



Francesc Roma i Casanovas

Introducción a la
Sociología de la
Salud

Francesc Roma i Casanovas

Introducción a la sociología de la salud

© Francesc Roma i Casanovas, Madrid, 2009.

Publicat per BUBOK PUBLISHING, S.L.

“Esta obra ha sido publicada por su autor mediante el sistema de autopublicación de BUBOK PUBLISHING, S.L. para su distribución y puesta a disposición del público en la plataforma on-line de esta editorial. BUBOK PUBLISHING, S.L. no se responsabiliza de los contenidos de esta OBRA, ni de su distribución fuera de su plataforma on-line.”

Introducción.....	5
La sociología de la salud y algunas ciencias afines	7
El proceso de socialización	11
La construcción social de la realidad	17
La construcción social del dolor.....	31
Cultura y salud	37
Diferencias culturales entre los grupos más importantes	47
Salud y diversidad religiosa.....	57
Tradiciones de salud	65
Relaciones entre profesionales y enfermos.....	73
Desigualdad social en la salud	87

Introducción

Este documento surgió de la necesidad de disponer de un material que acompañara la docencia de la asignatura Ciencias Sociales y Salud, impartida en el primer curso del grado de enfermería. Esta asignatura, y por tanto las páginas que siguen, tiene como objetivo general familiarizar al alumnado de nueva incorporación con los conceptos e ideas básicos que le permitan, en un futuro no muy lejano, entender la salud y la enfermedad como realidades más allá de su dimensión biológica.

En segundo lugar se plantea también abordar la diversidad en la atención sanitaria y las diferencias con que la futura enfermera o enfermero se puede encontrar. En cualquier caso, tendría que ayudarle a tomar conciencia de la relatividad del conocimiento que posee sobre los aspectos básicos del sistema de salud.

Este documento consta de siete partes diferenciadas, en la primera de cuales se hace una aproximación a lo que se entiende por sociología de la salud y su pasado reciente.

En la segunda parte se analiza el proceso de socialización, por considerar que es a su través que las personas adquirimos las pautas culturales relacionadas con la salud de la sociedad en que vivimos y que, por este proceso, acaban convirtiéndose en parte de nuestra personalidad.

El siguiente capítulo aborda la idea de la construcción social de la salud, puesto que se entiende este concepto como el resultado de procesos de institucionalización de la realidad. De hecho, se trata de la otra cara del proceso de socialización, es decir, que con el estudio de la construcción social de la salud se pretende entender, no ya los mecanismos de transmisión de valores relativos a este ámbito de la existencia humana, sino cómo se han formado y se forman los valores sociales compartidos en una sociedad concreta.

Uno de los elementos que se estudia posteriormente es la construcción social del dolor, como ejemplo de cómo distintas personas y distintas sociedades tienen

actitudes distintas hacia esta dimensión. Se persigue con ello acercar al alumnado a la distinción entre enfermedad en sentido biológico y enfermedad en sentido sociológico, dos interpretaciones que no siempre coinciden y que darán lugar a diferencias en las interpretaciones de profesionales y pacientes.

El capítulo dedicado a la cultura y la salud es una continuación del que se ha abordado anteriormente, pero en este caso se ofrece una visión menos teórica y que pretende demostrar la diversidad de construcciones sociales que existen en algunos temas vinculados a la salud.

Los dos siguientes capítulos se dedican a estudiar las diferentes concepciones culturales y religiosas entre diferentes grupos culturales y religiosos y se ofrecen algunos consejos prácticos en cada caso para poder llevar a cabo un ejercicio de curación mejor.

Se podría decir que el capítulo dedicado a las tradiciones de salud replantea el mismo tema desde un punto de vista histórico para permitirnos estudiar la existencia de diferentes maneras de responder ante la salud, como por ejemplo lo que se llaman medicinas alternativas.

En el penúltimo capítulo se aborda el tema de las relaciones entre los profesionales y los enfermos, partiendo de los planteamientos de Talcott Parsons e intentando actualizarlos. En él se estudian conceptos como los roles de enfermo y de profesional, la adherencia terapéutica o la relación asistencial y el cambio que ha supuesto en ellos el incremento de frecuencia de enfermedades de tipo crónico que se experimenta en nuestra sociedad.

Finalmente, el último capítulo se dedica a estudiar las desigualdades sociales en la salud, tratando sólo las más evidentes, para ayudar a entender que, por distintas causas, no sólo tenemos ideas diferentes de lo que es la salud, sino que existen evidencias empíricas que demuestran que también nuestro estado de salud presenta discrepancias en función de algunas variables sociales.

Finalmente, el documento acaba con unas reflexiones finales a modo de conclusión.

Para finalizar, sólo nos queda hacer constar que esta obra no hubiera sido posible sin el estímulo de las distintas generaciones de estudiantes que en su día ayudaron a que el autor hiciera el esfuerzo de escribir aquello que tenía dificultad de comunicar en sus clases. A todos y todas ellos, muchas gracias.

La sociología de la salud y algunas ciencias afines

Si buscamos en algún diccionario una definición de lo que se entiende por sociología, casi seguro que nos dirá algo parecido a que es la ciencia que estudia la sociedad. Como aproximación científica de la realidad, la sociología surgió de manera históricamente muy reciente, siendo necesario para ello que en el mundo occidental fuera posible una visión científica del mundo. Esto sólo se produjo en la edad moderna, cuando la modernidad estableció en la diferencia entre sujeto y objeto como principio constitutivo de la realidad.

Sin embargo, hoy en día, cada vez más, se presentan estudios que explican aspectos de la vida social a partir de elementos culturales. Y no debe resultarnos extraño porque el estudio de la cultura debería permitir superar la diferencia entre objetividad y subjetividad. Nuestro planteamiento en este aspecto no se define por ninguno de los dos extremos sino que acepta y engloba los dos en una única aproximación que pretende ser a la vez objetiva y subjetiva. En el mundo de las ciencias de la salud los estudios que toman en consideración la cultura y las dimensiones sociales de la existencia humana permiten acercar las posiciones entre disciplinas consideradas naturales y aquellas ramas del saber que se cobijan bajo las llamadas ciencias sociales.

Se podría decir que dentro de la sociología existen dos grandes paradigmas. Por un lado el paradigma del **objetivismo**, que considera que las cosas son objetivas y existen en ellas mismas, de manera que se pueden contar, agrupar, tocar, e incluso manipular. Por otro lado, un paradigma **subjetivista** que considera a las cosas como realidades subjetivas de las cuales lo importante es como son vividas por los distintos agentes sociales.

Aunque parece que la medicina en sus orígenes –e incluso en el siglo XIX- se preocupaba por los elementos sociales, con la modernidad y el surgimiento de la ciencia médica moderna y la sociología tal como la

entendemos hoy en día, ambas disciplinas crecieron de manera paralela pero sin contactos entre ellas hasta entrado el siglo XX. Una se decantó hacia los derroteros de la biología y la otra apostó por no entrar en el terreno del estudio de la salud.

La Organización Mundial de la Salud define nuestro mundo actual, desde el punto de vista de la salud, como una *era postmédica* puesto que se considera que nuestra salud está relacionada en buena parte con factores medioambientales y sociales como:

- ✓ Ciertas conductas individuales, como fumar o los malos hábitos alimentarios,
- ✓ Fallos en la organización social, como la soledad,
- ✓ Factores económicos, sobre todo la pobreza,
- ✓ El entorno físico, muchas veces contaminado.

Eliminar o modificar estos elementos no está en manos de la clase médica, de ahí que haya sido necesario plantear un acercamiento entre las ciencias sociales y la medicina. Este acercamiento también se vio favorecido por el cambio en las causas de morbilidad, es decir, el paso de la preponderancia de enfermedades infecciosas o agudas a enfermedades de tipo crónico. Está claro que las enfermedades crónicas presentan una importante relación con los factores ambientales y los estilos de vida de las personas. Tampoco se puede olvidar el papel que supuso la nueva visión de la psiquiatría al intentar explicar algunas enfermedades a partir de su origen social.

En este contexto, se produjo la institucionalización de la sociología de la medicina, con unos hitos en el año 1957, cuando R. Strauss distinguió entre la sociología de la medicina y la sociología en la medicina. En 1960 se creó una sección de sociología médica en la American Sociological Association.

Desde nuestro punto de vista, si hubiera que definir el lema que debería tener escrito en primer lugar todo sociólogo o socióloga en su decálogo de trabajo, sin duda este sería *las cosas no son lo que parecen*. Con esta expresión se quiere decir que el conocimiento científico (y con él, el sociológico) y el de la vida cotidiana no necesariamente coinciden y que la perspectiva científica debería basarse en el planteamiento cartesiano de dudar de cualquier idea aceptada como cierta. Quiere esto decir, también, que el conocimiento se estructura en distintos niveles, algunos

de los cuales se esconden a la conciencia de la vida cotidiana. De hecho, cada uno de nosotros tenemos diferentes conocimientos de la realidad en función de los roles sociales que adoptemos. Así, no enfrenta la realidad de la misma manera una físico que está en un laboratorio estudiando como hervir un huevo que esta misma mujer cuando está preparando la cena en su casa.

En este sentido Wright Mills dijo que la imaginación sociológica consistía en pasar de una perspectiva a otra e ir elaborando, en este proceso de cambio de perspectiva, una visión global de la sociedad y de los elementos que la integran.

Así que se puede decir que el objeto de estudio de la sociología es el conocimiento de todo aquello que se considera real, aspecto éste que llevó a más de un sociólogo o socióloga a considerar que toda sociología debería ser en el fondo una sociología del conocimiento.

Por todo ello, la práctica de la sociología lleva implícita la necesidad de tomar conciencia de que no basta con saber lo que se está observando, sino que hace falta también saber desde dónde se está observando. Así se toma conciencia de la diversidad de puntos de vista de la misma realidad. Como plantea Joan Estruch la sociología supone un punto de vista determinado, pero no el único posible, ni necesariamente el mejor.

Otro punto que es necesario establecer de entrada es que en el funcionamiento del mundo de la vida cotidiana la razón es un bien escaso. Con ello hacemos referencia al hecho que a lo largo de nuestra vida nos movemos más repitiendo las conductas e ideas que conocemos de antemano y que sólo en casos excepcionales intentamos racionalizar los motivos de lo que sucede a nuestro alrededor. De hecho, para desenvolvernos en nuestra vida no hace falta saber cómo funciona ni que hay que hacer para reparar nuestro coche; lo que sí debemos saber es que existen expertos especializados en este tipo de menesteres y cómo debo hacerlo para conseguir que me presten sus servicios.

Ésta es la gran contradicción de la especie humana, que se supone racional pero que sólo emplea esta racionalidad en situaciones y momentos excepcionales y extraordinarios. Este planteamiento, propio de la sociología constructivista, debe acompañarse de la idea que real es todo aquello que se considera como tal o todo aquello que no podemos hacer desaparecer con nuestra voluntad. La justificación de este último punto se liga a lo que la sociología americana se llamó el *teorema de Thomas*, en honor de W. I. Thomas, quien lo propuso por primera vez.

Thomas demostró que las situaciones que se definen como reales tienen consecuencias reales, aspecto éste que es de suma importancia para entender el funcionamiento de la realidad de la vida cotidiana. Imagínate que tienes un negocio, por ejemplo un restaurante, pero que la gente considera que es un lugar sucio y insalubre. Independientemente del estado de salubridad del negocio, su viabilidad económica es prácticamente nula. Tanto en un caso como en el otro, la consecuencia acaba siendo la pérdida de clientes, preocupados por su propia salud.

Distintos estudios empíricos han demostrado que este tipo de causalidades son muy importantes en el mundo social: ¿sabías que un experimento hecho con futuros pilotos de las fuerzas aéreas norteamericanas demostró que buena parte de ellos mejoraban su visión cuando se les proponía que hicieran los ejercicios en el simulador de vuelos vestidos con el traje de soldado y que, en cambio, ninguno de ellos mejoró su visión cuando hizo el mismo test sin vestir el traje reglamentario?

Seguramente has visto la película *El experimento*. En esta obra cinematográfica se reproducen unos hechos que tuvieron lugar en la universidad de Stanford en los años setenta del siglo XX. Diversos estudiantes que se ofrecieron voluntariamente para cooperar en el experimento vivieron una semana encerrados en una supuesta cárcel y otros se convirtieron en sus guardianes: el cambio de roles desencadenó facetas de sus personalidades nunca antes sospechadas, hasta el punto que hubo que dejar el experimento antes de cumplir los quince días que debía durar.

El proceso de socialización

En este tema nos planteamos estudiar la importancia del proceso de socialización en la transmisión de pautas de salud. Por ejemplo, se sabe que las familias turcas cuando acuden a un hospital para visitar a algún familiar o conocido pasan largas horas en la habitación hablando entre ellas y no necesariamente con la persona enferma. Además, en estas visitas acostumbran a traer consigo la comida y bebida necesaria para pasar el día.

A simple vista podría parecernos un comportamiento extraño, puesto que para nosotros lo normal es centrar nuestra atención en la persona enferma y estar un tiempo mucho menor en el hospital. Sin embargo, hay que tener en cuenta que el comportamiento que hemos visto en el caso turco responde a una lógica que se puede entender y que le da sentido: las personas se reúnen en el hospital y no en otro sitio porque es allí donde se encuentra uno de sus seres queridos.

Si intentamos entender porque una persona de esa sociedad se comporta de esta manera y porque en la nuestra lo hacemos de otra, la explicación más simple consiste en decir que en cada uno de los casos se está repitiendo aquello que se ha visto hacer a las personas mayores de la sociedad que nos acoge. En este sentido, seguramente la familia ha tenido una gran importancia a la hora de informarnos de cuál es el comportamiento que se espera en uno de estos casos. A esto se le llama, en parte, **proceso de socialización**.

Este proceso puede definirse como un conjunto de etapas que hacen que un niño o niña se convierta en un miembro *normal* de su sociedad, consiguiendo que las pautas culturales se inscriban en nuestra personalidad de manera que nos parezcan naturales. También, cuando aparecen comportamientos no deseados, se recurre al proceso de socialización para explicar por qué el comportamiento de un individuo concreto no se ajusta a los que sería esperable en aquel grupo social. Dicho de otra forma, el proceso de socialización ayuda a explicar las **conductas desviadas**.

El proceso de socialización que estudiaremos en este capítulo nos permitirá entender cómo se transmiten y generan los diferentes comportamientos que afectan a la salud. También nos permitirá entender cómo aprehendemos los distintos roles sociales, cómo hay que jugarlos y lo que se puede esperar de cada uno de ellos. En definitiva, el proceso de socialización nos servirá para explicar cómo sé lo que tengo que hacer cuando me siento mal y cómo es que los ingleses presenten un comportamiento mucho más estoico que los italianos a la hora de hacer frente al dolor.

El proceso de socialización explica por qué las personas, a pesar de que aparentemente actuamos de manera autónoma, en el fondo nos regimos por una serie de normas o valores sociales incuestionables y compartidos. La socialización ha sido definida por Esther Fernández como un proceso por medio del cual un individuo aprende y aprehende los elementos socioculturales de su medio, los integra en su personalidad y así se adapta al entorno social en que ha de vivir. El resultado final es que las normas, valores, instituciones, etc., -que en el próximo capítulo se demostrará que se construyen socialmente- acaban siendo vistos como si fueran algo *natural* y siempre hubieran sido de este modo.

El hecho que estas normas y valores pasen a formar parte de nuestra personalidad es lo que permite el control social sin un sentimiento de opresión y alienación. De hecho, es el proceso de socialización el responsable de que comamos determinados productos y los elaboremos de unos modos concretos y nos abstengamos de otros. Comidas tan *naturales* para nosotros como la carne de conejo o los caracoles no son vistas del mismo modo por personas de otras culturas que han sido socializadas en otros valores. Y al revés, a nosotros nos parece increíble que alguien pueda comer carne de perro cuando ésta forma parte de las cartas de los mejores restaurantes de determinados países.

Si se mira con detalle, se verá que además de adaptar a los individuos a la sociedad en la que viven, el proceso de socialización persigue conseguir que la sociedad perdure en el tiempo tal como ha sido hasta ese momento.

Está muy aceptada la distinción entre socialización primaria y socialización secundaria, según quienes sean los agentes de socialización preponderantes en cada una de estas fases. Así, la socialización primaria es la que se centra sobre todo en el papel de la familia como agente de transmisión de normas y pautas culturales,

mientras que la secundaria sería la que no pasa, en su mayor parte, por esta institución. También está aceptado que la socialización primaria tiene una dimensión mucho más importante que la secundaria a la hora de formar la personalidad de los sujetos. Se dice que lo que se aprende durante los primeros años de vida va a ser difícilmente modificado en las etapas posteriores de la vida. Es eso lo que formará el *mundo dado por descontado* sobre el que se construye mi cosmovisión. En cambio, todo lo que pueda aprender y aprehender fuera del marco familiar de los primeros años tiene una importancia mucho menor, es algo de lo que se puede dudar con mayor facilidad y permite de esta forma procesos de resocialización mucho más fáciles.

Este último punto se ha resumido diciendo que las realidades que se interiorizan durante la socialización secundaria son parciales y que no configuran ningún sistema de significación. Además, los aspectos que sean interiorizados en este momento no se acompañan de la identificación afectiva que se encuentra durante la socialización primaria. En estas circunstancias los individuos se limitan a representar un rol o papel de manera deliberada, manteniéndose subjetivamente a distancia.

En conclusión se podría decir que las personas somos un producto social, aunque, como se verá en el próximo capítulo la sociedad sea también creada por estas mismas personas.

Parece claro que no es necesario insistir en la importancia que la familia tiene en la reproducción biológica, social, psicológica y cultural y que todos estos elementos tienen alguna relación con la salud. De esta forma, la familia puede satisfacer algunas necesidades que permiten conservar, fomentar o recuperar la salud.

De todas formas, a nadie se escapa que la familia puede ser una fuente de amor, satisfacción y bienestar pero que también puede constituirse en una importante fuente de insatisfacciones. Con ello podemos concluir que algunas alteraciones en la vida familiar pueden causar descompensaciones en los estados de salud, aunque para ello se necesite la intervención del estrés que acaba agudizando o desencadenando enfermedades crónicas.

De hecho, la familia es la primera red social y como tal protege de las tensiones de la vida cotidiana. Por este motivo, adquiere una gran importancia en la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.

Si la familia es el marco donde se desarrolla lo que hemos llamado socialización primaria, las amistades y personas conocidas tienen su influencia en la socialización secundaria. En este sentido, un estudio clásico de Howard S. Becker sobre los fumadores de marihuana mostró la importancia de los grupos de pertenencia para la adquisición de las técnicas adecuadas de consumo de esta sustancia, la valoración de sus efectos y el mantenimiento de este tipo de conducta a lo largo del tiempo. Según este autor, son los otros de los grupos de pares quienes ayudan a definir este tipo de experiencias como positivas. Si el fumador no es capaz de responder positivamente a la pregunta de si la droga le causa placer, no continuará en su uso; pero esta pregunta normalmente no se contesta desde la individualidad sino desde el grupo de iguales.

Hasta aquí se ha tratado la importancia de la familia en la preservación de la salud, pero, como se vio anteriormente, la familia no es el único agente de socialización, aunque pueda considerarse el más importante. Entre los otros agentes de socialización están las amistades, compañeros, etc.

Una de las cuestiones que hoy en día se están empezando a valorar a la hora de estudiar el proceso de socialización son las redes sociales de las que las personas forman parte. En este sentido, algunos estudios demuestran que las personas mayores que viven en centros de día tienen menor propensión a la depresión que aquellas que lo hacen en residencias. En un sentido parecido, las personas mayores que tienen familia tienen también una probabilidad menor de sufrir depresiones. Lo mismo sucede con las personas que afirman tener amigos íntimos. Tener amigos íntimos y estar casado sería una buena protección contra la depresión.

También se sabe que las personas con pocas relaciones sociales o con relaciones de poca calidad tienen una mayor probabilidad de morir y un peor estado de salud tanto física como mental, de manera que el aislamiento social es el mayor factor de riesgo. Y esto por distintas causas.

No resulta anecdótico que las personas casadas vivan más años que las que no lo están ni que las personas solas o no casadas tengan una mayor probabilidad de sufrir tuberculosis, accidentes y desórdenes psiquiátricos como la esquizofrenia. Así que no han faltado investigadores que han sugerido que la falta de relaciones sociales podría ser considerada como el mayor factor de riesgo para la salud, al mismo nivel que el hábito tabáquico, la presencia de colesterol, la obesidad o la falta de ejercicio.

Partiendo de la evidencia que las personas estamos conectadas con otra gente, hay que tener en cuenta estas conexiones o redes sociales en el campo de la salud por los efectos que puedan producir sobre los programas de salud y la salud de terceras personas. Estos efectos pueden ser positivos o negativos. Señalemos algunos a título de ejemplo:

- ✓ Tratar la depresión de una persona puede hacer que ésta vacune a sus hijos y que éstos tengan así mejor salud.
- ✓ Una operación de prótesis de cadera a una persona mayor puede mejorar la calidad de vida de su cónyuge.
- ✓ Conseguir un final de vida adecuado va a hacer que la persona sobreviviente pueda hacer frente mejor a esa pérdida.
- ✓ En sentido inverso, la muerte de un cónyuge aumenta la probabilidad de morir de la persona que queda viuda.
- ✓ La enfermedad de un cónyuge puede transmitirse al otro.
- ✓ Vacunar a alguna personas puede prevenir al resto del grupo aunque éste no se haya vacunado (inmunización colectiva), pero puede desencadenar la enfermedad en los miembros inmunodeprimidos del grupo.
- ✓ Existen algunas enfermedades como la obesidad, el alcoholismo, el suicidio o la depresión que se expanden en las relaciones interpersonales.

Un estudio encabezado por Nicholas A. Christakis sobre una muestra de doce mil personas inglesas que fueron seguidas durante aproximadamente treinta y dos años ha revelado que las personas tienen mayor tendencia a engordar cuando un amigo suyo también lo hace. Este efecto continúa produciéndose aunque el amigo está a gran distancia. El titular periodístico podría ser que la obesidad se transmite como si de un virus se tratara

Nicholas A. Christakis. "The Spread of Obesity in a Large Social Network over 32 Years". *The New England Journal of Medicine*, 2007.

Actividad complementaria

Busca información sobre el síndrome de Ulises y elabora con ella una explicación de esta enfermedad desde el punto de vista de la sociología.

¿Puede existir algún tipo de relación entre esta enfermedad y los conceptos que se han estudiado en este capítulo?

La construcción social de la realidad

Para entender el concepto de construcción social de la realidad, que forma la base de lo que se llaman *sociologías constructivistas*, hay que entender que la vida en sociedad está sometida a unos procesos de:

- ✓ **Habitación**, o repetición de conductas
- ✓ **Institucionalización**, o tipificación recíproca de acciones habitualizadas por actores típicos
- ✓ **Objetivación**, o aprehensión del mundo social como si fuera una realidad objetiva

La habitación consiste en la repetición de conductas. Imagínate dos personas solas en una isla desierta. El primer día deciden que una de ellas saldrá a buscar alimentos mientras la otra cuidará el pequeño campamento donde guardan lo que han podido salvar del naufragio. Es muy probable que si la experiencia les resulta satisfactoria, al día siguiente cada uno de ellos repita la misma tarea. De esta manera está naciendo un hábito.

Pasado algún tiempo, aunque estas dos personas saben que pueden renegociar en cualquier momento la distribución de tareas que han acordado implícitamente, simplemente repetirán lo que han hecho en las últimas semanas. Este proceso de habitación tiene algunas ventajas:

- ✓ Supone una importante economía de esfuerzos, puesto que no deben decidir quién es el más apropiado para cada actividad. Ahorran así tiempo y disgustos.
- ✓ Además, esta rutinización les libera del hecho de tener que tomar decisiones constantemente. Cada mañana, simplemente repiten lo que

hicieron el día anterior. No hace falta pensar qué hacer, quién lo tiene que hacer, cuándo, etc.

- ✓ Este hecho permite que se puedan dedicar esfuerzos a innovar en otros ámbitos. Por ejemplo, una vez realizadas las tareas acordadas, pueden dedicar su tiempo a construir una canoa para explorar el resto de la isla.

En el futuro, pues, siempre se actuará más o menos de esta forma. Nace así la posibilidad de una **institucionalización** de la realidad social. Con este nuevo concepto se hace referencia al hecho que las acciones habitualizadas pueden tipificarse y ser realizadas por actores típicos. Así, la persona que sale a cazar cumple unas funciones y realiza unas acciones que trascienden la realidad individual de quien las realiza: de esta manera nace la figura del cazador. Esta figura es independiente de que quien la ejecute sea una persona u otra. Por una relación de reciprocidad, todo el mundo sabe cómo debe comportarse ante dicha figura típica.

Así, sé lo que debo esperar del panadero aunque no le conozca personalmente o aunque sea la primera vez que voy a buscar el pan a esa panadería. Tengo muy claro que alguien que tendrá un aspecto *típico* de panadero, me pedirá lo que quiero, después me preguntará si quiero algo más y, finalmente, me dirá lo que debo pagarle por lo que me ha dado. A su vez, también el panadero sabe que no voy a pedirle pescado o que me cure el dolor de cabeza que siento en ese momento.

De esta manera, los actores quedan ellos mismos tipificados: ha nacido el papel del panadero, del cliente o cualquier otro. Además, estos papeles (roles) adquieren historicidad, puesto que siempre se han ejercido de la misma forma: aunque mañana no estuviera la misma persona para atenderme, puedo esperar que se comporte más o menos como lo haría el primer panadero.

De esta forma, las tipificaciones recíprocas de cada uno de los roles se institucionalizan. Con lo cual, cada actor social puede asumir el rol del otro sin ningún problema: todos tenemos muy claro cómo actúa un panadero. Incluso, si un día nos pidieran que atendiéramos la panadería durante un breve período de tiempo, sabríamos más o menos lo que habría que hacer y lo que no habría que hacer.

El término **institución** se aplica por lo general a las normas de conducta y costumbres consideradas importantes para una sociedad.

Así las instituciones son mecanismos de orden social y cooperación que procuran normalizar el comportamiento de un grupo de individuos. Las instituciones en dicho sentido trascienden las voluntades individuales al identificarse con la imposición de un propósito en teoría considerado como un bien social, es decir: *normal* para ese grupo.

De esta forma han nacido los **roles**, o los patrones de conducta que se espera de alguien en función de la posición que esta persona ocupa en la sociedad. El término proviene del mundo del teatro y se utilizaba para hacer referencia al papel que los actores representaban en una obra; de hecho, la vida social puede verse como una obra de teatro en la cual cada uno de nosotros representamos distintos papeles de manera sucesiva.

Para lo que vendrá más adelante, conviene distinguir entre los roles que son independientes entre ellos y que por lo tanto se podrían representar en un mismo momento (por ejemplo, no es incompatible el papel de padre con el de médico o maestro) y aquellos roles que no se pueden desarrollar en el mismo

momento porque son incompatibles (como el de médico y enfermo). De hecho, más que como a roles opuestos, habría que entenderlos como roles complementarios, en el sentido que tanto el médico como el enfermo –por seguir con el ejemplo- saben cómo se comportará la otra parte y lo que se puede esperar de ella. Así, el comprador de pan se espera que haga cosas... típicas de comprador de pan, con lo cual su conducta se vuelve, hasta cierto punto, previsible.

De nuevo, este proceso de creación de roles e instituciones permite el ahorro de tiempo y esfuerzos, de manera que se puede dedicar la atención a otros aspectos de la vida social. También permite la división del trabajo entre diferentes actores.

Con el paso del tiempo, y la sucesión generacional, el mundo institucional se transmite a los nuevos miembros de la sociedad, y con el las instituciones sociales. De esta forma se puede perder el sentido de por qué determinadas prácticas son como son. Imaginemos que las dos personas en nuestra isla son un hombre y una mujer y que ha sido el hombre quien ha salido a cazar. De esta forma se ha

institucionalizado el rol de cazador. Estas dos personas saben que en un momento que quizá no recuerdan acordaron de manera implícita dividirse el trabajo de esta forma. Pero sus descendientes no participaron en esa división del trabajo. La institución ha adquirido así historicidad y se presenta a los nuevos miembros del grupo social como si fuera algo objetivo y que no tuviera nada que ver con la interacción recíproca inicial. De esta forma, queda establecido que serán los hombres quienes saldrán a cazar. El panadero *siempre* se ha comportado de esta forma estereotipada y los clientes siempre han sido de esa manera.

De esta forma parece que lo que empezó siendo un acuerdo -es decir, aquello que fue construido en nuestra interacción social- se convierte en algo natural, externo y objetivo. Se puede llegar a pensar que lo *natural* es que sean los hombres quienes salgan de caza.

Estas normas son muy difíciles de cambiar, porque las vivimos como si siempre hubieran sido de esta forma y no fuera posible modificarlas, puesto que no las hemos creado nosotros. Recordad que seguramente el conocimiento que tenemos de muchas de estas instituciones nos ha llegado en el proceso de socialización primaria, durante la cual la identificación con el mundo social no admite dudas: la realidad es una y difícilmente se puede dudar que sea de otra forma. Esto es lo que diferencia la socialización primaria de la secundaria, como se vio páginas atrás.

Los primeros habitantes de la isla desierta crearon un mundo social a su medida y sabían que en cualquier momento podían modificarlo. Así, para ellos y ellas no había nada natural en que fueran los hombres quienes se dedicaran a la caza; había sido, simplemente, un acuerdo entre dos personas que en cualquier momento podía ser revocado. En cambio, sus descendientes no tienen la misma percepción: para ellos y ellas las normas siempre han sido tal y como las han conocido y creen profundamente que no las pueden cambiar. Al ser reales, no las pueden hacer desaparecer sólo con su voluntad, como se vio en el capítulo primero.

Todo este proceso recibe el nombre de **objetivación**, concepto con el que hacemos referencia a que los productos externalizados de la actividad humana adquieren categoría de hecho objetivo. De este modo, se crea un mundo que aparenta ser exterior a nosotros (es decir, objetivo), aunque en el fondo la relación entre las personas y el mundo social siempre sea dialéctica, entendiendo en este caso que es una relación que va en ambos sentidos.

De aquí que la teoría sociológica constructivista se base en tres grandes principios, que aparentemente pueden parecer contradictorios:

- ✓ La sociedad es un producto humano
- ✓ La sociedad es una realidad objetiva
- ✓ Las personas somos un producto social

(Los dos primeros principios derivan de lo que se ha explicado en este capítulo; el tercero está relacionado con lo que se vio al tratar el tema del proceso de socialización.)

Después de analizar los conceptos de habituación, institucionalización y objetivación habría que hablar de la **legitimación**. Con este concepto simplemente se hace referencia al hecho de que el mundo construido por los humanos necesita ser explicado y justificado (es decir, legitimado). Alguien tendrá que dar cuenta de porque las normas, roles y rutinas son como son y no de otra manera. *¿Por qué siempre las mujeres se quedan en casa mientras los hombres salen a la caza?*, podrían preguntarse algunas de las personas de nuestra isla. Intentar responder a esta pregunta supone legitimar una institución social que los nuevos miembros de esa sociedad no han contribuido a construir.

Al mismo tiempo, hay que establecer algún mecanismo de **control social** para asegurar que el mundo social continuará siendo tal como ha sido institucionalizado.

Los grandes teóricos de la construcción social fueron Peter Berger y Thomas Luckmann. Si hojeáis su libro *La construcción social de la realidad* os daréis cuenta que empieza con un capítulo dedicado a tratar de establecer lo que es la sociología del conocimiento. Este hecho es muy importante, porque hay que entender que todo el proceso que hemos estado tratando de habituación, institucionalización y objetivación se fundamenta en una cuestión de conocimiento: como seres sociales que somos, conocemos la realidad que se ha construido anteriormente y acabamos aceptándola como la única posible. Porque no hay que olvidar que real es aquello que no podemos hacer desaparecer con nuestra voluntad.

Actividad complementaria

Por internet circula un archivo que lleva por título *Cómo nace un paradigma*. Se puede encontrar, por ejemplo, en You Tube.

El documento explica que a un grupo de monos encerrados en una jaula se les puso una escalera con una bananas en su parte superior. Cuando un mono subía por la escalera para cogerlas, los demás eran rociados con agua fría. De esta manera, los monos que no pretendían subir por ella, para evitar el remojón, propinaban una tremenda paliza al simio que había provocado el castigo.

Con el paso del tiempo, ningún mono intentaba llegar hasta las bananas para evitar la paliza de sus compañeros.

Después fueron cambiando esos mono por otros nuevos que nunca supieron por qué motivo se pegaba a los animales que intentaban subir por la escalera, hasta que llegó un momento en que no quedó ninguno de los monos originales. De manera que, a pesar de participar en las palizas a sus compañeros, ninguno de ellos sabía el motivo de ese comportamiento. Simplemente pensaban “aquí las cosas siempre se han hecho así”.

Después de visualizar este documento, ¿podrías hacer una lectura de él a la luz de los que se ha explicado en este tema?

Después de este primer apartado teórico, es interesante estudiar qué tiene que ver la construcción social de la realidad con el tema de la salud y entender que **la salud es una construcción social**. Este punto os puede ayudar en vuestra práctica clínica.

Para empezar, imaginemos una persona hipertensa y preguntémosle si está enferma o no. Seguramente la respuesta sea afirmativa. Pero preguntemos de nuevo por qué nos parece que esta persona está enferma. ¿Es que acaso tiene alguna sensación de estar enferma, como cuando nos duele la cabeza? Pues resulta que no, que la hipertensión es una enfermedad de las llamadas asintomáticas, es decir, que cursan sin síntomas evidentes. Luego, ¿se puede considerar una enfermedad a aquello que no presenta síntomas?

Normalmente la gente responde afirmativamente a esta pregunta, pero generalmente la respuesta se asocia a una buena dosis de dudas. ¿No será que esa persona se comporta como si estuviera enferma porque así se lo dicen otras personas?

En cualquier caso, antes esta persona no era tratada –ni se comportaba– como si estuviera enferma; pero después de diagnosticarle la hipertensión esperaremos que se comporte de una manera determinada. Seguramente hace doscientos años había personas hipertensas, pero no se hablaba de esta enfermedad, ni se la diagnosticaba (seguramente no había sido ni descrita). Entonces no existía como tal.

Por lo tanto, lo que se consideran enfermedades tiene una relación muy estrecha con la sociedad que las define. Y, de hecho, como veremos, hay enfermedades que sólo se dan en determinadas sociedades o culturas. Este es el caso del Koro o del Susto.

Pensemos también en la tuberculosis. Hoy en día tenemos claro que se trata de una enfermedad, pero durante el romanticismo la imagen del tuberculoso era la imagen de moda, ligada al sentimiento del *spleen*. Todo el mundo quería tener aspecto tuberculoso. Pero con el paso del tiempo se identificó la tuberculosis con la muerte y la percepción social de esta enfermedad cambió radicalmente. Desde ese momento era considerada una enfermedad, y ya no estuvo más de moda ese tipo estético.

Había pasado algo parecido a lo que ha sucedido con los ideales de belleza femeninos: en pocos siglos hemos pasado de admirar a mujeres *rellenitas* como las

que pintaba Rubens a promocionar públicamente a modelos anoréxicas. Entonces, ¿qué es la belleza?

24

Pues, más o menos, algo parecido a lo que es la salud: una construcción social, el resultado de nuestra interacción —o la de nuestros antepasados- con otras personas, que ha dado lugar a habituaciones, institucionalizaciones y a la objetivación final de esta realidad. De hecho, resulta claro, desde el punto de vista de la sociología, que la salud es lo que se define como tal. No se puede definir, por tanto, en abstracto, aunque la medicina haya tomado en muchas ocasiones esta orientación.

Esto quiere decir, especialmente en este mundo diverso en que vivimos, que diferentes personas pueden tener definiciones de salud que no coincidan entre ellas. Y puede pasar —y sucede con frecuencia- que la definición del médico no coincida con la del paciente. Incluso más, podríamos decir que el médico ve al paciente o a la enfermedad de manera diferente a cómo se ve él o ella mismo; incluso hay suficientes indicios para pensar que no coincide la visión de los profesionales de la medicina con la de los de enfermería.

De hecho, diferentes personas ven la salud o la enfermedad como cosas distintas. La gracia, y lo que hace posible un estudio científico en este campo, es que a nivel social acostumbramos a ponernos de acuerdo en una o en un número limitado de definiciones compartidas.

En 1997 Anne Fadiman publicó un libro que aporta cierta información sobre este tema. Su título suena un poco raro, pero vale la pena recuperar algunas de sus páginas. En *The spirit catches you and you fall down*, Fadiman analiza algunos casos de familias Hmong que se trasladaron a vivir a Estados Unidos. Los y las Hmong son un grupo étnico originario de las regiones montañosas del sureste de Asia que por motivos políticos fueron acogidos como refugiados políticos en América. Vale la pena comentar algunos de los casos que Fadiman explica:

- ✓ En San Diego, una niña había nacido con un labio leporino. Los doctores quisieron operarla diciendo que era una operación sin complicaciones y haciendo ver a los padres el futuro de ostracismo que esperaba a la criatura de no ser operada. Pero los padres, en lugar de acceder, huyeron del hospital con la niña. Varios años antes, mientras la familia huía de Laos a Tailandia, el padre había matado un pájaro de una pedrada, pero con tan

mala fortuna que el pájaro, en lugar de morir rápidamente, había sufrido largo rato. Había sido el espíritu del pájaro el que había causado el labio leporino de su hija y negarse a aceptar el castigo habría sido un grave insulto.

- ✓ En Michigan, un chico tenía un retinoblastoma (cáncer en el ojo). Para evitar la metástasis, los médicos pidieron permiso a sus padres para operarle, pero éstos huyeron del estado creyendo que si era operado el chico se reencarnaría constantemente en un cuerpo incompleto.
- ✓ En Minesota, un chico con una deformidad en la columna que podía ser operada sufrió un caso parecido. La razón era que un hechicero (*txiv neeb*) había explicado a los padres que el chaval podía acabar siendo uno de los líderes Hmong más importantes, pero les había advertido que si sufría alguna alteración en su cuerpo, los padres morirían. Pocos días después de que los padres aceptaran de mala gana acceder a la operación, el padre murió. La madre huyó del estado con su hijo y nunca más se supo de ella hasta que la encontró la antropóloga.
- ✓ Una mujer de Merced, que ya había traído al mundo a cinco chicos sin complicaciones de ningún tipo, llegó al hospital a punto de dar a luz al que sería su sexto hijo. Allí se dieron cuenta que el cordón umbilical estaba siendo apretado por la cabeza del niño que empujaba para nacer, hecho que provocaba un sufrimiento fetal de muy graves consecuencias. Así que decidieron actuar: mientras buscaban al cirujano y al marido para firmar el consentimiento para una cesárea, una enfermera se quedó apretando la cabeza del niño para evitar que éste saliera del útero materno. Cuando todo estuvo preparado, el niño nació por vía vaginal. No hubo ningún intérprete en la sala y los padres pensaron que las enfermeras querían evitar que el niño naciera porque consideraban que los Hmong tienen muchos hijos y que el doctor quería realizar la operación para ganar un dinero extra. Así es que la mujer decidió tener los próximos hijos en su casa y no en el hospital.

Por otro lado Gari-Ann Galanti es una enfermera y antropóloga estadounidense que publicó un libro titulado *Caring for patients from different cultures*, libro que vale la pena leer aunque no esté traducido a nuestra lengua.

Hablando de los orígenes de las enfermedades, Galanti hace notar dos cuestiones esenciales:

- ✓ En cualquier caso, el tratamiento que se aplique a una enfermedad deberá ser el apropiado para la causa que se le suponga. Si la causa son los gérmenes –dice Galanti- acabemos con ellos; si el cuerpo ha perdido su equilibrio, recuperémoslo; si la causa de la enfermedad es que se ha perdido el alma, hagamos lo posible por recuperarla; si alguien está enfermo o enferma porque su cuerpo ha sido poseído por un demonio, exorcicémosle. Todos estos remedios son perfectamente lógicos y el hecho de que las causas nos parezcan verdaderas o no es, simplemente, irrelevante: no curaréis con antibióticos a un paciente que considera que su enfermedad proviene de la pérdida del alma. Aquí Galanti recurre al concepto de placebo para justificar su opinión, pero quizá no haga falta recurrir a él. El caso es que no sólo hay que tratar el cuerpo del paciente: también hay que trabajar a nivel de sus creencias. Y el ejemplo que Galanti utiliza es bastante claro: muchos americanos y americanas creen que no se les ha tratado correctamente cuando salen de la consulta sin una ración de antibióticos para curar un virus, incluso cuando éstos no afectan a este tipo de seres. La necesidad psicológica de obtener una medicina es muy importante en este caso.

- ✓ En segundo lugar, no debemos permitir que nuestro etnocentrismo nos impida ver los méritos de las creencias sanitarias de las otras culturas. Todos los sistemas médicos se basan, según Galanti, en relaciones de causa-efecto que han sido observadas a lo largo del tiempo. La única diferencia que estos sistemas presentan con relación a nuestra medicina es que esta, al ser una aproximación científica, es falsable. *“Una hipótesis científica se puede demostrar que está equivocada. No se puede hacer lo mismo con las creencias de los otros sistemas”*, concluye Galanti. De todas formas, a nivel individual, los americanos (y europeos por supuesto) no piden más pruebas que las personas de otras culturas. La mayoría creemos que las enfermedades las producen los gérmenes, porque nuestras madres así nos lo han dicho. La mayoría nunca hemos

visto a un germen, y normalmente no pedimos que nos expliquen cómo se comportan. Los expertos ya se han encargado de entenderlo y su palabra, junto a la de nuestras madres, nos es suficiente.

Lo mismo pasa en las otras culturas: la gente cree que su enfermedad ha sido causada por un espíritu que la ha poseído porque sus madres o los expertos culturales de su sociedad así se lo han dicho. Si han visto que la gente se pone enferma cuando esto pasa y que se siente mejor cuando es tratada, ¿para qué buscarle más pruebas?

Las diferencias en cuanto a lo que se considera salud también fueron puestas de relieve por otra enfermera que a su vez estudió antropología. Se trata de Pilar Isla, que analizó las diferencias de percepción de la salud entre estudiantes de enfermería y de medicina, adolescentes, personas mayores y amas de casa. Isla concluye diciendo:

“Por todo ello, creemos que cualquier paradigma que intente promocionar la salud, prevenir la enfermedad o mejorar la salud de los seres humanos debería contemplar la cultura del individuo y del grupo social al que pertenece, porque los códigos culturales intervienen en el significado de la salud y de la enfermedad, en el estilo de vida, en las pautas de autocuidado, en la identificación de los síntomas y, por ello, son determinantes en el proceso salud-enfermedad. Si la enfermera quiere promocionar y mejorar la salud, debería conocer los conceptos de salud y enfermedad de los usuarios y los determinantes que los condicionan y, en todo caso, reelaborar juntos un concepto de salud compartido y aceptado, porque, de lo contrario, se puede hablar de cosas diferentes y tener objetivos diferentes.” (“¿Qué es la salud? Percepción comunitaria”. *Enfermería Clínica*, 2004; 14: 152-165).

El hecho que la salud se construya socialmente ha hecho que en algunos casos se haya empleado lo que se conoce como *realidad virtual* para intervenir a pacientes disminuyéndoles el dolor sin tener que utilizar grandes dosis de anestesia. Algo parecido se ha llevado a cabo utilizando técnicas de hipnosis.

La Organización Mundial de la Salud definió este concepto como un estado de bienestar físico, mental y social y no sólo como la falta de enfermedad. La definición sigue siendo ampliamente aceptada en la actualidad, pero el problema aparece en el momento en que pretendemos medir ese nivel de bienestar: cuando incluso la medición del bienestar físico presenta serias dificultades, ¿qué no sucederá con el bienestar mental o social?

Hay algunos aspectos que se pueden explicar por el hecho que las personas tendemos a considerar nuestra propia salud haciendo abstracción de los momentos de enfermedad. También hay que tener en cuenta que personas que utilizan con mucha frecuencia los servicios sanitarios pueden no considerarse enfermas (por ejemplo pensemos en la gran cantidad de exploraciones asociadas a los primeros meses de vida o en el cuidado de la mujer gestante). También hay que decir que algunas enfermedades son consideradas tan normales que no pensamos que, cuando las sufrimos, hayamos dejado de tener salud. Piénsese, por ejemplo, en los resfriados, gripes, pequeños cortes o contusiones. Tampoco consideramos que un parto normal o determinados accidentes supongan una pérdida de la salud.

Estas reflexiones no hacen más que recordarnos la relatividad de la definición de salud. Lo que se entiende por salud y lo que se entiende por enfermedad varía en función de variables psicológicas, sociales e incluso económicas. En este último sentido podría hablarse de la diferente visión de lo que se ha venido a llamar el Síndrome de la Guerra del Golfo, que afectó a soldados norteamericanos que habían combatido en la liberación de Kuwait en los primeros años noventa del siglo XX.

De hecho, la definición de salud es tan relativa que un profesional de la salud encontraría más problemas en este sentido que los que reconocerían las personas de clase baja. En este caso, se plantea una interesante reflexión: una enfermedad no definida como tal, ¿se puede considerar una enfermedad?

En este sentido, si anteriormente se trató el tema de la hipertensión, se podría ahora reflexionar sobre la enfermedad del sueño o síndrome de apnea crónica. Una persona que *se duerme en cualquier parte y en cualquier momento*, ¿es una persona enferma? ¿A partir de qué momento se pudo considerar a estas personas como enfermas, cuando esta enfermedad fue reconocida por el sistema médico o lo eran incluso antes?

De hecho, una enfermedad se puede pensar como algo independiente de las condiciones sociales, pero la persona enferma no se puede desligar de su condición

social. Más adelante se hablará del rol de enfermo y se dedicará un amplio apartado a explicar cómo en distintas sociedades aparecen enfermedades que no existen en otras. De momento, podemos concluir diciendo que no siempre coincide la definición de la enfermedad a nivel objetivo (médico) con la definición que se tenga de ella nivel social. Como se verá en un próximo capítulo, en nuestra lengua no disponemos de conceptos distintos para hablar de lo que en inglés hace referencia a la enfermedad desde el punto de vista médico (*disease*) y a lo que hace referencia a la enfermedad desde el punto de vista social o de la persona enferma (*illness*). En nuestro caso, ambos conceptos se traducen con la palabra *enfermedad*, aspecto que ha causado confusión en más de una ocasión.

Actividad complementaria

Evelyne Guez y Pablo Troianovski plantean en su libro *Sciences humaines et soins infirmiers* el siguiente caso:

“En nuestro servicio había una mujer magrebí que cada vez que la enfermera entraba a su habitación comenzaba a quejarse de dolor y a gemir. Pero cuando la enfermera se iba, las quejas desaparecían.

Esta paciente también se quejaba habitualmente siempre que había visitas u otra gente a su alrededor. De manera que los gemidos y el dolor volvían a empezar cada vez que se presentaba su familia.

Le dimos un calmante, pero las quejas y los gemidos continuaron.

Cuando la enfermera le preguntó el motivo de sus quejas, ella no quiso responder. En estas condiciones, ¿cómo podían saber si el calmante había hecho algún efecto a la paciente? Finalmente, algunos cuidadores perdieron la paciencia y la catalogaron como enfermo simulado”.

Después de leer este extracto, ¿podrías explicar desde un punto de vista sociológico qué está intentando hacer esta mujer? ¿Podría ser que estuviera intentando definir la situación en su propio beneficio? ¿Estaba construyendo la realidad?

La construcción social del dolor

Una de las reflexiones que se pueden extraer de la actividad complementaria anterior es que el dolor es algo relativo y que responde, por tanto, a una construcción social.

Sobre este tema, un estudio que se ha convertido en clásico es el que realizó Zborowski en 1958. Este autor demostró que el dolor era percibido diferentemente por las personas americanas de origen judío, italiano o americano. Según Zborowski, las personas descendientes de inmigrantes italianos presentaban un comportamiento estoico frente al dolor en sus casas, pero en el hospital se volvían mucho más expresivas de su dolor. Se supone que el hecho de adoptar el rol de marido en una sociedad marcadamente patriarcal era hasta cierto punto incompatible con el rol de enfermo.

Por el contrario, las personas de origen judío se manifestaban mucho más expresivas en su casa y continuaban siéndolo una vez ingresadas en el hospital, de manera que se podría pensar que utilizaban su dolor para manipular en su favor a terceras personas. Pero más adelante, una vez ingresadas en el hospital y cuando estas personas se convencían que se estaba haciendo con ellas una intervención adecuada, su respuesta al dolor se volvía más moderada.

En cambio, los americanos descendientes británicos tendían a comportarse como el paciente ideal, cooperaban con el personal sanitario y evitaban generar molestias a los profesionales. Estas personas tendían a evitar cualquier muestra de dolor en público, de manera que sólo se mostraban doloridos en privado (por ello se retiraban de la vista del personal sanitario).

Sboroswki también demostró que las personas de origen italiano pedían medicamentos para aliviar el dolor y dejaban de quejarse cuando el mal desaparecía. Por el contrario, las personas de origen judío rehusaban tomar drogas porque creían que sólo actuaban sobre los síntomas y no sobre la causa de sus males. Por este motivo, aunque no sintieran dolor seguían mostrándose preocupadas. Incluso se dijo que las personas de origen italiano confiaban en el personal sanitario para que les

curara, pero que las personas de origen judío desconfiaban de los médicos porque éstos aún no les habían curado. En cambio, los descendientes anglosajones tenían confianza en el sistema médico.

También se ha dicho que las personas de origen italiano tienden a concentrarse en lo inmediato y tienden a preocuparse por librarse del dolor, mientras que las de origen judío centran sus ansiedades en lo que la sensación de dolor representa de cara a su futuro.

Los estudios de Sborowski tienen cierto paralelismo con los que realizó Irving Zola en 1966. Zola estudió la manera en que los pacientes explicaban sus síntomas a los médicos. Para ello hizo una comparación entre parejas de individuos distintos que habían sido diagnosticados con la misma enfermedad, uno de ellos de origen irlandés y el otro italiano.

La conclusión de Zola es que normalmente los descendientes irlandeses indicaban la localización precisa de sus males, describían una disfunción circunscrita a algunos aspectos concretos y minimizaban su sufrimiento. En cambio, los descendientes italianos se quejaban de síntomas más numerosos, pero también más difusos. Insistían, asimismo, sobre el dolor que sentían y remarcaban que su humor y las relaciones sociales se resentían por la presencia de este dolor.

Este punto es muy importante, porque los primeros estudios que se realizaron sobre el dolor pensaban que se trataba de una sensación asociada –de manera casi directa, se podría pensar– a la presencia de estímulos negativos para el organismo. Actualmente ha habido importantes aportaciones desde otros campos de estudio, y se tiende a pensar que el dolor es una compleja experiencia subjetiva, multidimensional y ligada a factores biológicos, psicológicos y sociales. En el primer sentido, es interesante apuntar que no siempre las anestias producen el mismo efecto en personas diversas y que se han descrito casos en los que no les producen ningún efecto.

Hoy en día más bien se piensa que el dolor es una experiencia subjetiva muy compleja y que las personas aprendemos su significado a través de experiencias previas relacionadas con males, heridas o lesiones. En este sentido, el dolor es algo ligado al proceso de socialización. Piénsese, a modo de ejemplo, en la diferencia entre hombres y mujeres de nuestra sociedad en cuanto a la expresión del llanto ante los mismos estímulos.

Por lo tanto, el dolor es algo que se aprende. Quizá eso explique porque la mujer magrebí de la actividad complementaria anterior se quejaba de manera tan acusada.

El dolor, desde el punto de vista de la sociología, es algo que se puede considerar aprendido. No es sólo una sensación, sino también una experiencia que tiene implicaciones en la vida cotidiana. La realidad es que se puede sentir dolor sin que exista ningún tipo de daño tisular, de manera que si nos limitamos a estudiar lo que dice la gente difícilmente se podrá saber si existe algún tipo de afectación biológica. Éste ha sido el hándicap de enfermedades como la fibromialgia o el síndrome de fatiga crónica, que hasta hace relativamente poco no tenían marcadores biológicos objetivos que hicieran evidente la presencia de algún tipo de lesión o enfermedad. En este contexto, el diagnóstico se llevaba a cabo a través de un intercambio de información basado en el lenguaje, y ya sabemos la importancia del lenguaje en la construcción de la realidad. En este contexto, los pacientes adultos pueden decidir qué síntomas desean manifestar a los agentes del sistema de salud y que otros prefieren no mencionar.

Si páginas atrás se introducía la distinción entre *illness* y *disease*, en el campo del dolor se podría distinguir entre

- ✓ Enfermedad, como fenómeno objetivo que supone la alteración del funcionamiento del cuerpo como organismo biológico. Su diagnóstico se realiza correlacionando los síntomas con el conocimiento médico.
- ✓ Dolencia, que sería el fenómeno subjetivo por el cual un individuo se da cuenta que no se encuentra bien y que, por tanto, puede modificar su comportamiento normal.

El Síndrome del Miembro fantasma consiste en la percepción de sensaciones de que un miembro amputado todavía está conectado al cuerpo y está funcionando con el resto de éste; se solía creer que esto se debía a que el cerebro seguía recibiendo mensajes de los nervios que originalmente llevaban los impulsos desde el miembro perdido

El reconocimiento de la dolencia nos dice muy poco sobre la enfermedad.

De hecho, pueden existir enfermedades sin dolencia (por ejemplo, sentirse cansado –y no enfermo– en casos de cánceres, o el caso ya comentado de la hipertensión) y también dolencias sin enfermedades, como en el caso de las enfermedades llamadas psicósomáticas o en lo que se conoce como miembro fantasma.

Por otro lado, la evaluación de nuestra dolencia personal depende de nuestro conocimiento y experiencia de los síntomas: un síntoma que hayamos tenido y que desaparece sin nuestra intervención no acostumbra a causar preocupación; pero un síntoma nuevo, sobre todo si va acompañado de dolor, nos resulta mucho más preocupante. Appel considera que existen dos factores que indican la presencia de una enfermedad: el origen reciente o la novedad de la experiencia y el grado de interferencia que tiene en nuestra vida cotidiana. Los síntomas nuevos se perciben con mayor preocupación; es como si la repetición del síntoma hiciera a éste más familiar.

Por otro lado, los síntomas que interfieren en nuestra vida diaria también son muy preocupantes: ese dolor que no me deja concentrar en mi trabajo tiene mayor probabilidad de ser tomado en consideración que el color de la piel que puede pasar más desapercibido a mi vista.

De cualquier forma, mientras no comuniquemos nuestro estado a alguien más o nuestro comportamiento no sea observado por otras personas, la enfermedad continua siendo un acontecimiento personal o una dolencia.

El dolor es uno de los síntomas de una situación enferma, pero no el único síntoma de ella. Además, no se trata de un hecho únicamente biológico ni únicamente psicológico: como hemos visto, el dolor tiene una importante dimensión grupal, cultural y social. De hecho, podemos pensar el dolor como un síntoma mediado socialmente.

Junto a otros síntomas, como el cambio del color de la piel, la aparición de un bulto o la apatía, el dolor posee la particularidad de que supone una desviación de lo que se considera normal o deseable. Es decir, que hay diferentes tipos de síntomas, unos que cursan con dolor y otros sin él, pero en ambos casos tienen en común que suponen una desviación del estado de normalidad (salud). Socialmente, esto significa que suponen la adquisición de lo que se llama el *rol de enfermo*. Aquellos síntomas que no interfieren en la vida cotidiana, no presuponen la legitimidad de la asunción del rol de enfermo.

Diferentes estudios han demostrado que los síntomas no son valorados de la misma forma por todas las personas.

Un estudio hecho en la Grecia de los años sesenta demostró que en el mundo rural griego algunas enfermedades como el sarampión, las paperas, la varicela o la tos ferina eran tratadas con cierta indiferencia por las clases rurales. En el mismo sentido, el año 2007 un estudio dirigido por el doctor Rogelio Leira y avalado por la Sociedad Española de Neurología, cuyos resultados fueron recogidos en una entrevista que publicó la página web de la Sociedad Española del Dolor (10-11-2007), se recogía que *“la verdadera diferenciación se da entre la zona rural y la urbana. En el área rural el dolor se ve como algo normal, por eso no consultan las migrañas. Creen que son dolores normales, cuando lo normal es que no duela la cabeza.”*

También en Estados Unidos en los años cincuenta se demostró que cuanto más baja era la clase social menor era la tendencia a considerar determinadas enfermedades como suficientemente importantes para necesitar atención médica especializada.

Lo que éstos y otros estudios también nos sugieren es que no se da la misma importancia a ciertos órganos o partes del cuerpo humano. Así, mientras en el mundo occidental el corazón tiene un significado particular, en el Japón tradicionalmente se había dado mayor preponderancia al abdomen (*hara*). Para ellos el *hara* es el centro de la vida y contiene todas las funciones que en occidente atribuimos al corazón y el cerebro. Hay quien mantiene que incluso hoy en día en Japón es más normal quejarse de problemas abdominales que en occidente ni siquiera son reconocidos.

Como conclusión de este capítulo habría que decir que las normas de respuesta al dolor se aprenden durante el proceso de socialización junto a otras normas y valores sociales.

El informe *Pain in Europe*, un estudio basado en datos de los años 2002 y 2003, extraídos de más de 46.000 personas entrevistadas de diferentes países europeos e Israel, muestra que, si bien la prevalencia del dolor crónico en el conjunto de este marco es del 19% de la población, las diferencias entre los distintos países son muy significativas y varían desde el 30% de Noruega hasta el 11% de España. Polonia e Italia, con un 27% y un 26% respectivamente, son junto a Noruega los tres países con una prevalencia mayor. Por la parte de abajo, el Reino Unido e Irlanda, con un 13% en cada caso, acompañan a España como los países con menos presencia de esta enfermedad.

Para más información, <http://www.paineurope.com>

Cultura y salud

Tal como se ha visto anteriormente, la enfermedad supone la ruptura de un estado que se considera normal. Por este motivo, este cambio de situación –biológica pero también social- debe ser explicado. Y es aquí donde interviene la cultura propia de los distintos grupos sociales que componen una sociedad.

Lo primero que hay que tener en cuenta es que en su intento por explicar la nueva situación, las personas se hacen una representación de ésta basada en su sentido común y no necesariamente coincidente con el modelo científico de enfermedad. Tal como se ha visto, en Grecia había algunas enfermedades a las cuales las clases rurales apenas prestaban atención. También se vio anteriormente que la cantidad de síntomas presentes en las personas disminuyen a la vez que lo hace su situación en la escala social.

Aunque estas representaciones de la enfermedad puedan resultar erróneas desde el punto de vista de la ciencia médica, conviene no olvidar que son precisamente éstas las que determinan la conducta frente a la enfermedad y la utilización de los servicios sanitarios y sociales. Así, independientemente de lo que piense la ciencia, si alguien considera que su malestar es resultado de un castigo divino, la actuación que se emprenda deberá ir, necesariamente, en este sentido. Lo cual no quiere decir que no pueda acudir a su vez a la medicina científica.

Hay que pensar que la enfermedad es un fenómeno significativo, que tiene un significado, y que la actividad del personal sanitario consiste precisamente en interpretar este significado. Así, si se considera que el SIDA tiene su origen en el desenfreno sexual de ciertas personas, la solución propuesta será la abstinencia sexual. Por el contrario, si la causa está en un virus, entonces las actuaciones tienen que ser otras muy distintas.

Aunque el personal médico interprete para el paciente los síntomas que éste presenta o que le reporta, lo cierto es que frecuentemente aparece junto a este

diagnóstico una interpretación propia del enfermo, ligada ésta a su proceso de socialización y a los valores y pautas culturales de su grupos. De esta manera, pueden aparecer dos diagnósticos sobre la misma situación. Lo que también es frecuente que aparezca es la sensación de la medicina oficial como algo superior por parte del personal sanitario. El debate se centraría ahora en cuál es la realidad de ese cuerpo que se considera enfermo, la que se imagina el médico o la que plantea el paciente.

Históricamente se sabe que distintos grupos sociales han respondido de maneras también diferentes frente a las enfermedades en función de su estructura, sistema de valores, relaciones sociales, adaptación al medio o la cosmovisión propia de aquella época histórica. Lo que hemos aprendido de la historia y la antropología es que cada cultura propone una teoría que sirve para definir lo que se considera enfermedad y aporta los medios necesarios para combatirla.

En este sentido hay situaciones que la medicina occidental considera enfermedades y a las que otras culturas no prestan la menor atención. En el nordeste del Brasil existe una enfermedad endémica conocida como pinta o puru-puru (espiroquetosis discrómica), entre cuyos síntomas se encuentran la presencia sobre la piel de placas redondeadas, oscuras y de varios tamaños, que se manifiestan con un cierto abombamiento y sequedad de la piel, fácilmente identificables a simple vista. Esta enfermedad es utilizada por la tribu Puru-Puru como un rito de pubertad para los varones, contagiando de manera voluntaria y ritual a los futuros adultos. Así, si algún individuo adulto no presenta las marcas de la enfermedad, no le está permitido contraer matrimonio (Díaz Maderuelo, 1983). Los signos del padecimiento de lo que para la medicina occidental es una enfermedad se utilizan entre estas personas como garantía de adultez.

Pero también se han descrito algunas enfermedades ligadas a culturas concretas y que sólo se presentan en éstas, como podría ser el caso del *koro* o síndrome de retraimiento genital. Pero quizá el caso más conocido sea el del *susto*.

El **susto** es una enfermedad que sólo se halla presente en América Latina y que presenta la característica que la persona que la sufre se agita durante la noche mientras presenta, de día, apatía, depresión e indiferencia a la propia imagen y al cuidado personal. Se explica porque a causa de un susto o emoción inesperada una parte no material de la persona se separa de su cuerpo.

Los estudios realizados indican que no se trata de una enfermedad conocida en el mundo occidental que reciba en el marco latinoamericano un nombre distinto. Más bien al contrario, habría que hablar en este caso de una enfermedad culturalmente limitada que se da en personas que se sienten incapaces de hacer frente a los retos de su vida cotidiana y de cumplir sus roles sociales.

Resulta interesante anotar que las personas que padecen de susto presentan un mayor número de problemas orgánicos que la gente que no padece esta enfermedad. Esto lleva a considerar al susto como una reacción orgánica y psíquica de un individuo ante las exigencias sociales, reacción que ha sido modelada y definida –es decir, construida socialmente- de manera específica dentro de esta sociedad y cultura concretas.

Por otro lado, desde el año 2000 en que se describió por primera vez, hoy en día sabemos que existe otro trastorno ligado al cambio cultural que supone el traslado geográfico de las personas de una sociedad a otra. Este síndrome, conocido como el síndrome de Ulises en recuerdo del héroe de la Odisea, fue descrito por el psiquiatra Joseba Achotegui y su equipo vinculado a la Universitat de Barcelona.

El síndrome de retracción genital, conocido también como Koro, consiste en una enfermedad en la que los hombres que la padecen creen que sus genitales externos se retraen hacia el interior de su cuerpo hasta el punto que sienten miedo a una posible pérdida de los mismos.

Este síndrome culturalmente limitado se presenta sobre todo en sociedades de Asia y África y no es raro que se considere que estos síntomas tengan consecuencias fatales para las personas que los padecen.

Esta histeria de masas, que parece cada vez más extendida, suele asociarse a la brujería u otras ciencias ocultas.

En las mujeres también se ha descrito la creencia en la disminución del tamaño de los pechos.

Podría parecer que las diferencias culturales se confunden con las diferencias sociales a la hora de afectar a la salud, pero hay un hecho que permite diferenciar estos dos niveles de afectación. Dentro de una misma sociedad pueden existir diferentes culturas o subculturas. Así, en nuestra sociedad, las personas que forman

parte de grupos sociales más favorecidos interiorizan más fácilmente las normas culturales que propugna la medicina occidental. Las causas parecen radicar en que estas personas visitan más frecuentemente al personal sanitario, pertenecen a su misma clase social, comparten visiones del mundo muy parecidas y se comunican con estas personas con mayor facilidad, todo ello favorecido, evidentemente por un nivel educativo más elevado, que les permite comunicarse mejor con los agentes del sistema de salud.

La relación entre la cultura y la salud pasa en buena parte por una cuestión de conocimiento (del sistema sanitario, de las enfermedades y sus remedios, de los recursos disponibles, etc.). Pero en las sociedades occidentales no todos los conocimientos sobre la salud se consideran igualmente válidos, ni todas las personas que los poseen tienen igual legitimidad para difundirlos. El conocimiento que en nuestra sociedad y en nuestra cultura se ha acabado aceptando es el de los expertos o profesionales. Los demás somos, simplemente, *outsiders*. Esto no implica que únicamente el médico tenga legitimidad para intervenir en temas de salud, pero sí que supone que éste sea el agente con una legitimidad más clara. Los datos empíricos indican que la mayoría de la población reconoce diversas causas a las enfermedades y por esta razón recurre a diferentes expertos (médicos, curanderos, sanadores, santos, etc.). Además, buena parte de la información de que dispone la población general proviene de vías poco o nada profesionales.

Por otro lado, cuando falla el conocimiento médico del sistema sanitario, otras formas no (tan) legitimadas de curar entran en juego (familiares, vecinos, amigos, etc.).

Esto lleva directamente a tratar el tema de la **medicina alternativa** o, quizá mejor, complementaria. Una de las personas que más ha estudiado este tema es M. Siahpush. Para él existen seis razones que explican por qué las personas utilizan lo que él llama *medicinas alternativas*:

- ✓ El descontento con los resultados de la medicina ortodoxa, que ha sido incapaz de curar las enfermedades degenerativas y crónicas y a veces se ha mostrado ineficiente a la hora de curar el dolor en casos como los de artritis, reumatismo o dolores lumbares y de espalda. Siahpush apunta que cuando una persona percibe a su médico de referencia como inefectivo se convierte en candidata con alta probabilidad de acudir al uso de medicinas alternativas.

- ✓ Una segunda explicación se plantea en términos del descontento con la relación entre enfermo-médico o sea, con el encuentro médico. En este sentido, se considera que factores como el poco tiempo dedicado en la medicina convencional a las visitas y exploraciones, la falta de respeto de algunos profesionales o de determinadas prácticas o la falta de información percibida por los usuarios y usuarias hace que estos vean a las cabezas visibles del sistema sanitario como agentes que han perdido el toque humano necesario para este tipo de prácticas. En este sentido no son raros los casos de pacientes que sienten que sus médicos no les escuchan suficientemente. En este sentido, en la contraportada de un libro publicado recientemente se puede leer: *“De media, un médico interrumpirá a un paciente que le describe sus síntomas a los 18 segundos. En ese breve tiempo, muchos médicos deciden el diagnóstico más probable y el mejor tratamiento”* (Groopman, 2008).
- ✓ La tercera explicación, muy próxima a la anterior, consiste en decir que a algunas personas les gusta la manera en que los terapeutas alternativos tratan a sus pacientes. La explicación estaría en el cuidado, la atención individualizada y personalizada y la gran cantidad de tiempo que les dedican, junto a la información que les proporcionan.
- ✓ En cuarto lugar, Siahpush ofrece una visión, que él personalmente comparte, centrada en la extensión en nuestra sociedad de una nueva filosofía conocida con el nombre de postmodernismo, filosofía que se estaría manifestando en
 - La consideración de lo natural como algo curativo
 - El disgusto con los procedimientos propios de la aproximación científica y tecnológica
 - Un deseo de considerar la salud desde un punto de vista holístico (global)
 - Todo ello, en un contexto en que las autoridades tradicionales (entre ellas las de los médicos) están siendo cuestionadas por actores sociales que cada vez más quieren poder decidir sobre sus propias vidas

- La extensión de valores como el individualismo o el consumismo

Sería la concordancia entre estas actitudes y valores y la imagen que se tiene de las medicinas alternativas lo que explicaría el éxito de las medicinas alternativas.

42

- ✓ La quinta explicación se centra en la importancia de la red social que cada persona comparte. Se dice, en este intento explicativo, que la heterogeneidad de la red social juega el papel de variable independiente, por lo menos así lo han demostrado algunos estudios empíricos: los usuarios de medicinas alternativas tienen una red social más heterogénea en lo que se refiere al estatus socioeconómico y el lugar de residencia. La explicación parece residir en el hecho que cuanto mayor es la red social y más diversa, mayor es el abanico de información e ideas de las que una persona tiene conocimiento, y esto incluye información sobre los cuidados de la medicina alternativa.
- ✓ Finalmente, la última explicación se basa en el hecho que la medicina alternativa llenaría el vacío dejado por la religión en nuestra sociedad actual y, por lo tanto, llenaría un vacío existencial de ciertas personas.

Se podría acabar este tema hablando de dos casos en los que la influencia de la cultura sobre la salud de las personas parece jugar un papel decisivo.

El primer caso hace referencia a los problemas relacionados con la **anorexia** y la **bulimia**, enfermedades que podría pensarse que tienen su origen en la confusión entre salud y belleza propia de nuestro mundo actual. En este caso, la alteración de la percepción del propio cuerpo que se produce en los casos de anorexia pone de relieve una vez más lo acertado de la idea de Berger y Luckmann de que las cosas que se definen como reales tienen consecuencias reales. En este caso se ve claramente como elementos de tipo subjetivo –la percepción de la propia imagen– dan lugar a trastornos de salud objetivamente medibles: la malnutrición acaba generando, por ejemplo amenorrea.

El segundo caso que queremos poner sobre la mesa es el de la **dismorfia muscular**, conocida también como vigorexia. En este caso la preocupación crónica por el hecho de que uno mismo está insuficientemente musculado, en relación al modelo

socialmente construido en nuestra sociedad, conduce a actitudes de evitación de situaciones sociales en las que se pudiera tener que mostrar el propio cuerpo a otras personas o a dietas y estrategias de entrenamiento tan estrictas que acaban poniendo en peligro la salud física de las personas afectadas.

Otros casos en que la cultura tiene un vínculo muy importante con el cuidado de la salud se encuentran en una cuestión tan evidente, pero tan olvidada, como las **diferencias idiomáticas**. Se ha dicho que el 80% de la información que un médico necesita para establecer un historial clínico que permita establecer un diagnóstico proviene del propio afectado y ha sido transmitida por vía oral. En este caso resulta evidente que la no coincidencia comunicativa por razones idiomáticas puede dar lugar a diagnósticos erróneos o sesgados. En el sistema americano se sabe a ciencia cierta que aquellas personas que no hablan inglés fluidamente son objeto de más exámenes médicos y son hospitalizadas con mayor frecuencia. También las posibilidades de que les programen una visita sucesiva se ven disminuidas en estos casos.

En este caso también se ha puesto de relieve que cuando se utilizan los servicios de un o una intérprete, éstos no traducen a los pacientes todos los consejos preventivos propuestos por el equipo médico. En buena parte, esta falta de transmisión se debe al hecho que les supone un mayor esfuerzo o/y que piensan que por mucho que se esfuercen los usuarios no serán capaces de entenderlos.

Así que cuando se producen diferencias idiomáticas de cierta consideración, las personas que son atendidas en los servicios de salud,

- ✓ Reciben menos información acerca del régimen terapéutico que deben seguir y entienden menos las informaciones sobre los medicamentos que les son recetados,
- ✓ Tienen a no asistir a las citas médicas subsiguientes y acaban visitando de manera más frecuente los servicios de urgencia hospitalarios,
- ✓ Tienen menos probabilidades de recibir servicios preventivos.

Por su parte, el personal sanitario:

- ✓ Encuentra mayores dificultades para establecer un diagnóstico exacto,

- ✓ Tiene problemas a la hora de conseguir el consentimiento necesario para algunos tipos de actuaciones, y
- ✓ Ofrecerles información sobre las distintas posibilidades de actuación que tienen ante sí,
- ✓ Igualmente es más difícil llevar a cabo actuaciones de educación para la salud cuando no se comparte un mismo idioma, e incluso
- ✓ Conseguir que sigan el régimen de tratamiento que se les ha propuesto.

En este sentido es de vital importancia poder contar con un servicio de traducción adecuado que asegure la realización de diagnósticos lo más correctos posible, que evite la proliferación de errores médicos y que no hagan el tratamiento algo aún más costoso.

En algunos casos, se ha intentado utilizar para estas funciones a familiares o amigos de las personas que son atendidas. Estos traductores reciben el nombre de *mediadores naturales* que, siendo una buena opción, debemos tener muy presente sus posibles limitaciones:

- ✓ La proximidad entre traductor y paciente puede provocar que este último sienta vergüenza a la hora de explicar ciertas cosas frente a una persona tan cercana.
- ✓ En otras ocasiones, los traductores con vinculaciones familiares o de amistad muy directas o intensas pueden buscar proteger a sus seres queridos de noticias desagradables y de esta forma *reformulan* lo que médicos o enfermeros quieren transmitir a sus pacientes.
- ✓ Por otro lado, puede pasar que la persona que actúa como traductor no entienda el argot propio del mundo médico, de manera que la comunicación pierda la riqueza de contenido que sería deseable. Esto suele suceder cuando la persona que traduce es un menor, como por ejemplo el hijo o la hija de la paciente.

Las cuestiones culturales afectan también a la visión que las personas tienen de lo que se puede esperar de las enfermeras y enfermeros. En primer lugar, de acuerdo con esta visión estereotipada, el personal de enfermería debe ser femenino y, como consecuencia, se tiende a otorgar el papel de médico a los hombres, aún cuando los estudios demuestran que éste es también un sector profesional muy feminizado. Además, tradicionalmente el médico se ha dedicado más a las cuestiones más técnicas y las enfermeras a los aspectos que tienen que ver más con los cuidados y los aspectos relacionales. Un estudio del año 2005, que se llevó a cabo en Barcelona, reveló que dos de cada tres personas entrevistadas consideraban a la enfermera como la ayudante del médico. Los resultados, que se publicaron en *Enfermería Clínica*, acababan diciendo que *“las cualidades demandadas de una buena enfermera –amabilidad y paciencia- coinciden con la tradicional imagen de madre amorosa que conforta y cuida”*.

Actividad complementaria

Antes de seguir adelante, mira la estructura de los dos capítulos siguientes e intenta poner por escrito cuáles podrían ser, según tu criterio, las características más importantes de la visión de la salud y la enfermedad en tu grupo social.

Una vez realizado este breve ejercicio, ¿te ha resultado fácil o difícil responder a lo que se te pedía?

Diferencias culturales entre los grupos más importantes

ANGLOAMERICANOS

- ✓ El individuo espera conocer los detalles de su estado y del tratamiento. Ante enfermedades incurables, generalmente se quiere saber el diagnóstico y el pronóstico.
- ✓ La privacidad es un valor muy importante y que hay que respetar.
- ✓ Buscan evitar la atención excesiva de los miembros del sexo opuesto para evitar cualquier insinuación sexual impropia.
- ✓ El paciente puede preferir estar solo, o alejado cuando está enfermo.
- ✓ Querrán que haya enfermeras que proporcionen el cuidado psicosocial.
- ✓ Marido y mujer deben tener la misma autoridad.
- ✓ Se debe valorar la independencia; el cuidado de sí mismo será generalmente aceptado.
- ✓ La gente pobre tiende a mirar hacia el presente; los individuos de clase media-alta tienden a mirar hacia el futuro.
- ✓ Los pacientes generalmente tienden a ser estoicos, aunque demanden medicación para el dolor. El estoicismo es valorado cuando se produce una muerte.
- ✓ El cuidado prenatal generalmente es buscado o solicitado.
- ✓ El marido es por lo general el compañero preferido en el parto.
- ✓ Se prefieren los nacimientos en el hospital.
- ✓ No se realizan rituales específicos después del parto.
- ✓ Habitualmente el amamantamiento se da en bebés entre los 3 y los 6 meses de vida.
- ✓ Las donaciones de órgano y autopsias son aceptadas, a no ser que estén prohibidas por la religión del paciente.
- ✓ La incineración o el entierro son aceptables, a no ser que la religión del individuo no lo permita.

- ✓ Generalmente prefieren un tratamiento agresivo en el trato de la enfermedad. Se prefiere la biomedicina, aunque muchos pacientes utilizan la medicina alternativa y complementaria.
- ✓ Se cree que los gérmenes o microbios son la causa de la enfermedad. Por ello el tratamiento esperado apunta a la destrucción de los gérmenes. Los antibióticos son solicitados a menudo, incluso para enfermedades virales.

HINDÚS (sikhs y musulmanes de la India, Pakistán, Bangladesh, Sri Lanka y Nepal)

- ✓ Mirar directamente a los ojos se puede considerar de mala educación o irrespetuoso, especialmente entre la gente mayor.
- ✓ El silencio acostumbra a indicar aceptación o aprobación.
- ✓ Pueden aparecer problemas a la hora de firmar los consentimientos porque consideran que los profesionales sanitarios son quienes se encuentran en una situación de autoridad y, por lo tanto, les corresponda tomar la iniciativa.
- ✓ El movimiento de la cabeza de izquierda a derecha puede querer indicar acuerdo o duda. El movimiento de arriba abajo puede indicar desacuerdo con el interlocutor.
- ✓ No es extraño que los maridos contesten las pregunta dirigidas a sus mujeres.
- ✓ Los hombres evitan dar la mano a las mujeres a no ser que ellas se la ofrezcan primero.
- ✓ Los miembros femeninos de la familia y los familiares directos frecuentemente se harán cargo de las tareas diarias como alimentar o lavar al paciente y se quedarán con el paciente.
- ✓ Normalmente, el padre o el hijo mayor tienen el poder de tomar decisiones, pero generalmente se consulta a los miembros de la familia antes de decidir.
- ✓ Acostumbran a preferir cuidadores del mismo sexo que el paciente.
- ✓ Habitualmente se muestran estoicos, pero es posible que giman y griten en el nacimiento del primer hijo.
- ✓ Los pacientes musulmanes puede que no acepten narcóticos si no sufren un dolor muy agudo.
- ✓ Es frecuente que a las mujeres hindús embarazadas se les recomiende comer frutos secos, pasas, cocos y fruta con el objetivo de tener un bebé sano y bello.

- ✓ A la madre que acaba de parir se le acostumbra a dar jengibre en polvo, semillas de apio, frutos secos y flores de loto infladas para limpiar su cuerpo y restablecer la fuerza.
- ✓ Las mujeres del este de la India practican un periodo posterior al parto durante el cual guardan cama. Se espera que den de mamar al bebé y así quedan exentas de las otras tareas, que tradicionalmente son realizadas por sus parientas. En caso que no exista esta posibilidad, puede que la partera espere que sean las enfermeras quienes se hagan cargo de estas tareas.
- ✓ No es extraño que prefieran que el diagnóstico de una muerte cercana sea comunicado por algún familiar. A partir de ahí, la familia decidirá si revela esta información y qué se le dirá al paciente. En atención a este punto, es interesante preguntarle a los enfermos a quién prefieren que se faciliten las informaciones que sean necesarias, mejor antes que sea conveniente realizarlo.
- ✓ Los sikhs tienen prohibido cortarse el pelo o afeitarse la barba. Normalmente llevan el pelo envuelto en un turbante. Hay que tenerlo en cuenta a la hora de cortarles el pelo o afeitarlos para cualquier operación.
- ✓ Los hindús normalmente no comen ni carne ni pescado; algunos no comen huevos. Si son musulmanes, no comen carne de cerdo.
- ✓ Aquellos que creen en la medicina ayurvédica (hindús, sikhs y algunos musulmanes) clasifican la comida en caliente o fría en función de las cualidades inherentes de la misma más que en la temperatura. Las comidas calientes (carne, pescado, huevos, yogurt, miel, frutos secos) se darán en condiciones frías, como en caso de fiebre o intervención, especialmente en invierno. Las comidas frías (leche, mantequilla, queso, fruta y verdura) tendrían que comerse en verano y en condiciones calientes, entre las cuales se encuentra el embarazo.

ASIÁTICOS

- ✓ Para mostrar respeto, los pacientes pueden aparentar que están de acuerdo con lo que el médico les dice; pero sin tener realmente intención de cumplir lo que éstos dicen. Hay que explicarles las cosas detalladamente y de una forma clara.
- ✓ Evitan el contacto directo con los ojos, sin que esto tenga un significado especial.

- ✓ Evite hacerles preguntas que requieran un sí o un no por respuesta: el paciente tiene que demostrar que ha entendido lo que se le ha dicho.
- ✓ Hay que evitar los gestos con la mano; alguno de ellos, como levantar el dedo índice, se considera insultante para filipinos y coreanos.
- ✓ Conviene ofrecer o repetir las cosas varias veces; los pacientes pueden negarse al principio para mostrar cortesía.
- ✓ Los pronombres no existen en la mayoría de los idiomas asiáticos, de manera que a menudo confunden “él” o “ella”
- ✓ Hay que permitir a los familiares pasar todo el tiempo posible con el paciente.
- ✓ Es posible que las esposas puedan delegar a sus maridos la toma de decisión. Por eso vale la pena involucrar a la familia en la toma de decisiones.
- ✓ Puede que valoren más a los hijos que a las hijas.
- ✓ Otorgan mucho respeto a los ancianos.
- ✓ Los pacientes puede que no expresen su dolor, por lo cual se les puede ofrecer este tipo de medicación cuando sea necesario, aunque el paciente no lo pida. Está bien insistir en dársela cuando sea necesario.
- ✓ El acompañante tradicional durante el parto puede ser la suegra u otro familiar de la mujer.
- ✓ Las mujeres no se quejan mientras dan a luz (se muestran insensibles).
- ✓ Tradicionalmente, las madres evitan el frío, el baño y el ejercicio durante el primer mes después del parto. Pueden preferir lavarse con una esponja.
- ✓ Se piensa que el embarazo es una condición caliente, por lo cual el nacimiento vacía el cuerpo de calor. La restauración de ese calor es importante, por lo que se ofrecerán a la partera líquidos calientes.
- ✓ Puede que los padres eviten poner nombre al bebé hasta pasados 30 días de su nacimiento.
- ✓ La familia puede desear proteger el diagnóstico terminal del paciente. Por ello es aconsejable preguntar al paciente lo antes posible a quién debe darse la información sobre su enfermedad.
- ✓ Atención al uso de prácticas propias como el *cunning* o el *cupping*, basadas el uso de monedas y tazas que se usan como si fueran ventosas sobre determinados puntos energéticos. Estas prácticas pueden producir hematomas que fácilmente pueden confundirse con síntomas de malos tratos.

- ✓ A menudo la fiebre es tratada envolviendo a la persona con mantas calientes y dándole a beber líquidos también calientes. En estos casos, hay que evitar darles agua helada, a menos que el paciente la pida.
- ✓ El uso de hierbas es habitual por lo que hay que prestar atención al seguimiento de los tratamientos de la medicina convencional.
- ✓ Hay que evitar el número 4, pues puede significar la muerte para personas de origen chino o japonés.
- ✓ La enfermedad mental normalmente se afronta favorablemente. No es raro que los problemas emocionales sean incluidos como dolores físicos. Los pacientes pueden ser reacios a la hora de discutir los problemas emocionales con los extraños.

AFROAMERICANOS

- ✓ Debido a la historia de la esclavitud, seguida de discriminación racial, los pacientes afroamericanos no se fían de las instituciones blancas como pueden ser los hospitales. Por esta razón, los niños que son hospitalizados pueden tener un adulto (madre, abuela o tía) constantemente a su lado o dentro de la habitación.
- ✓ Pueden ser muy sensibles a lo que perciben como discriminación, incluso cuando no sea de forma intencionada.
- ✓ La religión es una parte importante de la vida de muchos afroamericanos. Puede que pidan espacios para rezar.
- ✓ La estructura familiar puede ser monoparental, numerosa o matriarcal. Los amigos cercanos pueden formar parte de este sistema de apoyo.
- ✓ El padre o la mujer mayor acostumbran a ser los portavoces de la familia.
- ✓ La toma de decisiones se hace equitativamente fuera de casa, pero el padre puede tomar las decisiones finales sin contar con los demás miembros en su casa.
- ✓ La mayoría de las personas tienen una orientación del tiempo basada en el presente, lo cual impide el uso de medicinas preventivas y el seguimiento del cuidado personal. Hay que hacer hincapié en que los antibióticos deben seguirse tomando hasta agotar el tratamiento, aunque los síntomas hayan desaparecido.
- ✓ Puede que consideren que retrasar el baño y lavado del pelo hasta el post-parto detenga la hemorragia de la mujer parturienta. En este caso se aconseja ofrecerles una esponja de baño.
- ✓ Se considera a la menstruación como el acto de deshacerse de un cuerpo lleno de suciedad y con exceso de sangre. Así, un flujo muy pequeño

provoca miedo a que la sangre se acumule en el cuerpo y un flujo muy cuantioso se cree que podía debilitar el cuerpo.

- ✓ Puede ser un tabú donar órganos o sangre, excepto a un miembro de la familia o si la muerte es inmediata o precipitada.
- ✓ Una dieta incorrecta o una exposición al viento o al frío son vistas como causas naturales de la enfermedad. Las causas artificiales pueden incluir un castigo de dios por haber pecado y el vudú.
- ✓ Los alimentos rojos pueden ser vistos como una causa del incremento de sangre, lo que se puede confundir con un aumento de la tensión arterial. La alta concentración de sangre se puede tratar con sangre de baja concentración con alimentos de sangre "baja". Aquí se pueden incluir cosas tales como la salmuera, cuya composición es alta en sodio.
- ✓ Se piensa que la "sangre baja" puede ser resultado de exceso de vinagre, zumo de naranja, ajo y poco consumo de carne roja. Se debe estar seguro de dejar clara la diferencia entre la sangre baja y la presión arterial baja.
- ✓ La fitoterapia es una gran tradición en la cultura afroamericana.
- ✓ Las enfermedades gastrointestinales (náuseas, vómitos, diarreas, pérdidas de hambre) pueden ser interpretadas como síntomas de envenenamiento por vudú.

RUSOS

- ✓ Para calmar la ansiedad es conveniente actualizar frecuentemente los tratamientos de los pacientes y la información que se les proporciona.
- ✓ Se espera que las enfermeras sean amistosas, cariñosas, cuidadosas y que empaticen con los pacientes.
- ✓ No hay ningún problema en utilizar gestos con las manos y expresiones faciales cuando existan problemas de idioma.
- ✓ Pueden hablar muy alto y parecer agresivos.
- ✓ Es interesante mantener el contacto visual, estar firme, y ser respetuoso. También dirigirse a los pacientes tratándoles de señor o señora.
- ✓ El género del cuidador no es normalmente un problema, pero prefieren tener un miembro del mismo género presente durante los cuidados personales.
- ✓ Tienden a tener un alto umbral del dolor y una actitud estoica ante el mismo.
- ✓ Hacer ejercicio y levantar objetos pesados suele estar prohibido durante el embarazo.

- ✓ Se debe preguntar al paciente si está de acuerdo en informar a los familiares o prefiere recibir él mismo la información sobre su condición.
- ✓ Las donaciones de órganos pueden ser rechazadas.
- ✓ Especialmente los ancianos, creen que las enfermedades son consecuencia del frío. Por tanto, los mantendremos tapados, cerraremos las ventanas, mantendremos la habitación cálida y evitaremos bebidas frías.
- ✓ A menudo preferirán baños con esponjas en vez de duchas.
- ✓ Puede que no quieran tomar muchas pastillas y que cada vez tomen la menor cantidad posible de ellas.
- ✓ Puede que para evitar náuseas, prefieran intervenciones no farmacológicas como una rebanada de limón, *ginger ale*, agua mineral o un poco de té con limón.
- ✓ Pueden presentarse prácticas de *cupping* que no hay que confundir con secuelas de malos tratos.
- ✓ Los pacientes y sus familiares acostumbran a ofrecer con frecuencia pequeños "regalos" de chocolate.

El **cupping** o terapia de las tazas chinas es un antiguo método terapéutico que emplea la medicina tradicional china desde hace más de 3.000 años. Consiste en aplicar tazas o vasos a modo de ventosas sobre determinados puntos energéticos del cuerpo descritos por la acupuntura.

Para entender mejor su funcionamiento es recomendable visualizar algún video en internet que lo muestre de manera muy clara.

HISPANOAMERICANOS (fundamentalmente mejicanos)

- ✓ Ponen mucho énfasis en las relaciones personales, por lo cual es interesante preguntar sobre la familia del paciente y sus intereses antes de focalizarse en asuntos de salud.
- ✓ Hay que permitir que los miembros de la familia expresen su amor y empatía dejándoles que pasen tanto tiempo como puedan con el paciente.
- ✓ Es posible que no estén dispuestos a tratar problemas emocionales fuera de la familia.
- ✓ Gran sentimiento de decencia, sobre todo en mujeres mayores. Por lo tanto hay que intentar mantenerlas cubiertas lo máximo que se posible.

- ✓ Las mujeres mayores pueden dejar a sus maridos la toma de decisiones importantes tanto sobre su propia salud como sobre la de sus hijos e hijas.
- ✓ La mayoría tienen una orientación temporal presentista, lo que les impide un uso adecuado de la medicina preventiva y de la atención durante la convalecencia.
- ✓ El sufrimiento es frecuente que se exprese de manera alta y fuerte, aunque puede variar según la audiencia que esté presente. Los hombres serán más expresivos si tienen miembros de la unidad familiar a su alrededor que no si hay profesionales de la salud.
- ✓ El embarazo es visto como una condición normal, así que los cuidados de la figura paterna no serán buscados.
- ✓ En el momento del parto, la madre de la partera será la compañía y ayuda preferida.
- ✓ Aunque algunas parteras pueden mostrarse estoicas, frecuentemente emitirán un grito que en realidad es una forma de controlar la respiración en voz alta.
- ✓ Tradicionalmente las madres novicias evitan el frío, bañarse y hacer ejercicio durante las seis semanas posteriores al parto. Por lo tanto también preferirán los baños con esponja.
- ✓ Como que se considera que el embarazo es una condición de alta temperatura que agota el calor del cuerpo, restaurar el calor será muy importante. Para ello habrá que ofrecer líquidos sin hielo, ya que éstos se consideran demasiado fríos.
- ✓ Es interesante preguntar al paciente, si es posible antes de que sea necesario, a quién habrá que dar la información sobre su estado si el diagnóstico resulta negativo.
- ✓ Es posible que determinados medicamentos o alimentos sean rehusados por considerar que desequilibran la relación entre frío y calor. En ese caso, conviene ofrecer otros alimentos como alternativa.
- ✓ Normalmente se evitará darles agua con cubitos de hielo, excepto si lo piden expresamente.
- ✓ En muchas mujeres de tipo tradicional, el sobrepeso es visto como un estado saludable.
- ✓ Muchos platos y alimentos mejicanos son ricos en grasas y sal, con lo cual habrá que tenerlo en cuenta para evitar determinados problemas de salud.
- ✓ En algunos casos se considera que mirar al bebé sin tocarlo puede provocar *mal del diablo*, por ello es conveniente tocarlo cuando se esté observándolo.

- ✓ Hay que recabar información sobre qué remedios de fitoterapia utiliza el paciente, puesto que algunos de ellos pueden ser ricos en plomo y por lo tanto peligrosos. Es el caso del Azarcón y la Greta, usadas para tratar el *empacho* (dolor de estómago).

NATIVOS AMERICANOS

- ✓ Puede que recurran a anécdotas o metáforas para explicar sus experiencias
- ✓ Las largas pausas indican que están dando importancia a la cuestión. Hay que respetarlas.
- ✓ Puede que eviten el contacto ocular por respeto o preocupación por una posible pérdida del alma.
- ✓ Hay que evitar hablar fuerte, pues se asocia a una actitud agresiva.
- ✓ La enfermedad acostumbra a preocupar a toda la familia, por lo general bastante numerosa.
- ✓ Puede que no respeten los horarios, sino que sigan el “tiempo indio”.
- ✓ Se valora mucho el heroísmo, de manera que puede que los pacientes no expresen su dolor. Si el paciente expresa que se siente mal y no se le suministra nada que le quite el dolor, no volverá a pedirlo. Por ello hay que ofrecer medicación cuando sea requerido, aunque el paciente parezca no estar sufriendo.
- ✓ La madre y el bebé tienen que estar ingresados y descansar durante 20 días después del parto o hasta que al bebé le caiga el cordón umbilical. Puede que deseen guardar el cordón porque tiene un importante valor espiritual.
- ✓ Hay casos en que se evita el contacto ocular con el difunto, mientras en otras etnias se demanda poder estar con éste, junto a la cama, 24 horas al día.
- ✓ Puede que deseen dejar abierta la ventana para permitir que su alma pueda salir de la habitación. En otros casos puede pedirse orientar el cuerpo del paciente en determinada dirección antes de morir.
- ✓ Hay que preguntar si el paciente o la familia quieren guardar el cabello antes de cortar el pelo o afeitar al paciente.
- ✓ Puede que quieran combinar la medicina occidental con algunos remedios tradicionales o rituales. Los objetos rituales no deben ser tocados ni observados.

MUSULMANES

56

- ✓ La comunicación debería producirse a dos bandas, así que en ocasiones habrá que compartir información sobre uno mismo para conseguir que expliquen cuestiones propias.
- ✓ Hay que evitar el contacto ocular con los miembros del sexo opuesto, para evitar cualquier tipo de interés sexual.
- ✓ Hay que ser paciente con la impaciencia de los miembros de la familia, pues éstos se sienten responsables del bienestar de su pariente. Por ello se repiten en sus demandas y utilizan un tono de voz elevado.
- ✓ Los problemas personales no deben ser tratados con la familia sino que primero hay que hablarlos con el cabeza de la misma.
- ✓ Existe una importante segregación sexual, así que hay que asignar a personas del mismo sexo las acciones de cuidar. También hay que mantener a la mujer en una postura decente siempre que sea posible.
- ✓ Es frecuente que la mujer deje al marido que tome las decisiones y que sea éste quien responda cuando la pregunta se dirija a ella.
- ✓ Hay momentos del día en que pueden precisar llevar a la práctica diversos ritos de tipo religioso encarando el cuerpo en dirección a la Meca.
- ✓ No son raros los casos de resignación ante la enfermedad, pues se supone que los temas de salud están en manos de Allah quien puede haber castigado un comportamiento inapropiado.
- ✓ Habitualmente no se plantean planificar el nacimiento ni la muerte, que quedan en manos de Allah. Así que es posible que no hagan nada para preparar el parto.
- ✓ Tienden a ser ruidosos y expresivos, especialmente en los nacimientos, después de la muerte y cuando sienten dolor.
- ✓ Es común la circuncisión masculina.
- ✓ Pueden negarse a la realización de autopsias o a la donación de órganos, puesto que el cuerpo debe volver a Allah en el mismo estado en que le fue entregado a la persona.
- ✓ Algunas enfermedades se explican por los resfriados, la humedad o las emociones fuertes.
- ✓ El mal de ojo puede causar enfermedades o desgracias. Para evitarlo son comunes los amuletos de los cuales no quieren deshacerse con facilidad.
- ✓ Están acostumbrados al uso de medicamentos fuertes y puede que se sientan rechazados si no se les dan recetas médicas.
- ✓ Las personas musulmanas no pueden comer carne de cerdo.

IGLESIA CATÓLICA

- ✓ Es frecuente que participen en la eucaristía, sobre todo los domingos.
- ✓ En algunos casos, puede que pacientes de esta religión pidan recibir la unción de los enfermos, que consta de invocaciones, plegarias, lectura de la Biblia y extensión de una pequeña cantidad de aceite previamente bendecido sobre la frente y las manos del paciente.
- ✓ Existe el precepto de la abstinencia de carne y sus derivados durante los siete viernes de Cuaresma. El Miércoles de Ceniza y el Viernes Santo también es preceptivo el ayuno (reducción o privación de ingerir alimentos). Las personas mayores y enfermas están exentas de cumplir este precepto.
- ✓ En algunos casos, pacientes de esta religión desean tener junto a ellos mientras están en el hospital objetos de significado religioso (estampas, rosarios, crucifijos o imágenes de la Virgen).
- ✓ Pueden demandar poder acceder a la capilla para rezar o asistir a la eucaristía.

IGLESIAS EVANGÉLICAS O PROTESTANTES

- ✓ Su actividad religiosa principal es la oración y la lectura y estudio de la Biblia.
- ✓ Acostumbran a celebrar periódicamente una santa cena con pan y vino, especialmente durante la celebración del culto dominical.
- ✓ No celebran las festividades dedicadas a la Virgen ni a los santos.
- ✓ Puede que soliciten acompañamiento espiritual en el momento de acercarse a la muerte.
- ✓ En algunas iglesias evangélicas se hacen oraciones específicas para los enfermos.
- ✓ Pueden solicitar espacios destinados a realizar plegarias o cultos.

ISLAM

- ✓ Los seguidores de esta religión realizan cinco oraciones repartidas a lo largo del día.
- ✓ Para poder realizar estas oraciones se orientan hacia la Meca y previamente se lavan las manos, los brazos, los pies, la cara, la boca y las orejas.
- ✓ Se distingue entre alimentos *halal* (permitidos) y *haram* (prohibidos). Fundamentalmente se puede decir que los alimentos prohibidos son la carne de cerdo y todos sus derivados, la sangre, los animales acuáticos que no tienen escamas, el alcohol y todos los animales terrestres que no han sido sacrificados de manera ritual.
- ✓ Durante el mes del Ramadán, cuya fecha varía en función de la posición de la Luna, los musulmanes no beben ni comen desde el alba hasta la puesta del sol. Sin embargo el Corán autoriza a los enfermos y mujeres embarazadas a no hacer este ayuno.
- ✓ Para las personas que profesan esta religión, las primeras palabras que debe oír un bebé tienen que ser una oración islámica. Esto hace que el padre se acerque al oído del recién nacido mientras está en la sala de partos y le susurre algunas palabras.
- ✓ Es habitual dar un poco de miel o un dátil para que el bebé chupe en las primeras horas de su vida.
- ✓ En el momento de acercarse a la muerte es frecuente que se reciten fragmentos del Corán. Además el enfermo se tumba sobre el costado derecho y se orienta su cama hacia la Meca.
- ✓ Después de la muerte se acostumbra a estirar completamente el cadáver y a cubrirlo con una tela. La cabeza del fallecido se gira hacia la derecha y se sitúa mirando a la Meca.
- ✓ Generalmente se considera que después de la muerte el cadáver no puede ser tocado por ninguna persona del sexo contrario y deber ser lavado por otra persona musulmana.
- ✓ Es posible que las mujeres quieran mantener su cabeza cubierta mientras estén ingresadas en el hospital.

JUDAISMO

- ✓ Habitualmente realizan tres oraciones repartidas a lo largo de todo el día, aunque pueden ser en mayor número en fechas especiales.
- ✓ Estas personas desean una alimentación *kasher*, que implica la prohibición de comer cerdo y sus derivados, sangre, animales acuáticos sin escamas, carne mezclada con leche y carne que no haya sido sacrificada de manera ritual.
- ✓ Los alimentos calientes sólo pueden ser ingeridos en platos de un solo uso de papel o de plástico o en platos de cristal. La comida fría se puede ingerir en cualquier tipo de utensilio.
- ✓ Se realizan diversos ayunos durante el curso del año, los más importantes de los cuales corresponden al otoño.
- ✓ El sábado es el día sagrado y se extiende desde la puesta del sol del viernes hasta el crepúsculo del sábado. Esta jornada –Sabbat- es dedicada a Dios de manera plena, razón por la cual no se puede llevar a cabo ningún tipo de trabajo. Por esta razón algunos pacientes pueden rehusar que en estos días se les realice algún tipo de cura o tratamiento que no se considere estrictamente indispensable.
- ✓ Puede que las mujeres quieran recibir el *Sabbat* haciendo una ceremonia que incluye la encendida de velas y la bendición de determinados alimentos.
- ✓ Algunos judíos ortodoxos evitan tener contacto físico con su mujer mientras ésta está pariendo o ver directamente el nacimiento de la criatura.
- ✓ Es habitual que un rabino acompañe al moribundo y rece con él determinados salmos y pongan en práctica algunos rituales.
- ✓ Justo antes de morir el enfermo o alguna persona en su nombre pronunciará la profesión de fe judía.
- ✓ Una vez muerto, se acostumbra a estirar completamente el cadáver y a cubrirle la cara con una tela.
- ✓ No quieren dejar nunca el cadáver completamente solo ni en la oscuridad.
- ✓ Aunque no se sigue de manera generalizada, existe un precepto que establece que no se puede tocar el cuerpo durante el *Sabbat*.
- ✓ Es posible que algunos judíos quieran permanecer con la cabeza cubierta mientras estén ingresados en un centro hospitalario. .
- ✓ En el hospital, pueden solicitar espacios para realizar sus plegarias diarias.

BUDISMO

- ✓ Son habituales las meditaciones o recitaciones de sonidos o frases sagradas (*mantras*).
- ✓ No es extraño que se lleven imágenes a las habitaciones de los hospitales para que les den protección
- ✓ Muchos budistas son vegetarianos, aunque no hay acuerdo sobre si se trata de un precepto religioso o no.
- ✓ En los momentos anteriores a la muerte es frecuente que se reciten determinados textos sagrados budistas.
- ✓ Entre muchos budistas se aprecia la conservación de la conciencia en el tránsito hacia la muerte, de manera que pueden renunciar a determinados tratamientos paliativos.
- ✓ Después de la muerte, acostumbran a meditar junto al cadáver e intentan que el cuerpo no sea tocado durante el máximo tiempo posible (de manera ideal, 72 horas). Se cree que esto permite que la conciencia abandone el cuerpo de manera no traumática.
- ✓ No es raro que lleven junto a sí rosarios, cordones de protección u otros objetos rituales, que es posible que deseen no ser separados de ellos.
- ✓ Pueden demandar espacios para llevar a cabo las meditaciones diarias.

IGLESIA ADVENTISTA DEL SEPTIMO DÍA

- ✓ Aproximadamente un sábado cada trimestre, los adventistas celebran la santa cena con pan elaborado sin levadura y zumo de uva.
- ✓ Sin que sea obligatorio, se promueve el vegetarianismo. Normalmente se rehúye el consumo de té, café y otros productos considerados poco saludables.
- ✓ El sábado es el día de descanso y durante este día se llevan a cabo los principales actos religiosos.

IGLESIA DE JESUCRISTO DE LOS SANTOS DE LOS ÚLTIMOS DÍAS O MORMONES

- ✓ Acostumbran a celebrar la santa cena de manera semanal con pan y agua.
- ✓ Dedicar parte de su tiempo al estudio de las escrituras sagradas y a hacer oración.

- ✓ Algunos enfermos pueden demandar que se les imparta la bendición de salud, un ritual que consiste en extender una pequeña cantidad de aceite bendecido sobre la frente o cabeza del paciente y recitar determinadas bendiciones por parte del sacerdote, mientras se realiza la imposición de manos.
- ✓ No toman alcohol, té, café ni ninguna bebida que pueda resultar excitante.
- ✓ Practican el ayuno durante dos comidas de un día al mes, generalmente el primer domingo de cada mes.
- ✓ Aunque celebran la Navidad y Semana Santa, no llevan a cabo ningún ritual particular en estas fechas.
- ✓ Dos veces al año, durante los meses de abril y octubre, tienen lugar dos conferencias generales de la Iglesia. Es posible que con este motivo algunos pacientes muestren interés en poder ver un mensaje dirigido a todo el mundo a través de un canal de televisión vía satélite.
- ✓ Es posible que en los momentos anteriores a la muerte el moribundo pida que se le imparta la bendición de salud.
- ✓ Después de muertos, algunos miembros de la Iglesia deben ser vestidos con determinados hábitos por otras personas de la misma confesión.
- ✓ Es posible que algunos mormones usen una ropa interior específica que les recuerda las promesas hechas ante Dios.

IGLESIAS ORTODOXAS

- ✓ Sus fieles comulgan periódicamente con pan y vino y previamente se confiesan ante un sacerdote ortodoxo.
- ✓ En algunos casos se llevan imágenes sagradas a las habitaciones.
- ✓ Generalmente practican el ayuno y la abstinencia en la vigilia de la Teofanía (18 de enero) y durante las festividades de San Juan Bautista (11 de septiembre) y la exaltación de la Cruz (27 de septiembre).
- ✓ No comen carne, huevos ni productos lácticos durante algunas fechas consideradas importantes, entre las cuales se encuentran la Cuaresma y la Semana Santa. Tampoco lo hacen durante la mayoría de miércoles y viernes del resto del año. En determinados momentos de estos períodos tampoco está permitido el consumo de pescado, aceite o vino. Pero las personas con problemas de salud están exentas de cumplir estos ayunos.
- ✓ Es posible que en algunos casos se quiera recibir la unción de los enfermos antes de morir.

- ✓ También pueden demandar espacios para hacer plegarias y menús vegetarianos en determinados días.

HINDUISMO

62

- ✓ Es habitual que reciten pequeños sones o frases sagradas llamados *mantras* y que hagan cantos rituales.
- ✓ En algunos casos se llevan imágenes de algunas divinidades a las habitaciones de los hospitales para reclamar su protección.
- ✓ La mayoría son vegetarianos y en algunos casos consideran que también está prohibido el consumo de huevos. Buena parte de los hinduistas que no son vegetarianos renuncian a comer carne de ternera y de cerdo.
- ✓ El consumo del alcohol está prohibido y en algunos casos algunos pacientes pueden mostrar reticencias a tomar ajos, cebollas, determinadas setas, té o café.
- ✓ En las principales fechas de esta confesión es habitual la distribución de dulces, el encendido de barras de incienso o la recitación de *mantras*.
- ✓ Algunos hinduistas consideran que las primeras palabras que debe oír un bebé deben ser *mantras* o el nombre de Dios. Por esto es habitual que el padre se acerque al oído del niño o niña y le susurren algunas palabras.
- ✓ Es frecuente dar al recién nacido un poco de miel durante las primera horas de vida.
- ✓ En el caso de las niñas, frecuentemente se les dibujan unos puntos de polvos de colores en la frente y los lóbulos de las orejas como forma de protección.
- ✓ Es habitual que pretendan retardar la decisión del nombre definitivo del niño o la niña hasta pasados algunos días de su nacimiento.
- ✓ La muerte acostumbra a acompañarse de *mantras* y cantos rituales por parte de la familia y amistades de la persona difunta.
- ✓ En los momentos previos al final de la vida pueden encenderse velas al lado del paciente, dársele a tocar dinero o agua del Ganges para beber.
- ✓ El cadáver es cubierto con una tela y no es raro que se desee poner el cuerpo en el suelo tan pronto como sea posible para simbolizar la vuelta a la tierra.
- ✓ En algunas ocasiones se colocan hojas de determinadas plantas en la boca de los difuntos.

- ✓ El cadáver deber ser lavado completamente, pero este ritual acostumbra a llevarse a cabo en los domicilios particulares.
- ✓ Para demostrar que están casadas, muchas mujeres hinduistas lucen un rosario que no se quitan en toda su vida. Esto puede dar lugar a conflictos en caso de intervenciones quirúrgicas.
- ✓ No es raro el uso de talismanes para garantizar la propia curación, motivo por el cual nunca quieren desprenderse de ellos.
- ✓ Puede que demanden espacios para realizar las meditaciones diarias.

SIKHISMO

- ✓ Los sikhs hacen tres plegarias diarias repartidas a lo largo del día.
- ✓ Con anterioridad a las plegarias de la mañana y la noche, los más devotos se lavan el cabello y lo peinan con un peine llamado *kanga*.
- ✓ Muchos de ellos son vegetarianos, pero no hay acuerdo en si se trata de un precepto de obligado cumplimiento. También se rehúye el consumo de huevos. En caso que no sean vegetarianos, normalmente no se come carne de ternera.
- ✓ Está prohibido el consumo de alcohol.
- ✓ En los momentos previos a la muerte, es frecuente que el sacerdote sikh (*granthi*) acompañe al enfermo en sus rezos.
- ✓ Quieren lavar completamente el cuerpo del difunto y untarle la boca con mantequilla, aunque este ritual acostumbra a desarrollarse en los domicilios particulares.
- ✓ La doctrina sikh especifica que no se puede cortar ningún cabello del cuerpo. Esto puede dar lugar a conflictos en casos de intervenciones quirúrgicas.
- ✓ Algunos de ellos presentan en todo momento los cinco elementos rituales conocidos como las cinco kas:
 - *Kes*: cabello largo
 - *Kirpan*: una navaja
 - *Katxera*: un tipo específico de ropa interior
 - *Kanga*: un peine
 - *Kara*: un brazalete de acero.
- ✓ Aunque no se trate de un precepto religioso, algunos sikhs acostumbran a llevar un turbante que no se quitan en público.

TESTIGOS CRISTIANOS DE JEHOVÁ

64

- ✓ Su actividad religiosa fundamental en la vida diaria es el estudio de la Biblia y de determinadas publicaciones editadas por esta iglesia.
- ✓ No se pueden comer alimentos que contengan sangre en su composición.
- ✓ Se niegan a recibir transfusiones sanguíneas y los elementos que forman la sangre por separado. Pero pueden acceder a que les sean hechas autotransfusiones siempre que la sangre no pase por ningún proceso de almacenaje.
- ✓ Rehúyen participar en celebraciones propias de otras confesiones religiosas y en las que violen la neutralidad política.

Tradiciones de salud

En las culturas que muy a la ligera llamamos primitivas, e incluso en aquellas sociedades europeas de la edad media y moderna, la gente vivía en una situación que –juzgada desde nuestros criterios actuales- no puede menos que calificarse de poco sana. Las principales causas eran la mala nutrición y las malas condiciones de salubridad de los lugares de residencia. En este contexto, las epidemias causaban importantes estragos.

Para explicar la importante presencia de la enfermedad y la muerte en estas sociedades tradicionalmente se había recurrido a una serie de causas que pueden resumirse en:

- ✓ La pérdida del alma
- ✓ La intrusión de espíritus en el cuerpo
- ✓ La intrusión de un objeto-enfermedad en el cuerpo
- ✓ La rotura de un tabú

A veces la explicación recogía más de una de estas causas para dar cuenta de una situación concreta. Lo que está claro es que no se aceptaba que las enfermedades tuvieran causas naturales y así no era extraño que se atribuyeran al descontento de los antepasados, espíritus, demonios o brujas.

Aunque no había llegado el momento de la explicación bacteriológica de las enfermedades, sí que se pensaba que éstas eran causadas por algún agente invasor. Por este motivo, algunos enfermos, como los afectados de lepra, eran aislados y encerrados.

También había una clara creencia de que el medio ambiente podía afectar y de hecho afectaba la salud de las personas. Así los espacios húmedos y mal ventilados

eran reputados insalubres. Además se reconocía la influencia de la Luna, los astros y los planetas sobre la salud humana, puesto que aún tenía cierta vigencia la idea medieval de la relación entre el microcosmos (hombre) y el macrocosmos (universo). De todas formas, estas explicaciones vinculadas a la astrología eran utilizadas preferentemente para explicar hechos considerados muy extraordinarios.

Lo que debe quedar claro de todo esto es que la enfermedad no estaba considerada como un hecho natural, sino que existía la tendencia a explicarla por medio de categorías religiosas y mágicas. En este sentido, compartía con los períodos meteorológicos extraordinarios la explicación de que su origen se vinculaba a la violación de ciertos tabús o a la comisión de algunos pecados. Así, la explicación moral ligada a los desórdenes sexuales era muy corriente para explicar enfermedades como la lepra o la sífilis.

En general, Dios enviaba enfermedades para castigar a ciertas personas de conductas desviadas o permitía la aparición de enfermedades de tipo natural para poner a prueba la moral de algunas personas. Otras explicaciones muy populares se relacionaban con los deseos de ciertas personas, como se puede ver en el caso del **mal de ojo** o con la presencia de los espíritus de los muertos o de vampiros.

Como resultado de esta patología tan ecléctica, la gente confiaba de entrada en su autodiagnóstico y en la automedicación. De esta forma, no era raro que se continuara llevando una vida aparentemente normal, esperando que la enfermedad desapareciera por ella misma.

Si esto no sucedía, los primeros remedios eran brebajes a base de hierbas medicinales, cuyo conocimiento había ido pasando de generación en generación por vía femenina. Tampoco eran raros en este estadio de la enfermedad los recursos de tipo ritual y mágicos.

En el **mal de ojo** se supone que se produce un mal a una persona a través de la mirada. El mal de ojo puede aparecer de manera voluntaria o involuntaria, y es, según la creencia popular, efecto de la envidia o admiración del "emisor", que a través de su mirada provoca un mal en otra persona. Los síntomas del aojamiento son el cansancio, adormecimiento o pesadez, que terminan enfermando gravemente a la víctima.

En el caso que ni la religión ni la fitoterapia consiguieran acabar con la enfermedad, era el momento en que había que buscar alguna persona del vecindario que tuviera reputación en la cura de enfermedades. A estas personas normalmente las conocemos con el nombre de curanderos.

Sólo en última instancia se acudía al médico, normalmente cuando ya se estaba a las puertas de la muerte. Desde nuestro punto de vista actual, las prácticas médicas eran muy poco científicas y su papel social estaba muy mal aceptado. De hecho, algunas de las que hoy en día son sus funciones las ejercían otros oficios: así los barberos realizaban las sangrías que fueran menester y arrancaban las muelas atacadas por la caries.

Como que se creía que muchas de las enfermedades respondían a causas religiosas, muchas de las respuestas que se ponían en práctica eran también de tipo religioso. Así no eran raros los exorcismos o bautizos para acabar con algunos problemas que hoy día sabemos que tienen una etiología biológica claramente definida y aceptada.

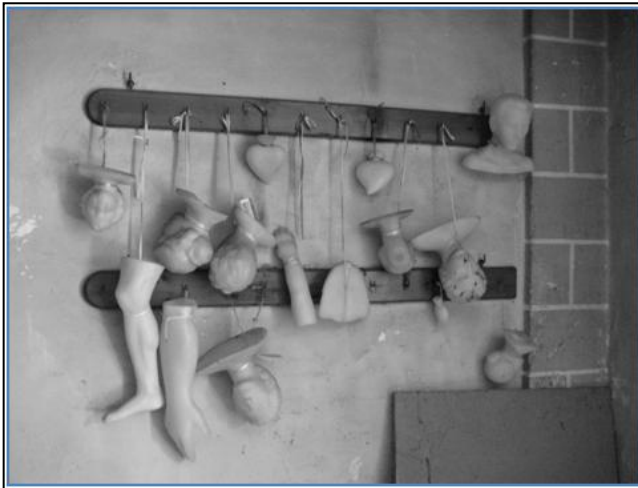
En este contexto, los santos eran uno de los mejores agentes de salud. A pesar que no podían curar directamente, se creía que podían interceder ante Dios para conseguir la curación de ciertas personas.

Aunque existían santos que tenían atribuidos poderes para sanar determinadas enfermedades, no eran raros los casos en que la cura se dejaba en manos de un santo elegido de forma aleatoria. Como muestra de la importancia de la construcción social de la salud, hay que decir que no en todos los marcos culturales y sociales la misma enfermedad era curada por el mismo personaje santo.

De entre todos los personajes con poderes para intervenir sobre la salud, la virgen María era la más popular. Nuestra geografía está llena de santuarios dedicados a ella o a otros personajes santos, lugares donde aún hoy en día no son raras las procesiones y los actos de penitencia pidiendo un favor relacionado con la cura del cuerpo o agradeciendo un acto de curación previo. Otros santos cuya reputación era muy elevada eran san Roque, que protegía contra la peste, san Sebastián o san Lorenzo, protectores de las quemaduras. Los pasajes de la vida de estos santos servían para justificar su utilidad en la cura de estas enfermedades. Así, san Lorenzo tenía poderes para curar las quemaduras pues su martirio consistió en quemarlo en una parrilla.

Como se ha dicho, a veces la petición de ayuda a un santo o la acción de gracias por un servicio ya prestado suponía una peregrinación a alguna ermita o santuario. En estos lugares, aun hoy en día son visibles los exvotos, piezas originariamente de cera que cada vez más está siendo substituida por el plástico, con forma de algún órgano o miembro del cuerpo humano que, por un procedimiento de magia simpática, intentaba conseguir el favor del personaje santo. Entre estos exvotos se ven brazos, piernas, manos, pies, corazones, estómagos, hígados, cabezas, etc.

En otras ocasiones había que acudir a una fuente o lugar relacionado con la vida del santo y beber de un agua que se consideraba que tenía propiedades terapéuticas.



1 - Exvotos en una ermita de Catalunya dedicada a san Antonio de Padua, año 2009.

Una de las personas que podían intervenir en la curación de aquellos y aquellas que habían perdido la salud –como se ha visto- eran los **curanderos** o los saludadores. El primero de ambos tipos de agentes de salud corresponde a personas que habían adquirido unos conocimientos de medicina empírica transmitidos de generación en generación y que muchas veces habían puesto en práctica con animales domésticos. Un caso típico era el de los pastores capaces de curar los huesos rotos de la misma forma que lo hacían con sus animales.

Junto a ellos, los **saludadores** eran personas que reunían ciertas condiciones especiales, normalmente vinculadas al momento de su nacimiento. Era por haber

nacido bajo estas condiciones que tenían poderes especiales para *dar salud*, de ahí su nombre. Una de las condiciones que podían convertir a cualquier persona en saludador era haber nacido a las 12 de la noche del día de Navidad; otras podían ser, por ejemplo, tener una cruz bajo la lengua o ser el séptimo hijo del mismo sexo de un matrimonio. Como se puede ver, los elementos simbólicos eran muy presentes en estos casos.

A diferencia de los curanderos, estas personas curaban las enfermedades por medio de oraciones que no podían revelar para que no perdieran de esta forma su eficacia. No era raro que estas oraciones fueran recitadas en latín, una lengua que la mayoría de la población ya no conocía, o en cualquier caso incomprensibles para el enfermo (no son raros tampoco los casos de mezclas de lenguas distintas con palabras inexistentes). Por regla general, estas personas no podían cobrar por sus servicios, porque en ese caso sus intervenciones habrían perdido todo poder. Sin embargo, aceptaban muy a gusto cualquier cosa que les fuera entregada en compensación y la tradición ya tenía establecido el tipo de *remuneración* que se consideraba adecuada.

Una de las cuestiones que queda por explicar sobre este aspecto son las razones por las cuales este tipo de actuaciones tenían algún tipo de eficacia. Entre ellas cabe citar

- ✓ La capacidad innata del cuerpo humano para autoregenerarse
- ✓ El hecho que estas prácticas podían tener un gran valor psicológico que contribuyera a reducir la tensión del enfermo o enferma
- ✓ Finalmente, algunas de estas prácticas se ha demostrado que eran empíricamente correctas. Por ejemplo, entre los Nakanai de Melanesia es corriente que cuando se produce una mordedura de serpiente hagan un corte en el miembro herido e intenten extraer a base de chupar la herida el espíritu maligno que ha entrado en el cuerpo de la persona afectada.

Contrariamente a lo que podría parecernos, los estudios demuestran que el recurso a este tipo de agentes de salud continúa siendo importante en nuestra sociedad actual. Aunque raramente estas prácticas son comunicadas al personal sanitario - ¿para qué, si no entenderían sus razones?- normalmente no se acompañan del abandono de la medicina tradicional. Esto ha llevado a algunos investigadores a considerar a este tipo de ayuda sanitaria como una medicina complementaria –y no alternativa- de la medicina ortodoxa.

En el momento actual es bastante común hablar de la **medicalización de la sociedad**, concepto con el que se hace referencia a una situación en que el modelo médico, muy marcado por el saber psicológico, se ha impuesto en la definición y toma en consideración de numerosos problemas públicos contemporáneos.

Así, algunos comportamientos que antaño eran considerados desviaciones –como el alcoholismo, la homosexualidad, la violencia infantil o la drogadicción- han pasado a formar parte del conjunto de saberes de la medicina. Si en su momento formaron parte de la condena religiosa o criminal, hoy en día no es raro que sean tratados médicamente. De esta forma, lo que eran actos condenables se convierten en enfermedades. Un caso muy claro, por la incidencia que tiene en nuestra sociedad actual, es el fracaso escolar que ha sido abordado en no pocas ocasiones a partir de la psiquiatría o la psicología.

Con ello, el saber médico ha adquirido valor normativo y nos dice lo que está bien o está mal, no en función de criterios morales o sociales, sino médicos e incluso biológicos. Muchos comportamientos desviados son así analizados desde el punto de vista de la salud.

A esta medicalización de la sociedad se ha llegado después que los progresos de la medicina y los cambios sociales nos llevaran a considerar que la enfermedad ya no es algo sobre lo que las personas no pudiéramos actuar. Por otro lado, también ha tenido su importancia el hecho que consideremos que la salud sea uno de los valores más importantes de nuestra sociedad y que la curación sea uno de los derechos de la persona.

En este contexto no es raro oír hablar de **no-enfermedades**, o motivos de consulta médicos que no son reconocidos como enfermedad por el cuerpo médico. Entre ellas se habla del aburrimiento, del hecho de quedarse calvo, de las manchas de la piel fruto del envejecimiento, de los partos, el *jet-lag*, la celulitis o la soledad. Pero hay muchas más: la menopausia, el exceso de sudoración, las malas notas de los escolares... hasta una lista de un par de centenares. No son para tomárselas a broma, estas *enfermedades*, puesto que la gente que *las sufre* lo pasa realmente mal. Porque seguro que encubren algún aspecto problemático de la definición de la situación en la sociedad actual.

Nancy Scheper-Hughes (1997), una cooperante y antropóloga americana que trabajó en Brasil, analiza como la definición de algunos síntomas en los barrios pobres de

este país en términos de nervios sirve para encubrir las desigualdades sociales. Los nervios en el barrio que ella trabajó encubrían la situación de hambre crónica en que vivían sus vecinos. Pero esto no siempre había sido de esta manera: incluso a mediados de los sesenta la gente de este barrio moría de hambre. Cuando realizó su estudio hablar del hambre era como un tabú y la gente moría de nervios o de flaqueza. Acabamos este capítulo con la interpretación de esta antropóloga:

“La transición del discurso popular sobre el hambre al discurso popular sobre la enfermedad es sutil pero esencial en la percepción del cuerpo y sus necesidades. Un cuerpo hambriento necesita comida. Un cuerpo enfermo y ‘nervioso’ necesita medicamentos. Un cuerpo hambriento plantea una crítica enérgica a la sociedad en que eso se produce. Un cuerpo enfermo no implica ninguna crítica. Tal es el privilegio especial de la enfermedad, que juega un papel social neutro y constituye una condición que exime de culpas. En principio, en la enfermedad no hay ni responsabilidad ni culpa. La enfermedad entra dentro de la categoría moral de las cosas que ‘simplemente ocurren’ a la gente. No sólo la persona enferma sino también la sociedad y sus relaciones sociales ‘enfermas’ (véase Illich, 1976) salen ilesas.”

Este texto abre el camino al próximo capítulo, en donde se analizarán las relaciones que se dan entre los profesionales del sistema sanitario y sus usuarios y usuarias.

Actividad complementaria

Utilizando internet como fuente de información, elabora una lista de advocaciones que sirvan para curar algún tipo de enfermedad o para restablecer o mantener la salud.

Una vez realizada esta lista, ¿te has encontrado con advocaciones distintas para curar la misma enfermedad?. Y ¿has descubierto algún caso en que un mismo santo o santa se emplee para curar cosas distintas en países o sociedades diversas?

La respuesta a estas dos preguntas debería ser afirmativa.

Relaciones entre profesionales y enfermos

Enlazando con el texto con que acababa el capítulo anterior se puede decir que cuando un médico define a alguien como enfermo no únicamente está explicando cómo se encuentra su cuerpo, sino que le está dando a su vez un lugar en la sociedad, con un rol y un estatus asociados a él. Esto es así incluso en los casos en que no existe enfermedad, como se ve en lo que se denomina síndrome de no enfermedad.

*El concepto de **síndrome de no enfermedad** se utiliza para referirse a aquella situación en que una persona es diagnosticada de una enfermedad que posteriormente se descubre que no padece. Podría pensarse que las consecuencias de esta situación son intrascendentes, pero desde nuestro punto de vista es muy importante entender que aunque el cuerpo de esa persona continúe igual que estaba, no pasa lo mismo a nivel social: las consecuencias del mal diagnóstico son las mismas tanto si el enfermo padeció la enfermedad como si no la padeció. Esto se ve muy claramente en las enfermedades estigmatizantes.*

La primera interpretación de este proceso la escribió Talcott Parsons el año 1953 en su obra *El sistema social*. Según Parsons, desde una sociología funcionalista, la enfermedad sería una desviación social legitimada por el médico. Para él existen cuatro aspectos muy importantes en lo que hace referencia al **rol de enfermo**:

- ✓ La incapacidad que supone la enfermedad está más allá de la elección de la persona afectada (no puede elegir si está enfermo o no) y, por lo tanto, no se le puede hacer responsable de la nueva situación en que se encuentra.

- ✓ Esta incapacidad es suficientemente importante como para que se le pueda exceptuar del cumplimiento de sus obligaciones sociales normales.
- ✓ De esta forma, estar enfermo significa poderse desviar legítimamente, pero esta legitimidad sólo se consigue si el paciente reconoce que el estado en que se encuentra es indeseable (quiere curarse). El enfermo o enferma debe querer curarse y para ello, además de su motivación, deberá buscar ayuda.
- ✓ De esta forma, se espera que la persona enferma busque algún tipo de ayuda competente para aliviar su enfermedad y que coopere en los intentos de recuperación, por ejemplo yendo a visitar a su médico y siguiendo sus recomendaciones.

De esta forma, el enfermo debe buscar ayuda y asumir el *rol de enfermo*. Este rol tiene como finalidad poner al enfermo desviado en manos del doctor, pero a su vez sirve para evitar que las personas enfermas se asocien en grupos de interés y puedan legitimarse como enfermos. A diferencia de otros roles desviados, las personas enfermas no se relacionan con otras personas enfermas para formar una cultura de la enfermedad, sino que lo hacen con personas *normales* y con sus médicos.

Uno de los elementos centrales de la teoría de Parsons es la exención de responsabilidades habituales a las personas enfermas. De esta forma, no se les puede exigir que trabajen o se ocupen de su familia. A partir de este momento, pueden interrumpir su vida cotidiana y reclamar legítimamente la atención y ayuda de familiares, amigos, vecinos y de la sociedad en general.

El planteamiento funcionalista de Parsons se basa en la importancia de que en una sociedad cada persona cumpla con las funciones que le han sido asignadas. De esta manera, todo incumplimiento podría ser visto como una desviación. La particularidad de la enfermedad es que supone una desviación de la situación normal no buscada y por lo tanto legítima.

Los planteamientos de Parsons han sido criticados desde dos puntos de vista. El primero hace referencia a que era una explicación que funcionaba muy bien en sociedades donde predominaran las enfermedades agudas, pero que no se adapta bien a una sociedad como la actual, caracterizada por una alta presencia de

enfermedades crónicas. La segunda crítica se refiere a que su explicación sería etnocéntrica, pues este tipo de funcionamiento sólo era observable en las sociedades occidentales modernas.

Asociado al concepto de rol de enfermo, aparece el de **conducta de enfermedad**. Este concepto se acuñó para dar cuenta del hecho que ante la misma situación biológica se producen reacciones no siempre iguales: unas personas se someten a un tratamiento y se curan mientras otras, sometidas a idénticos protocolos, vuelven a recaer. Vale la pena resaltar que este concepto deriva de la aceptación de la definición bio-psico-social de la enfermedad aceptada por la Organización Mundial de la Salud.

En resumidas cuentas, la conducta de enfermedad se refiere a la actividad que hace una persona que se siente enferma para establecer qué enfermedad padece y tratar de encontrarle una solución. Con ello se hace referencia a la respuesta global del sujeto a la enfermedad.

Continuando con el tema de las enfermedades crónicas, hay que decir que en estos casos se hace más difícil adoptar una conducta de enfermedad adecuada, sobre todo si los síntomas no se notan.

Hay expertos que han afirmado que la mitad de las consultas en atención primaria no tienen base orgánica y que estas demandas son atendidas de dos maneras: o bien son ignoradas porque se considera que no están realmente enfermas, o bien se las trata como si de una enfermedad orgánica se tratara.

Si en el primer caso no se trata de forma adecuada las demandas de los pacientes, en el segundo se produce una medicalización excesiva de los mismos. De todas formas, la única explicación a situaciones como ésta sólo se encuentra en una visión restringida de la enfermedad como un mero hecho biológico que ignora que hay otros elementos que influyen en el malestar de las personas.

Es por esta razón que un modelo de atención basado en la conducta de enfermedad implica evaluar al paciente desde el punto de vista biológico, psíquico y sociológico y que la intervención terapéutica debe ser interdisciplinaria.

Retomando la distinción que se hacía páginas atrás entre *illness* y *disease*, hay que exponer el concepto propuesto por Mechanic en 1962 de conducta de enfermedad (*illness behavior*) para apuntar que la manera como una persona se enfrente a la enfermedad tiene repercusiones sobre la sintomatología y la evolución del proceso de enfermedad, determina la adherencia al tratamiento y configura la relación entre el paciente y el profesional.

Entre las variables que intervienen en la conducta de enfermedad se han descrito las siguientes:

- ✓ Las creencias de las personas enfermas sobre las enfermedades:
 - Sus causas
 - Su posible control
- ✓ Las creencias sobre el significado de la enfermedad
- ✓ La representación mental que una persona tenga de su enfermedad
- ✓ El afrontamiento que se haga de ella:
 - Afrontamiento dirigido al problema
 - Afrontamiento dirigido a las emociones
- ✓ El apoyo social:
 - Material
 - Emocional
 - Informativo
- ✓ La relación entre el profesional y el paciente

En paralelo al concepto de conducta de enfermedad surge el de conducta de salud que sería toda actividad realizada por un individuo con el objetivo de mantener o mejorar su salud, prevenir los problemas de la misma y aparentar una buena imagen física.

El hospital, como cualquier tipo de organización, genera su propia cultura. A partir de ese momento, cuando una persona es ingresada en uno de estos establecimientos tiene que adaptarse a esa cultura: ha de conseguir el mejor nivel de socialización posible en el mínimo tiempo. Es decir, que ha de aprender lo más rápidamente posible los valores, normas y pautas de conducta que le exige la organización hospitalaria a la que se incorpora. El enfermo debe adaptarse a un nuevo contexto que no puede cambiar.

En el hospital no tendrá la misma intimidad que en su casa. Algunas partes de su cuerpo que siempre había considerado privadas serán expuestas públicamente, incluso sin solicitar su permiso. Deberá aprender a confiar en unos profesionales que no conoce, cuyo argot no controla y que diferencia entre ellos con cierta dificultad. En este contexto, rápidamente aprenderá que sus pensamientos y sentimientos no importan y que sus necesidades sólo se tienen en cuenta si se expresan en términos puramente físicos. Esto puede llevarle a un proceso de autodevaluación y que acabe subrayando su situación de ignorancia y dependencia. Además de estar enfermo, se encuentra en medio de una situación de dependencia y sometido a un importante proceso de resocialización.

La **situación de hospitalización** ha sido descrita en diversos lugares haciendo referencia al aislamiento, despersonalización, pérdida de intimidad, limitación de la movilidad, reglamentación de las actividades, dependencia forzosa, información deficiente, etc. que comporta. Todo esto no es extraño que genere:

- ✓ Sensaciones de extrañamiento
- ✓ Pérdida de intimidad y privacidad
- ✓ Pérdida de control de las actividades habituales
- ✓ Pérdida de identidad social y sentimientos de devaluación personal
- ✓ Abandono de los roles familiares y laborales habituales
- ✓ Separación del marco social habitual
- ✓ Pérdida total o parcial del apoyo social

En este contexto no es raro que aparezcan situaciones de estrés, ansiedad o cuadros depresivos o regresivos.

En el ingreso hospitalario se supone que el enfermo o enferma adoptará el **rol de buen enfermo**: aquel que obedece las órdenes, no pregunta o lo hace muy poco, no se queja o lo hace de manera esporádica y así facilita el trabajo del personal. Por oposición aparece el concepto de **rol de mal enfermo**, aquella persona que desafía al sistema, pide más información de la precisa, se queja y pide más atención. Aunque podría parecer que lo ideal para un buen proceso de recuperación sería la adopción del rol del buen enfermo, algunos expertos afirman que el cumplimiento del rol del buen enfermo puede dar lugar a depresiones y desajustes emocionales. En sentido complementario, el rol del mal enfermo facilita en determinadas circunstancias la recuperación del paciente.

Después de estudiar el rol de enfermo resulta interesante analizar su rol complementario, el **rol del profesional**.

El profesional es quien, en última instancia, legitima la nueva situación social de la persona enferma. Si no consigue ser legitimado en su nuevo papel transitorio, el enfermo será considerado un vago o remolón y será expuesto a ser castigado por su propio grupo.

Los roles de profesional y enfermo son dos roles complementarios de manera que no se pueden adoptar los dos a la misma vez y que cada uno de ellos conoce lo que se puede esperar de la otra parte. Así que se supone que el profesional debería actuar en beneficio del enfermo.

Pero esto no siempre es así, puesto que los profesionales pueden tener otros grupos de referencia que sean igual de importantes para él o ella. Un caso muy claro son los grupos de iguales: un profesional puede actuar más en función de lo que su grupo profesional considera correcto que no en función de lo que se considere adecuado y necesario a la vista de un paciente concreto.

De todas formas, gran parte de los enfermos tienen una gran confianza en los profesionales que les atienden y piensan que estos están haciendo todo lo que

pueden en su beneficio. En parte, esta confianza deriva del hecho que los profanos consideran que las enfermedades requieren conocimientos especiales, hecho éste que les lleva a depender de las habilidades de los profesionales que están legitimados para actuar. Esto explica que los enfermos acudan a médicos de gran reputación incluso para consultas intrascendentes. Esto también ayuda a entender que las consultas de los profesionales estén abarrotadas de títulos y orlas.

Y es que el rol de médico supone que la persona que lo ejerce tiene un dominio técnico que le permite controlar la salud y la enfermedad. Pero este dominio no traspasa más allá del marco asistencial y el vínculo con el paciente debería basarse únicamente en su competencia técnica. De aquí que afectivamente se considere que deba ser neutro y mantener una relación objetiva con sus pacientes.

Teóricamente, y a diferencia de otras profesiones donde el lucro está admitido como algo normal, la finalidad del médico es buscar el bienestar del enfermo. Esta idea, defendida por Parsons, fue puesta en entredicho por algunos investigadores posteriores que consideraron que la idea que los médicos se comportan buscando el bien del enfermo no es la única que dirige su conducta. En situaciones difíciles, cuando hay escasez de camas o de personal en un hospital, acaban desarrollando clasificaciones de los enfermos en dos grupos:

- ✓ Enfermos ideales, que son limpios y cooperantes, que no por casualidad resultan ser miembros de las clases medias o altas
- ✓ Los enfermos menospreciados que se comportan de forma inversa y que normalmente pertenecen a clases populares o grupos minoritarios. Es bastante probable que ante personas de este grupo el médico acabe pensando que estos individuos quieren aprovecharse del sistema e intente *sacárselos de encima*.

Aunque se supone que el trabajo del médico consiste en tomar decisiones, incluida la de no hacer nada, en muchos casos los practicantes se sienten impelidos a hacer alguna cosa, aunque sólo sea para satisfacer a sus clientes que les demandan algún tipo de actuación cuando sienten dolor. Un caso bastante conocido es el síndrome de Stein-Leventhal, una forma de esterilidad femenina que hasta la invención de los anticonceptivos orales podía ser tratada con cirugía. Al diagnosticarla el médico

sentía que podía hacer algo por su paciente y que estaba haciendo todo lo que estaba en sus manos.

Cómo se ha dicho anteriormente, la visión de los roles de enfermo y médico tal como fue propuesta por Parsons funcionó bastante bien en un contexto de predominio de las enfermedades agudas, en las cuales el personal sanitario, con un tratamiento más o menos rápido podía conseguir un resultado satisfactorio. En cambio, en las enfermedades crónicas se hace más difícil aceptar que el enfermo y el médico comparten las mismas expectativas de comportamiento mutuo. Al ser enfermedades que cursan durante largos períodos de la vida de la persona afectada o que incluso no llegan a tener curación, se puede producir una discrepancia sobre la valoración del estatus del médico, llegando a pensar el paciente que aquél es incompetente. De esta forma la **relación asistencial** tal como se ha planteado anteriormente se hace difícilmente viable.

En esta relación asistencial se ponen en relación el enfermo, sus familiares y el médico y los otros agentes sanitarios, unas personas con unos lenguajes específicos que a veces casi resultan incomprensibles entre ellos. Por otro lado, en pacientes adultos, cuando el enfermo es quien relata los síntomas que percibe, éste puede escoger los que le parezca que conseguirán los objetivos que persigue con mayor facilidad.

*“Durante dieciséis años, el doctor G. atendió a un paciente que se quejaba de dolencias constantes. El señor Z. sufría dolores en todo el cuerpo, y se le había realizado tal cantidad de análisis clínicos – todos con resultados negativos– que su voluminosa historia clínica requería un cajón especial en el archivo.
(....)*

El señor Z. vio en el médico un aliado comprensivo y no se convirtió en uno de esos pacientes que descartan un facultativo tras otro. Permaneció fiel al doctor G., pero molesto ante el diagnóstico de que “todo está bien”, reaccionaba con la actitud de “nada sirve”, es decir, el médico es incompetente. Este aceptó a su vez el rol que le asignaba el señor Z., de profesional bienintencionado pero ineficaz, y los dos mantuvieron una buena relación durante dieciséis años.”

Baur, Susan: *Hipocondría*. Barcelona, Gedisa, 2005.

A partir de esos datos, el médico tiene que construir su interpretación de la situación del paciente y devolverle un diagnóstico. Lo que pasa es que en la práctica, con demasiada frecuencia, mucha gente abandona la consulta sin conocer su diagnóstico. Aunque este hecho no haga inoperante el tratamiento prescrito, puede abrir la puerta a conflictos cuando el paciente decide cambiar de médico.

En otras situaciones son el mismo médico o los familiares del paciente quienes deciden no comunicarle la enfermedad que padece. Puede que el médico piense que la persona enferma nunca le entenderá, quizá porque no tenga la suficiente cultura sanitaria. En este caso se ve como la clase social, que se relaciona con el nivel cultural y de estudios, puede influir en la relación que el médico establece con el enfermo. Se sabe perfectamente que la comunicación siempre es menos fluida con los pacientes provenientes de grupos sociales poco favorecidos. Por ejemplo, se ha dicho que el porcentaje de mujeres que no entienden que la vasectomía resulta irreversible es mayor entre las clases bajas.

En este sentido, la falta de comunicación entre el enfermo y el médico se produce por las diferentes actitudes y expectativas con que el médico y el paciente interactúan, puesto que sus bases sociales, culturales y educativas son generalmente muy diferentes: la formación científica del médico acostumbra a ser mucho mayor que la de sus pacientes.

Esto explica porque algunos médicos no escuchan a sus pacientes y acaban apoyando sus diagnósticos sobre los signos que ellos mismos observan. Esto hace que no sea raro que en el momento de explicar sus conclusiones a la persona enferma, ésta encuentre dificultades en relacionarlas con lo que ésta ha dicho al facultativo. Esto se agrava cuando existe la tendencia a utilizar un lenguaje técnico que el enfermo no puede entender.

En otros casos, el médico decide no comunicar el diagnóstico o algunas particularidades del tratamiento que deberá seguir a la persona enferma porque supone que este conocimiento perjudicará la salud del enfermo o le hará sufrir inútilmente. Puede que el médico tampoco no ofrezca mucha información porque sienta que el enfermo no se la demanda ni tiene interés en saberla. Tampoco hay que olvidar las situaciones en que los médicos utilizan estas estrategias para defenderse de las repercusiones que sobre ellos podría tener el haberse equivocado de diagnóstico.

Esta incomunicación que estamos apuntando puede generarse también porque el enfermo no quiera demandar una explicación en términos profanos, aspecto éste que pondría al descubierto su propia ignorancia. También puede que sienta que si pregunta demasiado está poniendo en cuestión su confianza en el médico, y no se puede olvidar que la persona enferma sabe que de esa confianza depende que pueda tener acceso y utilizar en su favor todo el conocimiento científico que únicamente el médico posee y controla. Así que algunos enfermos acaban dependiendo, en buena parte, del juicio del médico.

En buena parte, estas diferencias, junto a otros factores, permiten explicar lo que se conoce como **adherencia terapéutica**. Con este concepto hacemos referencia a la coincidencia o no entre el comportamiento de una persona y los consejos de salud o prescripciones que ha recibido. Implica, por tanto, una amplia gama de conductas que tienen que ver con

- ✓ Iniciar o continuar un tratamiento,
- ✓ Tomarse correctamente una medicación,
- ✓ Incorporar al propio estilo de vida los cambios propuestos,
- ✓ Evitar futuros comportamientos de riesgo para la salud,
- ✓ Acudir a las citas con los especialistas, o
- ✓ Cumplir correctamente el régimen terapéutico domiciliario.

Como se comprende fácilmente, el estudio de la adherencia terapéutica es de una gran importancia puesto que no sirve de nada explicar a una persona los mecanismos de transmisión del VIH si ésta no toma en consideración los consejos preventivos que se le ofrecen. Tampoco sirve de mucho un buen diagnóstico si no se pone en práctica o se hace de manera no correcta.

De hecho, el comportamiento de los pacientes es lo que acaba validando la actuación del profesional y en este sentido es deber de los profesionales conseguir que los pacientes se adhieran al tratamiento que les sea propuesto, si es que realmente lo que se pretende es su curación.

El problema es que se ha calculado que entre la mitad y una tercera parte de los pacientes presenten problemas de adherencia terapéutica. Esto nos lleva a considerar la importancia de una aproximación pluridisciplinar a la enfermedad que tenga en cuenta la sociología y la antropología como campos de conocimiento que ayuden a entender porque el conocimiento científico de la medicina se encuentra con resistencias a la hora de ser llevado a la práctica.

Uno de los factores que se ha estudiado con una cierta profundidad es el olvido: muchos pacientes son incapaces de recordar las cosas que se le han aconsejado, aspecto en el que no son muy diferentes de las personas sanas. Algunos estudios, realizados tanto en hospitales como en centros de salud primaria, cifran en alrededor del 60% la cantidad de información recordada justo en el momento de salir de la consulta.

Entre las variables que intervienen en este olvido se ha hablado de la edad, el nivel de inteligencia, el nivel de conocimiento sanitario o los niveles de ansiedad. Sobre el último aspecto parece demostrado que los niveles muy altos y muy bajos de ansiedad propician menos el recuerdo que los medios. Representado en una gráfica, esta curva tomaría la forma de una U invertida.

Por eso conviene tener en cuenta que buena parte de lo que se comunique a los pacientes será olvidado y que parece que esto tiene poco que ver con el tiempo transcurrido después de la recepción de la información.

En cambio, un elemento muy importante es la cantidad de información presentada: los grandes volúmenes tienden a presentar porcentajes de olvido mayores que no cuando la información a transmitir es menor. Otro aspecto es que existe una correlación positiva entre recuerdo y conocimiento del sistema sanitario (aspecto éste que, puesto en relación con el desigual reparto social del conocimiento, pone a las clases menos privilegiadas de nuevo en la peor posición).

A nivel práctico resulta útil tener en cuenta que se recuerdan más fácilmente las informaciones recibidas en primer lugar y aquellas que la persona en cuestión está esperando recibir. También se recuerda más aquello que se considera más importante.

Otros aspectos, que nuestro sistema sanitario parece olvidar frecuentemente, tienen que ver con los factores desagradables de la consulta, como por ejemplo el tiempo de espera, el trato recibido o la actitud del personal. También cabría mencionar en

este bloque la incompatibilidad de lo que se está pidiendo al paciente con su forma de vida o las condiciones materiales del lugar en que habita.

En el fondo, el recuerdo, la satisfacción, la comprensión y el cumplimiento de los consejos de salud propuestos están muy relacionados. Además, si el paciente no entiende lo que se le pide, puede interpretarlo erróneamente. Y puede ser que no lo entienda porque el personal sanitario no se explica correctamente o porque el paciente tenga su propia teoría sobre la enfermedad, aspecto éste último que le lleva a estructurar la información recibida en función de la que ya disponía anteriormente. Como que además los pacientes preguntan relativamente poco, el resultado es que las personas enfermas

- ✓ Pueden estar menos informadas de lo que ellas mismas quisieran
- ✓ El personal sanitario no recibe *feed-back* sobre sus habilidades de comunicación
- ✓ El personal sanitario piensa que el enfermo no demanda más información

El resultado de todo esto es que si no se cumplen las indicaciones médicas (adherencia terapéutica), los tratamientos puede que tengan que ser más potentes y la salud del enfermo puede estar en mayor riesgo.

En consecuencia, los profesionales de la salud deben tener en cuenta que no se enfrentan únicamente a una realidad de orden biológico, sino que es algo que también tiene una dimensión psicológica, social y cultural. Es aquí donde cabe hablar de la importancia de las relaciones interpersonales en los procesos de curación, un aspecto que la medicina homeopática ha puesto en práctica tradicionalmente y que en más de una ocasión se ha dicho que ha contribuido a su éxito. En resumidas cuentas, esto implica que:

- ✓ No se puede considerar que el paciente es un sujeto pasivo y que va a hacer lo que se le ha dicho.
- ✓ No se puede pensar que si el paciente no se toma la medicación o no sigue el tratamiento propuesto *es su problema*. En cualquier caso, se trata de un problema compartido.
- ✓ No se puede pensar que el rol de profesional de salud se limita a tratar y curar únicamente las enfermedades (*disease*).

- ✓ Tampoco se debe tener una visión tan estrecha que no acepte que los fármacos no son la única cosa que puede curar.
- ✓ Tampoco nos parece aceptable decir que no se saben hacer las cosas de otra forma y que no se nos paga para hacer tareas de prevención o de educación para la salud.

Esto quiere decir que todo profesional debería presentarse al iniciar una relación terapéutica, tratar de conocer las preocupaciones, dudas, temores de sus pacientes, responder a todas sus preguntas, educarles de acuerdo con su nivel cultural, explicar los diferentes tratamientos que existen en su caso concreto, mostrarse cordial y no distante y finalmente tratar de conocer las preferencias y sugerencias de los pacientes, intentando llegar a acuerdos con ellos y ellas.

Actividad complementaria

En el libro de Elisabeth Iborra *Anécdotas de enfermería* (Styria, 2008) se recogen una gran cantidad de experiencias que muchas veces podrían tomarse como leyendas urbanas. Intenta escoger un tema que se repita en más de un caso y haz de él una lectura desde el punto de vista de la sociología de la salud que se ha planteado en este documento.

¿Te parece que algunos de estos casos se pueden explicar a partir de conceptos propios de nuestra disciplina? Pon algún ejemplo.

Desigualdad social en la salud

En Francia, entre los años 1960 y 1980, la probabilidad de morir entre 45 y 50 años bajó un 20%. Esta cifra permite una visión optimista del futuro de nuestras sociedades. Pero cuando se hizo un estudio más detallado de la misma realidad, los resultados no resultaron ser tan alentadores, puesto que este descenso no afectó por igual a los distintos grupos sociales y lo que pasó fue que las diferencias entre grupos se hicieron mayores. De esta forma, las profesiones literarias y científicas, los profesores e ingenieros de entre 35 y 75 años de edad tenían en 1980 una mortalidad que era la mitad del resto de personas de la sociedad francesa; especialmente acusadas eran las diferencias en relación con las personas que ejercían trabajos de tipo manual.

Como se ve, la clase social tiene algún tipo de influencia sobre la mortalidad. Pero no sólo sobre este indicador del estado de salud: así se han descrito diferencias significativas en cuanto a morbilidad (enfermedades que afectan a la población), talla, peso o el estado de la dentición, de la visión o de la fertilidad.

Estas diferencias socioprofesionales se unen a otras de tipo sexual, de origen geográfico, lugar de residencia, estatus familiar, etc. En el último sentido, como se recordará, las personas casadas tienen tasas de mortalidad inferiores a las solteras. Son datos como estos los que permiten hablar de un modelaje de la salud por parte de la posición social.

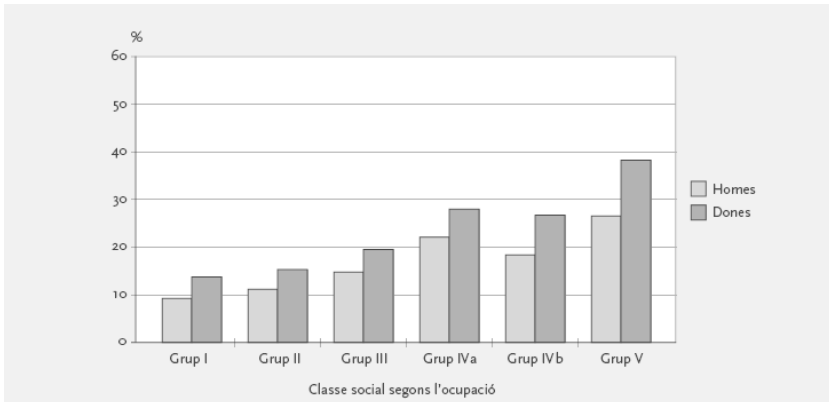
Así, a nivel de género, se sabe que las mujeres acostumbran a utilizar más que los hombres los servicios sanitarios, sobre todo en la tercera edad. A nivel de edad, como resulta evidente, las personas mayores de 65 años presentan mayores índices de ingresos hospitalarios. En conclusión, se puede decir que la enfermedad no se distribuye de manera regular entre la población, que hay grupos que están más frecuentemente enfermos que otros y que algunas poblaciones mueren en proporciones más elevadas que otras.

Estas diferencias y desigualdades se han explicado a partir de distintas hipótesis, como la convivencia con ambientes tóxicos o peligrosos, las condiciones de vida y trabajo precarias, las formas y estilos de vida... Incluso se podría hablar de un círculo vicioso en el que a causa de una determinada posición social se adquiere un peor estado de salud a consecuencia del cual no se puede trabajar, situación que repercute nuevamente en que se esté en una situación social peor.

En el caso catalán, el estudio *La salut i els serveis sanitaris a Catalunya*, publicado el año 2002 por la Generalitat de Catalunya es bastante claro sobre estas desigualdades:¹

- ✓ Se observa una percepción peor del estado de salud a medida que aumenta la edad y entre las clases sociales más desfavorecidas.

Como se ve en el gráfico adjunto, a medida que descendemos en la escala social (del grupo I pasamos al V) la salud se percibe cada vez como peor, tanto en hombre como en mujeres. Nótese también como las mujeres dan porcentajes superiores a los de los hombres



2 - Autopercepción de la salud como mala o regular por clase social y sexo. Fuente: Encuesta de salud de Catalunya, 2002

¹ Disponible en <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/plasalut/doc5365.html>

- ✓ Se llega a la misma conclusión cuando se estudia la calidad de vida, especialmente en los aspectos relacionados con el dolor, la ansiedad, la depresión, la movilidad o la realización de actividades cotidianas.
- ✓ Lo mismo sucede con la probabilidad de sufrir trastornos mentales o con la distribución de discapacidades.
- ✓ El mismo informe también concluye que las clases sociales desfavorecidas presentan porcentajes de hospitalización más elevados.
- ✓ Las clases sociales peor situadas son, asimismo, los grupos más insatisfechos en relación a la utilización de servicios sanitarios.
- ✓ La síntesis de los principales resultados resulta muy clara: **según la clase social se constatan desigualdades prácticamente en todos los ámbitos estudiados**

Para explicar estas desigualdades sociales en materia de salud se han propuesto una serie teorías que conviene conocer.

La primera es la de la selección social, que supone que hay un proceso de selección que lleva a las personas que tienen mejor salud hacia las posiciones sociales superiores. Si lo que propone esta teoría es cierto, las clases superiores, que sabemos que tienen probabilidades mayores de tener mejor salud, seguirán estando en posiciones privilegiadas.

Para reforzar esta explicación, se aducen algunos estudios empíricos que demostraron que las personas que en su juventud tenían estados de salud precarios, cuando fueron mayores tuvieron también una mayor tendencia a presentar trayectorias sociales descendentes.

Una segunda vía de explicación se centra en el estudio de los factores de riesgo y asume que una posición social implica un lugar en el mercado de trabajo y unos ingresos determinados, un cierto nivel de educación y comportamientos y características culturales diferentes.

Según esta hipótesis, la posición social de las personas puede dar lugar a comportamientos que influyen directamente en la salud. Los casos más típicos de

estos comportamientos son el tabaquismo y el abuso del alcohol, que las evidencias empíricas nos indican que se distribuyen de manera socialmente no uniforme.

En otras ocasiones se ha recurrido a las diferencias relacionadas con las curas y consumos médicos. Aunque a nivel cuantitativo no se aprecian muchas diferencias, lo cierto es que, aunque visitan más al médico las clases desfavorecidas, estas tienen peor estado de salud. Seguramente la explicación reside en el tipo de servicios que utilizan, puesto que sabemos –por lo menos en el caso catalán- que las clases bajas acuden más al médico general pero lo hacen menos frecuentemente al dentista, ginecólogo o pediatra. Tampoco hacen tanto uso de los servicios sanitarios de atención telefónica.

Se ha dicho también, y en el mismo sentido, que las clases populares tienen unas atenciones preferentemente de tipo curativo, mientras las clases superiores son más accesibles a los servicios de tipo preventivo. Además conocen mejor y saben utilizar y moverse de manera más eficaz por el sistema sanitario.

En parte por razones económicas, se sabe que las personas de clase baja tienden a ignorar con más facilidad cualquier síntoma de enfermedad, excepto los más graves. Recordemos que anteriormente ya se ha mencionado que puede suceder que los síntomas que son considerados como menos graves no se consideren importantes y por lo tanto no se busque ayuda para su curación. Algunos investigadores también han sugerido diferencias en la propia percepción, en el sentido que las clases altas tendían una mirada más distante sobre su propio estado de salud.

Una vez reconocidos los síntomas, pueden aparecer otros factores que ayuden a explicar estas diferencias sociales. Estos nuevos factores son de tipo situacional (coste, disponibilidad de servicios y distancia a la que se encuentran, etc.), socioculturales (valoración del sistema de medicina tradicional como el adecuado o no), diferentes concepciones de la enfermedad, etc.

De esta forma se llega a la conclusión que los grupos mejor situados tienen más facilidad en el acceso a servicios sanitarios alternativos, reciben un tratamiento más personalizado, se les presta mayor atención, hacen mayor uso de la medicina preventiva y son más propensos a aceptar las indicaciones del personal sanitario.

En cambio, los grupos de clase baja han sido descritos como apartados de los tratamientos personalizados, usuarios de servicios de peor calidad, que no hacen uso

de la medicina preventiva y, siendo más distantes con los servicios médicos, acaban siendo menos propensos a seguir sus indicaciones.

Estas ideas deben ser matizadas puesto que informes hechos el año 2002 demostraron que –en Cataluña, pero extrapolable al resto de España- no existían diferencias en el acceso a los servicios sanitarios públicos. En cualquier caso las diferencias se encontrarían en el acceso a los servicios complementarios de tipo privado o en la utilización de los servicios de atención primaria y secundaria. En el último sentido, la prestación de servicios de primaria favorece a los grupos sociales menos privilegiados, mientras que en la atención especializada son los sectores bienestantes quienes se encuentran mejor situados. En cambio, el acceso a la atención hospitalaria parece ser muy equitativo, puesto que se halla controlado por el personal médico.

Actividad complementaria

Imagina que tienes que escribir un guión para un programa radiofónico sobre las desigualdades en salud.

¿Podrías escribir un documento con los puntos esenciales que contendría dicho programa? Si además quisieras acompañar el guión con una entrevista, ¿quién te parece que podría ser la persona adecuada?



Este documento surgió de la necesidad de disponer de un material que acompañara la docencia de la asignatura Ciencias Sociales y Salud, impartida en el primer curso del grado de enfermería. Esta asignatura, y por tanto las páginas que siguen, tiene como objetivo general familiarizar al alumnado de nueva incorporación con los conceptos e ideas básicos que le permitan, en un futuro no muy lejano, entender la salud y la enfermedad como realidades más allá de su dimensión biológica.

En segundo lugar se plantea también abordar la diversidad en la atención sanitaria y las diferencias con que la futura enfermera o enfermero se puede encontrar. En cualquier caso, tendría que ayudarle a tomar conciencia de la relatividad del conocimiento que posee sobre los aspectos básicos del sistema de salud.