donde el paciente no lo percibe como problema, fruto de un proceso de medicalización (Menéndez, 2003): "...proceso que implica convertir en enfermedad toda una serie de procesos vitales que son parte de comportamientos de la vida cotidiana de los sujetos, y que pasan a ser explicados y tratados como enfermedades cuando previamente sólo eran acontecimientos ciudadanos. Este proceso implica no sólo que los sujetos y grupos vayan asumiendo dichos acontecimientos ciudadanos en términos de enfermedad y no de lo que tradicionalmente han sido, es decir conflictos y padeceres, sino que pasen a explicarlos y atenderlos, en gran medida a través de técnicas y concepciones biomédicas".

Elementos de análisis de las estrategias de las medicinas complementarias y alternativas (MCA).

¿Cuáles serían los conceptos más adecuados para la realización de este análisis? Es en este punto donde, la eficacia simbólica y su acercamiento a la subjetividad del agente/persona enferma surge como un elemento clave. Pues se tomaría como base la existencia y pertenencia entre los individuos de un mismo sistema compartido de creencias (Scheper-Hughes, 1997): "...En los viejos tiempos el pueblo no sabía lo que era la enfermedad. Ellos se metían en la cama y morían. Es sólo en nuestros días que estamos aprendiendo palabras como hígado, pulmón, ...intestinos, estómago... y no sé qué más... Y ahora todo el mundo está enfermo, todo el mundo se queja de algo. ¿Quién está enfermo en nuestros días?, ¿Quién está bien? Todo el mundo se queja, todos corren al médico. Ahora todo el mundo sabe qué es lo que es tiene mal... ¿lo saben?".

Pero ¿Qué es lo normal?, ¿Qué es lo patológico?...

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) no es una mera ausencia de enfermedad, sino un completo estado de bienestar Físico,



Psíquico y Social del individuo. Una definición respaldada y formada a su vez por la cultura occidental a través de la medicina oficial, llamada biomedicina, ya que todo lo que recubre su accionar y su influencia remite a: su legitimación social oficialmente establecida, a un conocimiento institucionalizado, codificado o escrito, con formalidades varias pero con vigencia "universal".

Se definirá el concepto de biomedicina, también llamada medicina occidental o científica, como un concepto que designa a un sistema médico desarrollado en Occidente desde la Ilustración y que se caracteriza por asumir la distinción cartesiana entre cuerpo y mente y por su comprensión de las enfermedades en tanto que entidades definidas producidas por causas únicas y de índole biológica (Comelles y Martínez, 1993). Además la biomedicina limita la comprensión holística de la enfermedad, concepción de la persona como un todo, distinto de la suma de las partes que lo componen. Como señala Ivan Illich en su *Némesis Médica* (Illich, 1984): "En todas partes la medicina es una empresa moral y por ello da inevitablemente contenido al bien y al mal. En cada sociedad, la medicina, como la Ley y la religión, define lo que es normal, propio o deseable. Sin embargo, la medicina occidental es la única que encubre esta realidad, basándose en fundamentos científicos que estarían exentos de evaluación moral".

En el mundo occidental se ha desarrollado a lo largo del tiempo un sistema sanitario biomédico, cosmopolita basado principalmente en una eficacia biológica y donde aparece como valor más característico la separación entre cuerpo y mente. Un modelo en el cual toda disfunción del individuo, sea cual sea, tiene una relación orgánica, todo tiene

una explicación y está correctamente tipificado. Existe una relación directa entre los signos y síntomas del paciente y un origen patológico concreto. Desde este punto de vista del “modelo explicativo”, se excluye del análisis o no se da importancia a determinados signos o síntomas que se consideran externos, no objetivos y sin ninguna relación con el proceso patológico. Si se pudiera resumir en una frase “Para los sanitarios occidentales, lo que para ellos no tiene nombre, es como si no existiera”. Pero es un modo de intervención legitimado por la cultura dominante, donde se excluye cualquier otra posibilidad terapéutica.

La explicación de la enfermedad y su etiología no pueden ser reducidas únicamente a un problema biológico o de disfunción o alteración orgánica del individuo. La enfermedad posee también un significado y un sentido dentro del contexto social y cultural del propio individuo y del grupo que le rodea. El modelo biomédico minimiza o incluso a veces niega la parte de la causalidad social y cultural en el origen de la enfermedad, y la práctica clínica actúa en este sentido en los agentes sociales como medida de control social como señalan diferentes autores (Menéndez, Illich o Foucault, entre otros). Según Menéndez (Menéndez, 1986): “...la Práctica Médica viene definida como el conjunto de características que conforman en el profesional de la salud, una estructura técnico ideológica que a su vez configura toda una amplia gama de estereotipos en los diferentes trabajadores de la salud, según su respectivo proceso socializador”.

Lo que se puede observar desde esta aproximación antropológica es que ese modelo basado en la eficacia biológica y evidentemente bien arraigado y estructurado dentro de nuestra cultura occidental, tiene como resultado ciertas cuestiones en el desarrollo del trabajo asistencial de la enfermera que en un trabajo de estas características podríamos señalar. Primera, que a menudo la enfermera reproduce en su práctica (y por ello se ve influida esta) un mundo moral de valores propios de la sociedad a la que pertenece lo cual se materializa en la práctica o en la relación terapéutica en un trato diferencial de unos pacientes a otros. Y en segundo lugar, en la relación enfermera-paciente la interacción se caracteriza por ser unidimensional analíticamente hablando ya que todo se mira desde el punto de

vista organicista, es unidireccional en el desarrollo comunicacional, porque se prima la postura del profesional frente a la negociación y la implicación del paciente en su propio proceso patológico y es unilineal desde la perspectiva terapéutica, puesto que se siguen únicamente líneas de tratamiento basadas en la eficacia biológica.

¿Tiene cabida en un sistema sanitario otra manera de ver esta asistencia sanitaria? Sí, otro modelo basado en la eficacia simbólica. Un modelo donde se tiene en cuenta aspectos como la biografía individual, la red de relaciones familiares y laborales, así como el conjunto de categorías culturales, valores, sistemas de creencias y costumbres del individuo. Un modelo donde no se hace distinción entre cuerpo y mente, donde se diferencian tres niveles: Disease-Biológico, Illness-Psicológico y Sickness-Social pero entre los cuales existe una interrelación que se podría expresar de la siguiente manera (Martínez, 1992): “En el individuo toda disfunción perceptible (disease) es traída a la conciencia individual (illness), la cual, mediante las herramientas (sistema simbólico) con los que ha sido dotado por su cultura, organiza este acontecimiento en un sistema de significación más o menos asequible para su reconocimiento y su resolución en un contexto social (sickness)”.

Este nuevo modelo defendería que “todo toma cierto sentido dentro de un contexto específico” (Un sistema de creencias compartido o sistema simbólico). Caracterizado principalmente por ser pluridimensional, en el sentido del análisis de la enfermedad, el proceso de comunicación es bidireccional, sobre la base de la negociación entre el profesional sanitario y el paciente y por último es un modelo que queda abierto a otras posibilidades terapéuticas.

Pero aunque se planteen como dos universos diferenciados en su análisis por un lado el universo cultural del paciente, y por otro el sentido del universo de la cultura biomédica, estos dos sistemas no son taxativamente diferentes ambos están imbricados, pero hay que tener en cuenta para el acercamiento que se parte de una premisa previa y es la posición de la enfermera como agente de la medicina convencional/oficial, el otro modelo se entiende sólo a través de la cultura occidental,

sometiendo así a la subalternidad a cualquier otra MCA, pero que de algún modo u otro todos esos sentidos están también medicalizados, por más que se acepte que puede haber y de hecho hay, como muestran los estudios realizados hasta ahora por la antropología médica crítica (y de sus máximos exponentes: Perdigüero y Menéndez entre otros) dimensiones del proceso s/e/a que no son tenidas en cuenta por la atención sanitaria oficial, por eso son y se definen como “alternativos”.

Para hablar de la influencia de la cultura en el proceso s/e/a, hay que definir que se entiende por cultura.

Menéndez (Menéndez, 2000) dice que: “...la antropología parece reconocer más la cultura en unos factores y procesos que en otros, y así mientras lo religioso y lo mágico aparecen aceptados unánimemente como fenómenos culturales, no pasa lo mismo con una parte de los factores referidos a los campos educativo, jurídico o de la salud”.

Además propone que: “La definición y uso de los factores/procesos culturales en investigación y en investigación/acción deben construirse a partir de la especificidad de los problemas y no desde la generalidad de la “cultura”... lo cultural debe surgir de los procesos puntuales que nos interesa comprender y que pueden referir al cáncer, sida, alcoholismo o susto, o a la muerte y la mortalidad o respecto de las acciones terapéuticas de un chamán o de un especialista que opera en el tercer nivel de atención biomédica...”.

“El significado de lo cultural debe observarse en los procesos específicos -en nuestro caso a través del proceso de salud/enfermedad /atención-, y en los usos de lo cultural. Lo que prevalece en la situación actual es la negación de lo cultural por parte de la biomedicina, más allá de que la reflexión teórica proponga reiteradamente su recuperación. En la actualidad, la tendencia real de los servicios de salud es limitar la palabra subjetiva/cultural del paciente, y la de las escuelas de medicina a imponer una formación casi exclusivamente biologicista de los profesionales de atención de la enfermedad”.

Se ha de tener en cuenta que la relación entre sujeto y cultura en relación sobre todo a la socialización del sujeto. Ya que como vuelve a exponer

Menéndez (Menéndez, 2000): “El sujeto se constituye en gran medida, a través de su cultura y lo cultural formaría parte de la estructura profunda e inconsciente de su subjetividad”. De aquí la importancia de la existencia de un sistema de creencias compartido: “Actualmente asumimos que los factores culturales están presentes no sólo en las representaciones y prácticas de los colectivos sociales respecto del proceso de salud/enfermedad/atención, sino que están presentes en las formas de diagnóstico y tratamiento de los curadores, incluidos los biomédicos, y que una de las tareas de la denominada antropología clínica no sólo es reconocer esto, sino contribuir a la descodificación de los factores culturales que operan en la relación médico/paciente”.

La base fundamental de esta relación médico paciente es un sistema de creencias compartido, porque como dice Claude Levi Strauss en su texto sobre El hechicero y su magia, La eficacia de los símbolos mágicos (Levi Strauss, 1987): “... de alguna manera la enferma cree, porque es miembro de una sociedad que cree”.

CONCLUSIONES

La sociedad occidental esta influenciada por un marco ideológico que se ha ido creando y desarrollando a lo largo de la historia y que sobre la base de esta legitimidad cultural se ven influenciados muchos factores de la vida, incluido nuestro modelo asistencial sanitario. Aparecen dos modelos, (biológico/simbólico), ninguno de los dos es excluyente. El modelo biomédico sirve para llevar un orden lógico y tener una manera estructurada de trabajar, pero a este sistema de trabajo se debe incorporar el modelo simbólico. La dimensión simbólica no es una dimensión cerrada, si no como otra forma de ver las cosas desde más puntos de vista y teniendo en cuenta muchos más factores que rodean al individuo y que pueden mejorar y dar otra luz a la articulación biológica. No se trata de elegir un modelo u otro a la hora de trabajar, pero sí de interrelacionar los dos modelos en la práctica asistencial. Acoplar al modo explicativo de trabajar, otra forma de ver al individuo y su problema desde el punto de vista antropológico, entender que cada individuo es un “yo y sus circunstancias” como dijo Ortega (Ortega y Gasset,

1984):“...recuerden ustedes que mi circunstancia se compone sólo de lo que existe para mí, sólo eso forma parte de mi vida y sólo lo que forma parte de mi vida existe”, y ver a la persona en su contexto.

Entender al otro y a su proceso lleva asociado saber escuchar y percibir como la persona enferma es más que un conjunto de signos y síntomas, que tiene un papel, un entorno y que a su vez es un agente que influye y se deja influir por diferentes estrategias en el proceso de salud enfermedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Comelles, JM; Martínez, A. (1993) Enfermedad, Cultura y Sociedad. 1ª ed. Madrid: Eudema.
- Illich, I. (1984) Némesis médica: la expropiación de la salud. México: Planeta.
- Lévi- Strauss, C. (1987) Antropología Estructural. Barcelona: Paidós Básica.

- Martínez, A. (1992) Eficacia simbólica, eficacia biológica. Hacia un nuevo analítico y terapéutico de asistencia sanitaria. Revista ROL Enfermería. (172), 61-67.
- Menéndez E. (2000) Factores culturales: de las definiciones a los usos específicos. En Perdiguero, E. y Comelles, J. (año) Medicina y Cultura: Estudios entre la antropología y la medicina. 1ª ed. Barcelona: Bellaterra 163-188.
- Menéndez, E. (2003) Care illness models: theoretical exclusions and practice articulations. [Ciênc. saúde coletiva [edición digital] 2003;8(1):185-207.] Available from: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000100014&lng=en&nrm=iso>. [accessed Consultado el 18.07.2008].
- Menéndez, E. 1986. Modelo Hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales. En Campos, R., Antropología Médica en México. México: Instituto Mora/UAM.
- Ortega y Gasset, J. (1984) ¿Qué es el conocimiento?. Madrid: Alianza Editorial.
- Scheper-Hughes, N. (1997) La muerte sin llanto. Barcelona: Ariel.

