



La antropología médica en discusión

Federico Pégola

“Sí, hay cosas que no sé,
pero sólo porque las ignoro.”

Jorge Emilio Gallardo
Costillar de Adán (cuentos mínimos)

LA ANTROPOLOGÍA MÉDICA EN DISCUSIÓN

Federico Pégola

Título de la obra

LA ANTROPOLOGÍA MÉDICA EN DISCUSIÓN

Autor

Federico Pégola

Diseño y Diagramación

Eric Geoffroy

info@egd.com.ar

El Guion Ediciones

Tel./Fax: (54-11)4792-1132

info@elguionediciones.com.ar

www.elguionediciones.com.ar

Pégola, Federico M.

La antropología médica en discusión. - 1a ed. - Acassuso: El Guion Ediciones, 2008.

240 p. : 20x15 cm.

ISBN 978-987-20238-8-1

1. Antropología Médica. I. Título
CDD 930. 1

No se permite la reproducción total o parcial, de este libro, ni su almacenamiento en un sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio electrónico, mecánico, fotocopia u otros métodos, sin el permiso previo del editor.

Impreso en Génesis Talleres Gráficos - San Lorenzo 4917 - Munro

Tel.: 5197-1190 / 5197-1520 genesisgraficos@ciudad.com.ar

INTRODUCCIÓN

La modestia con que pretendo presentar esta obra está sellada en su propio título: *La antropología médica en discusión*. De ninguna manera tiene la intención de llegar a ser un tratado (su extensión lo impediría) ni tampoco tener la estructura orgánica que, por poner un ejemplo patognomónico, realizó Pedro Laín Entralgo en su célebre *Antropología médica para clínicos*¹, que creo aún no superada y ante cuya estatura intelectual –francamente– me rindo. Sin embargo, estoy convencido de que –a través del tiempo transcurrido desde la publicación del libro citado– la antropología médica se ha engrosado con temas tal vez afines pero, en su momento, faltos de consideración. Todos esos ítems son pasibles de diferentes lecturas y estoy persuadido que generarán polémicas, como las que sospecho se suscitarán por el capítulo sobre las terapéuticas marginales, ante una multitud de individuos que ante ellas se inclinan.

Categorícamente en el *Diccionario de antropología*², editado por Thomas Barfield, se expresa que esta disciplina “no se caracteriza por un paradigma teórico único”. Meter J. Brown, Kendra Hatfield Timajchy y Jun Hu, encargados de definir el término, no son escuetos como amerita lo que transcribiré y dicen que la antropología médica “estudia los problemas de la salud humanos y los sistemas de curación en los contextos sociales y culturales amplios. Los antropólogos médicos se dedican tanto a la investigación básica sobre salud y sistemas de curación como a la investigación aplicada con el propósito de mejorar la atención terapéutica en las clínicas o en programas comunitarios de salud pública para la prevención y el control de las enfermedades”.

Estos autores no se quedan solamente con esta definición sino que, obligados por este perfil abarcador de la antropología médica, realizan cinco enfoques: 1. etnomédicos; 2. biomédicos; 3. ecológicos; 4. críticos, y 5. aplicados. El lector debe avizorar la amplitud de estos campos que han hecho que la antropología, empleando un término quizá en desuso en la actualidad, sea un “cajón de sastre”. Sería peyorativo endilgarle tal apelativo, porque no es así por la irrupción de nuevos problemas sociales dentro de la salud y su prevención que le ha otorgado su cariz más importante. Los temas que atañen a la antropología

médica se han disparado de tal forma que, aquella que dio lugar a su nacimiento como fue la relación médico-paciente ha quedado en un plano, si bien no relegado, olvidado en frecuentes ocasiones y más aún en el plano asistencial. Es que el crecimiento temático, más las interrelaciones de la antropología en general con otras disciplinas, ha sido importantísimo. “Hay incontables ramas y orientaciones –dice Pizarro³–: antropología biológica, cognitiva, urbana, rural, arqueológica, etnoarqueológica, etnohistórica, forense, lingüística, experimental, política, médica, folclórica, cultural, económica, simbólica, prehistórica, religiosa, paleoantropológica. La lista sigue.”

Mientras que Briones⁴ expresa: “No hay actividad o dimensión humana que no posea una dimensión cultural. Si por un lado esto explica la heterogeneidad de temas que la antropología aborda, por el otro augura la perdurabilidad de la disciplina, en tanto la manera de entrar a procesos sociales, económicos, políticos, religiosos, jurídicos, educativos, etc., que pueden entrarse desde otras disciplinas también, aunque con otros énfasis analíticos y explicativos.

“Posiblemente los antropólogos hemos fallado en comunicar con claridad estas redefiniciones, y por eso el sentido común plantea como posible la desaparición de la antropología pero no la de la biología o la física...”

“El principio básico de la antropología médica –expresaba Martí Ibáñez⁵–, desde un punto de vista práctico, es sencillísimo. El hombre responde como una unidad ante toda situación difícil, ya sea un conflicto emocional, un estrés social, o una enfermedad. En esos momentos en los que un ser humano debe enfrentarse con una amenaza social o biológica, moviliza a su vez su soma y su psique, en su lucha por mantener su totalidad como persona y como unidad íntegra ante los peligros que le amenazan.” Las tres décadas que han pasado de este ensayo del español han demostrado que este es solamente un aspecto reduccionista de la antropología médica.

En nuestro caso, convocado desde hace casi más de una década para dirigir la Carrera de Formación Docente Pedagógica en Ciencias de la Salud en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, con la intención (o la necesidad) de dictar antropología médica, fui ampliando mi biblioteca e interesándome en la disciplina de tal manera que pudiera cumplir con ese objetivo. Comprendí que, en mayor o menor grado, la labor del médico es en cierto modo antropológica puesto que se está ocupando del hombre en múlti-

ples aspectos, sobre todo en su bienestar en el seno de la sociedad.

En un párrafo del “Prólogo” del libro de Laín Entralgo se puede leer: “En su relación directa con el enfermo, nunca el clínico ha dejado de ser un hombre, *homo medendi peritus*, que médicamente está tratando a un *homo patients*, a otro hombre”. Ese solo hecho da fuerza –en este caso en la clínica médica– a esa situación de antropólogo que he señalado. Tal vez la formalidad de un título universitario diga otra cosa, pero el proceder del médico, no solamente los médicos legistas en algunas de sus funciones, es antropológico.

Con cierto tinte simplista, Mair⁶ sostiene: “Antropología significa <hablar del hombre>, lo mismo que psicología significa <hablar de la mente>”. Los médicos de la actualidad no hablamos solamente del hombre enfermo, hablamos del hombre enfermo e inmerso en su sociedad.

Pero este enfoque distinto de la medicina, más abarcador y menos científico, ¿puede redundar beneficiosamente en la formación médica? En su momento, la relación médico-paciente recibió las críticas adversas de Claude Bernard –gran investigador– pero, posteriormente hace menos de un siglo y gracias a los estudios de Snow, el casamiento entre las ciencias duras y las disciplinas blandas, considerada la medicina a media agua entre las unas y las otras, ha sido la aspiración para lograr una mayor armonía en la práctica de la medicina.

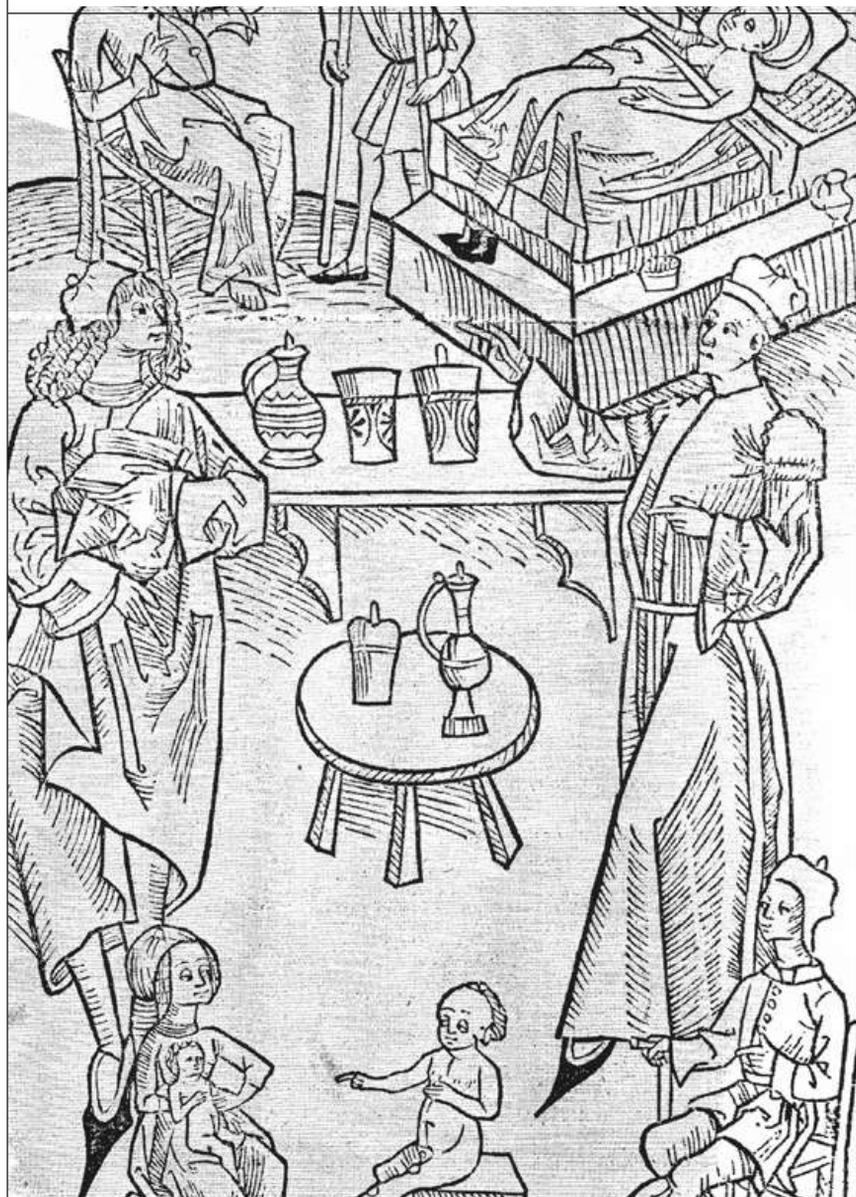
Jaim Etcheverry⁷, ex rector de la Universidad de Buenos Aires, luego de fundamentar su idea en un breve artículo refiriéndose a los jóvenes, escribe: “¿Enseñarles filosofía, lógica, contarles historias? Y todo eso, ¿para qué sirve? Sirve, como diría Alejandro (*Magno*), para desarrollar el ‘arte de vivir’.” Para el “arte de curar” el médico debe escuchar historias, leer filosofía y atender las necesidades de la alteridad. Ser un aprendiz de antropólogo.

Federico Pégola

BIBLIOGRAFÍA

1. Laín Entralgo Pedro, *Antropología médica*, Barcelona, Salvat, 1984
2. *Diccionario de antropología* (editor Thomas Barfield), México, Siglo XXI, 1984.
3. Pizarro Marcelo, “Entonces, ¿qué estudiaba la antropología?”, *N*, Buenos Aires, N° 148, pp. 10-12, 29 de julio de 2006.
4. Briones Claudia, “Las ciencias cambian y crecen”, pág. 11, *Ibidem*.
5. Martí Ibáñez Félix, “El hombre, como naturaleza y como historia”, *Jano en español*, octubre de 1973.
6. Mair Lucy, *Introducción a la antropología social*, Madrid, Alianza Universidad, 1980.
7. Jaim Etcheverry Guillermo, “El arte de vivir”, *La Nación Revista LRN*, 30 de setiembre de 2007.

~ CAPÍTULO I ~
SALUD Y ENFERMEDAD



La intención inicial fue la de realizar separadamente un capítulo destinado a la salud y otro a la enfermedad, sin embargo, la circunstancia de estar tan ligados ambos conceptos, sobre todo por la imposibilidad de deslindar uno de otro debido a que la salud perfecta es casi una utopía, obligó a este tratamiento. Se ha dicho, con justeza, que salud/enfermedad es una “realidad variante y alternante”.

Fue en el último siglo cuando los términos salud y enfermedad comenzaron a interesar –sobre todo a los estudiosos de una nueva disciplina: la antropología médica– y expresar definiciones que muchas veces no fueron felices. En forma ciertamente peregrina se decía que salud era la ausencia de enfermedad, que dejaba la incógnita de otras varias apreciaciones. Incluso, la Organización Mundial de la Salud –en 1948– proponía aquello de que la salud es un “estado de completo bienestar físico, mental y social que se puede lograr en su máxima plenitud, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”¹, que engrosaba el término con valores como felicidad, seguridad y armonía, según puede deducirse.

Cuando consideramos de este tema resulta inevitable mencionar a Georges Canguilhem² quien se ocupó de él hace más de medio siglo y, entre sus reflexiones, que no podemos soslayar, dice: “La enfermedad no sólo es desequilibrio o desarmonía, también, es –y puede ser principalmente– esfuerzo de la naturaleza en el hombre para obtener un nuevo equilibrio. La enfermedad es una reacción generalizada con intenciones de curación. El organismo desarrolla una enfermedad para curarse. La terapéutica tiene que tolerar, ante todo, y si es necesario reforzar, tales reacciones hedonistas y terapéuticas espontáneas. La técnica médica imita la acción médica natural (*vis medicatrix nature*). Imitar no solo significa copiar una apariencia sino remedar una tendencia, prolongar un movimiento íntimo. Por cierto, semejante concepción es también un optimismo; pero en este caso el optimismo se refiere al sentido de la naturaleza y no al efecto de la técnica humana.

“El pensamiento de los médicos no ha dejado de oscilar entre estas dos maneras de representarse la enfermedad, entre estas dos formas de optimismo, hallando en cada caso para una u otra actitud alguna buena razón en una patología recientemente aclarada. Las enfermedades de carencia y todas las enfermedades infecciosas o parasitarias permiten que la teoría ontológica se apunte una ventaja; las perturbaciones endocrinas y todas las enfermedades

con prefijos *dis*, se lo permiten a la teoría dinamista o funcional. Ambas concepciones tienen, sin embargo, un punto en común: consideran a la enfermedad –o mejor, a la experiencia del enfermo– como una situación polémica, ya sea como una lucha entre el organismo y un ser extraño, ya sea como una lucha interna de fuerzas enfrentadas. La enfermedad difiere del estado de salud, lo patológico de lo normal, como una cualidad difiere de otra, ya sea por presencia o ausencia de un principio definido, ya sea por reelaboración de la totalidad orgánica. Esta heterogeneidad de los estados normal y patológico puede tolerarse todavía en la concepción naturista, que poco espera de la intervención humana para la restauración de lo normal.” Para ser categórico cuando asegura: “Semánticamente, lo patológico es designado a partir de lo normal no tanto como *a o dis* sino como *hiper o hipo*. Por más que se conserve la confianza tranquilizante de la teoría ontológica en la posibilidad de vencer por medios técnicos al mal, se está muy lejos de creer que salud y enfermedad sean opuestos cualitativos, fuerzas de lucha. La necesidad de restablecer la continuidad, para conocer mejor con el fin de actuar mejor, es tal que en última instancia el concepto de enfermedad desaparecería. La convicción de poder restaurar científicamente lo normal es tal que termina por anular lo patológico. La enfermedad ya no es objeto de angustia para el hombre sano, sino que se ha convertido en objeto de estudio para el teórico de la salud. En lo patológico, edición en grandes caracteres, se descifra la enseñanza de la salud, un poco como Platón buscaba en las instituciones del Estado el equivalente agrandado y más fácilmente legible de las virtudes y vicios del alma individual”.

No debemos olvidar que fue también Canguilhem, que abordó su temática desde el punto de vista del materialismo histórico, quien le otorgó gran valor –renovado con énfasis desde fines del siglo pasado– a la economía médica. El costo actual de la enfermedad, sobre todo las de evolución crónica y como ejemplo podemos poner a los enfermos de sida, ocasionó que la atención se haya agrupado en dos tipos perfectamente delimitados: la de los pudientes y la de los pobres. Fassin habla de desigualdad frente a la vida y la muerte. La moderna endemia mencionada que comenzó tímidamente en la década del 60 y tuvo sus primeros enfermos detectados en 1981, es decir el síndrome de inmunodeficiencia adquirida que hemos mencionado, podría llevar a algunos países africanos a la ruina o a la despoblación si no recibieran ayuda de or-

ganismos internacionales. La postura de Canguilhem resulta razonable y se acentúa con la moderna tecnomedicina. Es que, como sostiene Didier Bassin, la salud adquiere una dimensión política cuando ingresa en la esfera pública. Allí es objeto de intervención por parte de corporación política y adquiere un valor de bien colectivo. Salud y enfermedad, entonces, se inscriben en el campo de lo político. Los gobiernos basan parte de su plataforma electoral en lo que denominan “política de salud”, que lleva ya los años de Bismarck en Alemania y Beveridge en Gran Bretaña³, aunque mucho tiempo antes, el destacado anatomopatólogo Rudolf Virchow dijo que la medicina es política, política sanitaria.

Que el problema es arduo y complejo puede dar testimonio una definición anterior a la Edad Media. Galeno⁴ decía que “la salud es el equilibrio íntegro de los principios de la naturaleza, o de los humores que están en nosotros, o la acción, sin traba alguna de las fuerzas naturales”. Este griego, devenido médico en Roma, exponía claramente el pensamiento de su etnia: la teoría de los humores y el poder de la Naturaleza. Pero poco aclaraba. O bien señalaba dos premisas modificadas por el paso de los años:

1. La fuerzas exteriores que atacan el organismo y
2. Una alteración del mismo organismo que se escapa de lo normal.

Excluimos de estas consideraciones a las referidas a la medicina mágica, harina de otro costal, y de la cual nos hemos ocupado oportunamente^{5,6}.

¿Y qué parámetros utilizamos para esa normalidad?

Las normativas

Henry E. Sigerist⁷, el historiador alemán-estadounidense de la medicina, relata que Napoleón tenía una frecuencia cardiaca de 40 latidos por minuto que persistió durante toda su vida. Ni el atleta mejor entrenado llega a una bradicardia tan extrema, lo cual hace suponer que padecería de un bloqueo A-V completo, o bien era una de las tantas supercherías de la historia. Otro ejemplo de interpretación equivocada del síntoma es lo que ocurre en zonas palustres de las regiones tropicales donde los niños –sobre todo los varones– penetran a jugar en los arroyos y adquieren esquistosomiasis. Los vermes de la vejiga le causan hematuria que sus familiares homologan a la menstruación

de las niñas. En nuestro medio, como es lógico la hematuria causaría una gran conmoción en los padres y concurrirían de inmediato al médico.

Hay una variable o una situación de normalidad que los métodos estadísticos se encargan de reflejar. Todo lo que escapa a la habitualidad se considera enfermedad. La salud es, entonces, un elemento objetivo. Un reciente comentario decía que se había establecido que los niños que se atrasaban en la escuela, en alto porcentaje, tenían problemas visuales no detectados ni por familiares ni por los maestros. Es probable que muchos adultos analfabetos, ocupados en labores manuales, también los tengan pero dado el tipo de labor que realizan no lo noten.

Todas estas aseveraciones deben ser tamizadas por el cernidor del pensamiento de Canguilhem. Si debiéramos certificar un estado de salud lo haríamos con diverso criterio y siempre estaríamos cerca del error. Un criterio *morfológico* sería observar órgano por órgano: por ejemplo, el examen clínico cardiovascular y electrocardiográfico de un individuo lo hacen apto para una operación quirúrgica.

Otro de los criterios es el *etiológico*. Tendría valor solamente en caso de enfermedad donde actuó un agente causal de daño. Sin causa etiológica ni modificaciones morfológicas, estaríamos certificando un estado de salud, por lo menos de ese órgano. Podríamos decir tabaquismo = cáncer de pulmón pero tampoco diríamos una verdad absoluta, porque está la propensión del fumador a la enfermedad, el gen p53 y tantas otras cosas que la medicina actual ignora.

Un siguiente criterio es el *funcional*. Obviamente un órgano está sano cuando cumple su función sin ningún déficit. Por ejemplo, una función renal aparentemente normal por cifras humorales de urea y creatinina dentro de los valores normales, pero con un clearance de esta última alterado, no revela estado de salud, pero según Canguilhem estaría dentro de la normativa.

El próximo criterio es el *utilitario* que puede ser evaluado —por ejemplo, en el caso de los músculos— por su fuerza o su resistencia al ejercicio. Es frecuente que los ancianos se quejen de cansancio, que tienen que limitar sus caminatas, que han perdido sus fuerzas, que se hagan sedentarios. Ocurre porque ellos comparan su desempeño de décadas anteriores y no se resignan a la marcha cautelosa y el decremento de su sarcolema. Los psiquiatras dicen que padecen del síndrome de adaptación.

Un último criterio que engloba al sujeto en sí es su *conducta*. Un enfermo bipolar, aunque tenga aptitud para desempeñarse en ciertos períodos, tiene una al-

teración que por momentos lo postrará en la depresión o lo llevará a la euforia.

Todos estos criterios han debido ser para la medicina y, como lo señala Canguilhem, normativos. Todos los médicos efectuamos nuestros diagnósticos –sobre todo en relación con los exámenes de laboratorio– con esa pauta. Así, además de otros parámetros, indicamos anemia en la mujer cuando su hemoglobina en sangre es menor de 12g% y por debajo de 13g% en el varón. No podemos establecer un valor constante en los miligramos de colesterol total y sus fracciones porque la normativa ha sufrido las mayores variaciones a partir de poco más de medio siglo. Estudios de mayor sensibilidad y, si somos suspicaces, la actividad del complejo médico-industrial representado por la industria farmacológica, varían estos índices con la velocidad del rayo.

Guinsburg⁸ simplifica el problema cuando expresa: “Resulta necesario diferenciar los conceptos de sano y normal para aproximar una respuesta a esta pregunta. Lo normal es aquello que suele ocurrir con mayor frecuencia. Un relevamiento estadístico sobre el universo determinado y una curva de Gauss son los elementos mediante los cuales se define generalmente la normalidad en salud. El concepto de normalidad se reduce a lo esperable. Y este criterio no sólo es considerado cuando se toman mediciones técnicamente fundamentadas, sino también cuando se observan conductas a diario. Si una persona corre en una calle céntrica de una gran ciudad, se suele suponer que se trata de un ladrón o una víctima de éste según como sea su vestimenta. Si una persona corre en un parque se suele suponer que está haciendo un ejercicio aeróbico. El pre-juicio tan frecuente en el hombre común no es admisible en ciencias de la salud. Y, sin embargo, es frecuente que se confundan a las hipótesis probabilísticas con leyes que se cumplen en todos los casos bajo condiciones semejantes. Muchas veces los datos clínicos son considerados como un valor absoluto. Y, cuando lo que se evalúa son personas, los datos clínicos sólo tienen verdadero sentido y son significativos cuando son considerados como valores relativos a una persona singular inserta en un proceso y dentro de un contexto o una situación dada”.

En todos estos casos, en relación con la campana de Gauss, tendremos ambos extremos que se escapan a la normativa. En ellos podemos establecer cierto grado de enfermedad. Los valores de presión arterial, que se modifican constantemente, también sufrieron cambios con el tiempo. La tolerancia del

siglo pasado con las cifras de los senescentes ha quedado en el olvido. En el Consenso sobre Hipertensión Arterial 2007 de la Sociedad Argentina de Cardiología se destaca: “Uno de los mitos más difundidos es la concepción de que en ancianos es normal un aumento de la PA. La evidencia ha mostrado claramente que el tratamiento de la HTA en los ancianos no sólo es altamente efectivo, sino que además es más beneficioso que el tratamiento en los jóvenes con HTA.” Siglas aparte, la aseveración merecería algún comentario.

A esas normativas se agregan en la actualidad la llamada medicina en base a pruebas o evidencias. A pesar del auge actual de las estadísticas ya Hipócrates decía que la mujer que menstrúa y el joven varón que no llegó a la pubertad no padecían gota. Era una evidencia.

Otra parte de la enfermedad, difícil de valorar por parte del médico, es la subjetiva. En Estados Unidos, tal como lo describe Laín Entralgo⁹, se trató de caracterizar qué valor le asignaban a los síntomas los diversos grupos lingüísticos culturales que habitaban en Nueva York. Los italianos y los judíos le daban más color emotivo a sus síntomas, la población autóctona mantenía mayor dureza frente al dolor, mientras que los de origen irlandés lo consideraban un buen elemento para endurecer el carácter.

Un problema que dificulta el encasillamiento entre dolor y enfermedad es el enfermo asintomático. Los investigadores dedican sus afanes para encontrar signos humorales que indiquen la aparición de tumores. Desde hace un tiempo se conocen diversos marcadores y, entre ellos, el antígeno prostático específico es uno con los que se ha logrado mejores resultados, aunque su inespecificidad ha motivado la búsqueda de sus modificaciones, tales como el APE libre. Otros tumores malignos, como en el caso de cáncer de pulmón, surgen habitualmente en catastros radiográficos o cuando la sintomatología lo pone en evidencia luego de largo tiempo transcurrido. El examen clínico –en estos casos– resulta habitualmente insuficiente.

En ciertas ocasiones, el enfermo manifiesta síntomas que responden a una personalidad hipocondríaca y tiene en vilo al médico que no puede diagnosticar lo orgánico. Las variables son tantas, ya que entramos en el terreno de la relación médico-paciente, que puede ser que el facultativo desestime los síntomas que relatan los pacientes. El caso más patognomónico es el del dolor. Por contratransferencia o por la imposibilidad de lograr la solución, el médico

se desentendiende del problema: “El enfermo sobreactúa”, piensa. Así surgió una de las más modernas especialidades: la del dolor.

Obviamente, porque no entra en esta discusión, al enfermo simulador.

Y finalmente dentro de estos criterios están los valores socio-culturales que tienen muchísima importancia. Han dado lugar a consideraciones necesarias para que los médicos tengan en cuenta. Por ejemplo, el síntoma inapetencia —en Estados Unidos— está valorado en el 57% de los casos en las clases altas. Ante ese síntoma el individuo se asusta y concurre al médico. Mientras que en las clases pobres, donde no hay posibilidad de comer en la misma forma y se pasa hambre, ese síntoma tiene valor solamente en el 20% de los enfermos. Estadísticas de este tipo se han realizado en el conurbano bonaerense y en otras zonas de Buenos Aires, con respecto a la artrosis y la bronquitis, con resultados similares. Las clases no pudientes le otorgan menor significado patológico a síntomas como el dolor articular y la tos.

Otro tanto ocurre con la tos que es preocupante para el 77% de los enfermos de clase alta, mientras que es, porque están más habituados a las mojaduras y a las bronquitis, para el 23% de los individuos de clase baja.

El síntoma está en relación con su estado económico y socio-cultural del enfermo.

Otros síntomas, como los dolores articulares y musculares, son valorados como tales y se les da importancia y concurre al médico el 80% de las personas de clase alta y solamente el 19% de las personas de la clase baja, porque tienen que trabajar y no le dan importancia a la molestia. Se puede observar la distancia enorme que media entre ese 80% y el 19% para un síntoma que es igual para todos los seres humanos.

En los aspectos generales, Prece *et al.*¹⁰ dicen que “en las familias de estrato alto y medio alto, las menciones que se realizan están ligadas en general a la promoción de la salud a través de prácticas que tienden a lograr estándares más altos en la calidad de vida. Entonces, en la alimentación aparece la idea de régimen alimentario, la posibilidad de respetar la selectividad de los gustos de los distintos miembros de la familia, y en algunos casos, el intento de romper con los hábitos de la familia de origen, en aras de un mejor equilibrio nutricional, adaptado a las necesidades de la vida ‘moderna’. En la misma línea se enfatiza la práctica sistemática de deportes o gimnasia, especialmente en

los hijos. Es muy marcada, en estas familias, la importancia que asignan a la consulta médica oportuna, y aun anticipatoria. En este estrato se plantea el tema de la salud mental como un aspecto importante a ser tenido en cuenta en la promoción de la salud. A ese respecto, enfatizan la integración familiar y la comunicación entre padres e hijos.

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

Hemos aludido a “calidad de vida” que bien merece un párrafo porque está íntimamente ligada a la salud, al bienestar. Expresan Agüero *et al.*¹¹ que “la génesis de este concepto comenzó cuando después de la segunda guerra mundial los Estados Unidos procuraron recuperar las condiciones socio-económicas de Europa Occidental. Aunada con el plan Marshall surgió la idea de lograr ‘el desarrollo económico’, medido con indicadores del tipo del estándar de vida, la renta anual per cápita, y otros afines. Debido a la funcionalidad que estas ideas tuvieron en Europa, en la segunda mitad del siglo se transfirieron los planes al Tercer Mundo, donde el simple desarrollo económico fracasó en lograr sus objetivos.

“Enfrentados al fracaso del modelo economicista, los científicos sociales procuraron ampliar la base de sustentación del mismo incorporando además de valores materiales, valores espirituales. Surgió así el ‘desarrollo humano’, que resultó ser más funcional para lograr el bienestar de los pueblos. Del perfeccionamiento de esta idea deriva la noción de ‘calidad de vida’.”

La salud nos iba a introducir en temas que se acercaban a la antropología médica ya que, es un elemento que está íntimamente ligado al estado cultural del individuo. La educación es sumamente importante para la salud. Podemos poner el ejemplo del grado de analfabetismo de las mujeres y comprobaremos que de cada tres personas analfabetas, dos son mujeres.

Se considera que existen 46 mujeres analfabetas cada 33 hombres. El anal-

fabetismo de la mujer tiene importancia en el estado de salud del niño que cría. La mala preparación de la madre para conocer la enfermedad del niño, alimentarlo, higienizarlo adecuadamente, constituyen el elemento más importante, aún que la carencia de alimentos para que la mortalidad infantil adquiriera cifras tan alarmantes especialmente en lugares como África y Latinoamérica, que luchan denodadamente para bajar esos índices.

También tiene importancia, ya que hablamos de las madres, la cantidad de niños que tienen. Aparentemente se considera un hecho auspicioso que una madre tenga 20 hijos y se la aclama por todos lados. Sin embargo, cuando la madre tiene un espaciamiento de los nacimientos de un año, la mortalidad de lactantes cada mil, es de 200; mientras que cuando la madre espacia a sus hijos entre dos y tres años, la mortalidad se reduce a la mitad, llega a 100 cada mil nacidos vivos. Y así sucesivamente, cuando interrumpe cada tres o cuatro años, esta mortalidad desciende a 80 lactantes muertos por cada 1000 nacidos vivos.

Es un axioma sociológico que un país es más poderoso cuanto mayor es su población. ¿Se podrá mantener esta idea en la actualidad, con la guerra moderna y el lastre de la mala alimentación, la falta de educación y la polución ambiental?

Está comprobado que la madre antes de prepararse para el parto aumenta, en general, un 20% de su peso corporal o su masa de tejido graso. Eso favorece el desarrollo del niño en gestación. La pobreza siempre es, para estas circunstancias del embarazo y la gestación, un elemento pernicioso. Desastroso porque esas mujeres prolíficas y su estado de desnutrición ayudan todavía más a que los fetos sean prematuros, de peso muy pobre y mueran con mayor facilidad. Esto se podría enlazar directamente con lo que es la alimentación. Este es otro elemento a tener en cuenta dentro de la evolución que han tenido la salud y la enfermedad a través del tiempo.

Diversos caminos han seguido la medicina y la higiene para hacer más salvable la vida del hombre. La potabilización del agua fue una de ellas^{12,13}. Tema que viene de antaño, las amuralladas ciudades medievales luchaban contra el lavado de ropa o verter aguas servidas o arrojar animales muertos río arriba para evitar la contaminación cuando las aguas llegaban. Una especie de vino avinagrado y cerveza eran las bebidas que suplían las aguas para la ingesta¹⁴. Así se mitigaban las disenterías. Incluso, una teoría sostiene que los celíacos,

con su carga de leucocitos sobre la pared intestinal, tenían mayores defensas contra las infecciones intestinales.

En esa misma época el pueblo se alimentaba de pan, legumbres, ajo, aceite y grasa de animales de granja (los cerdos se criaban en la ciudad). Siempre se dijo que las grasas eran lo más apetitoso de la comida. Así desde que Lancini estudió las arterias con aterosclerosis se conoció una enfermedad que dominó el siglo XX y parece disminuir levemente justamente con el control de la dieta. La alimentación balanceada y pobre en grasas mitiga las afecciones coronarias.

Las causas de muerte han variado desde hace un siglo. A inicios de 1900 los motivos más frecuentes eran la gripe y la tuberculosis. La profilaxis, la era antibiótica y mejores condiciones higiénicas hicieron que a fines del siglo XX fueran las enfermedades cardiovasculares y los tumores malignos pero, felizmente, con aumento de la expectativa de vida.

No se puede desestimar en esta lucha por la salud y contra la enfermedad la participación del médico. Existe una total concordancia entre el número de habitantes por cada médico y la expectativa de vida: cuanto menor es el número de personas –estadísticamente– a cargo de un médico, la prolongación de la vida es manifiesta.

No abundaremos en ejemplos que subrayen este tema, pero hace aproximadamente dos décadas nuestro país tenía un médico cada 648 habitantes. En 2007, la proporción es de un médico cada 210 habitantes, mientras que en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires supera ligeramente los 100. Ante esa superpoblación de oferta médica la expectativa de vida, que era hace un cuarto de siglo de 67 años para los hombres y 74 para las mujeres, se ha elevado por arriba de los 75 años para ambos sexos y se ha acortado la diferencia entre ellos.

En algunos países africanos donde existe un médico cada 15.000 habitantes, la expectativa de vida no supera 50 años de edad. También en la próspera India de la actualidad, con una prolongación de vida humana muy por debajo de los países europeos, todavía el número de médicos es escaso.

En lo referente a la expectativa de vida se ha suscitado un fenómeno preocupante en los países más desarrollados e incluso en el nuestro: el envejecimiento de la población. El porcentaje de personas mayores de 60 años que se mantuvo alrededor del 13% en Buenos Aires, se está acercando al 20%. Este fenómeno le acarrea una serie de problemas a los Estados: el aumento del cau-

dal de jubilados, el mayor requerimiento de atención por parte de la medicina social, la aparición de un nuevo sistema de contención: el ancianato u hogar para senescentes para los sanos y el hogar geriátrico para los enfermos y una trivialidad –no por su importancia– el pañal descartable.

Por otra parte, si la población no se reproduce lo suficiente –como ocurre en casi toda Europa– no existe recambio generacional ni aporte suficiente por parte de los que trabajan para la jubilación de los que no lo hacen. Además se genera un desplazamiento inmigratorio con todo lo que esto implica: aculturación y discriminación. La representación de la pirámide poblacional angosta su base e indica que esa sociedad no crece.

El mantenimiento de la salud social requiere pautas que algunas sociedades no pueden lograr. El extenso territorio de nuestro país no lo hace apto para la atención de urgencia en comarcas remotas, como se encarga de mostrar permanentemente la televisión. Los comités que se ocupan de los accidentes encefalovasculares (“stroke”) a menudo insisten en que la celeridad en la atención de estos pacientes corre paralelo a la mejoría e, incluso, la restitución *ad integrum*. En las zonas urbanas, como el caso de Buenos Aires, resulta muy problemática la asistencia antes de las dos horas del evento por las complicaciones de traslado para el diagnóstico por imágenes y el tratamiento que, en otras regiones, como el caso de Estados Unidos y sus ciudades, con otra operabilidad y también con helicópteros destinados a la sanidad, lo pueden hacer. Cuando el medio de comunicación falla, la atención primaria falla también. En las remotas regiones del país el problema se agrava. El enfoque antropológico nos exime –ciertamente no nos inhabilita– de la crítica institucional. A modo de colofón sobre este tema agreguemos la reflexión de Spina¹⁵: “Durante la mayor parte del siglo XX, la promoción de la salud estuvo dominada por la educación sanitaria dentro del enfoque biomédico de la Salud Pública, agregado a lo anterior, los recursos existentes para los Sistemas Nacionales de Salud disminuyeron a partir de la década del 80. Por otra parte, los servicios asistenciales no crecieron con la misma velocidad que las poblaciones y además se especializaron cada vez más, aumentando la utilización de las tecnologías de alto costo y concentrándose en las áreas urbanas, hechos que contribuyeron a dificultar el acceso a los servicios de salud de los grupos de población con mayor exclusión social.”

El concepto sobre salud sugirió, a través de la historia de la medicina, una serie de reflexiones. Para Galeno la enfermedad constituía una diátesis, un estado preternatural, es decir una característica especial de la Naturaleza. Era la *physis* de los griegos: se había alterado la armonía, el equilibrio del organismo. A partir de Paracelso, con los yatroquímicos y luego los yatrofísicos, lo que se modificaba eran las sustancias químicas o estados físicos naturales. Para Sydenham la enfermedad era un esfuerzo que hacía el organismo para volver al equilibrio anterior. Morgagni será, posteriormente, organicista, y Virchow encuentra la enfermedad de los tejidos. Luego aparecerán teorías enzimáticas, genéticas, psicosomáticas, etc., etc.

La enfermedad

Podríamos considerar a la enfermedad como la antítesis de la salud, con los reparos que el sentido de ambos términos nos merecen.

En la actualidad, con cierto eclecticismo, tenemos que considerar a la enfermedad multifacética. Crea dentro del individuo una situación especial, personal. Se inicia con los síntomas o signos –cuando los hay– que causan desconsuelo, tristeza, depresión o ira. Luego viene el diagnóstico del médico que puede acentuar cualquiera de esos estados. Pero la preocupación (podría decir también la enfermedad) no se limita a esa persona: alcanza a familiares y amigos. Sin embargo, el enfermo se encontrará solo con ella. Es una de las situaciones límites, como lo denominara Karl Jaspers, por las que pasa el individuo. Habitualmente, y con grandes limitaciones, es el médico que puede escudriñar dentro de las vivencias del paciente.

Otra situación especial es la social. El industrialismo –etapa de la humanidad aparentemente en regresión– demostró que la salud es un bien de trabajo. El enfermo, al faltar a su trabajo, afecta la producción industrial. Es un fin puramente utilitario pero en cierto modo útil porque fomenta la prevención de las enfermedades, tanto en el aspecto accidental como de aquellas enfermedades factibles de ser evitadas.

Existe un costo para la curación, para el individuo o Seguro que lo cubre en medicamentos o internaciones; para el hospital con el costo cama/día; para el Estado en las afecciones crónicas que quedan a cargo de la Sanidad Social.

Ejemplo de los desastres que puede causar una afección epidémica en los pueblos: la Peste Negra medieval¹⁶, o lo que hace una enfermedad endémica: el sida en el África subsahariana ¹⁷.

En estos últimos casos podríamos agregarle a la enfermedad otra situación especial, la histórica.

En una obra imperdible Laplantine¹⁸ muestra, además de toda su erudición literaria, su teoría de los modelos de enfermedades plena de creatividad y considera en primer lugar “la bipolaridad paradigmática de lo ontológico y lo funcional”. Define un modelo exógeno y un modelo endógeno de enfermedad que, dada su explicitud, no merece otro comentario. Varios subcapítulos recrean ampliamente este tema. En su segundo capítulo divide a la enfermedad en un modelo aditivo y un modelo sustractivo. En el primer caso pone algunos ejemplos: en tribus africanas –como ha ocurrido con etnias sudamericanas en épocas de la dominación hispánica– el causante del mal es el hechicero que lo “ha mandado” o alguna bruja lugareña; otro ejemplo es el del paciente que concurre al consultorio del médico quejándose: “estoy mal del hígado”, “ando mal del corazón”... El modelo sustractivo se puede ejemplificar con: “he perdido la memoria”, “no tengo fuerzas”... Finalmente, Laplantine nos ofrece otros dos modelos antagónicos de enfermedad: el maléfico y el benéfico. Dice el autor: “No es suficiente distinguir entre una percepción de la enfermedad aditiva y una sustractiva, una percepción ontológica y una percepción relacional. A su lado, o más bien superponiéndose a las oposiciones entre enfermedad y enfermo, enfermedad y sociedad, enfermedad-objeto y enfermedad-función, existe una cualidad de naturaleza completamente distinta, que se sitúa entre el nivel del *sentido* y del *semisentido*, del *valor*, ya *negativo* –que hasta ahora es el único que hemos considerado–, ya *positivo*, atribuido a los sistemas de interpretaciones precedentes. Para que sea completa nuestra exploración de la constitución del discurso etiológico, conviene por lo tanto detenerse en la valencia del signo + o del signo – afectando a la representación de la enfermedad. Esto es: distinguir un modelo que calificaré como ‘maléfico’ y otro que calificaré como ‘benéfico’.

“Esta aclaración nos permitirá apreciar hasta qué punto la enfermedad, lejos de ser una experiencia en bruto –una experiencia aprehendida por los médicos en términos de ‘hechos nosográficos’ y por el etnólogo en los de ‘hechos etno-

gráficos⁷— es eminentemente ambivalente y relativa a los *sistemas de evaluación*, que informan a la vez la práctica del terapeuta y la experiencia del enfermo.”

Para simplificar, a pesar de los múltiples ejemplos que da Laplantine, nos remitiremos a uno del modelo maléfico: la enfermedad —para los occidentales— es una desviación biopsicosocial que habitualmente causa temor; el del modelo benéfico: pone a prueba la fortaleza física y psíquica del individuo y otorga la satisfacción de la curación. Aunque el autor hace un equilibrio literario (pone ejemplos de la literatura mundial) con el tema, recordamos a una paciente que, con gran orgullo, declaraba haber sido intervenida quirúrgicamente en 14 oportunidades.

En un sentido claramente evolucionista, los esposos Cerejido¹⁹ revalorizan la enfermedad. La extienden hasta el *exitus letalis* como un medio de mejorar la especie. Ponen el ejemplo de los animales salvajes (un león que no pudiera correr para cazar la presa) y resaltan que la medicina altera este principio en los hombres porque permite la sobre vida con graves afecciones.

Mencionan que, tiempo atrás, la apendicitis aguda era una enfermedad mortal. El material genético será quien, finalmente, permita extender más la vida del hombre. Todos estos temas generan un caudal enorme de disquisiciones éticas.

Desde sus orígenes, el hombre ha sido acompañado por la enfermedad. Desde hace 1.8 millones de años y durante su emigración desde África a Europa y Asia llevó y estuvo acompañado por los virus que en la actualidad Zimmer²⁰ atribuye como causales del 17% de los cánceres.

La medicina sigue impertérrita su lucha contra la enfermedad, en defensa de la salud.

Expresa Canguilhem²¹: “No se dictan científicamente normas a la vida. Sino que la vida es esa actividad polarizada de debate con el medio ambiente que se siente o no normal, ya sea que se sienta o no en posición normativa. El médico ha tomado partido por la vida. La ciencia le sirve para la realización de los deberes que surgen de esa elección. El eco de este llamado patético es el que hace calificar de ‘patológica’ a toda ciencia que utiliza la técnica para auxiliar a la vida. Así es como existe una anatomía patológica, una fisiología patológica, una histología patológica, una embriología patológica. Pero su calidad de patología es algo que proviene de la técnica y por ello es de origen subjetivo. No existe una patología objetiva. Se pueden describir objetivamente estructuras o comporta-

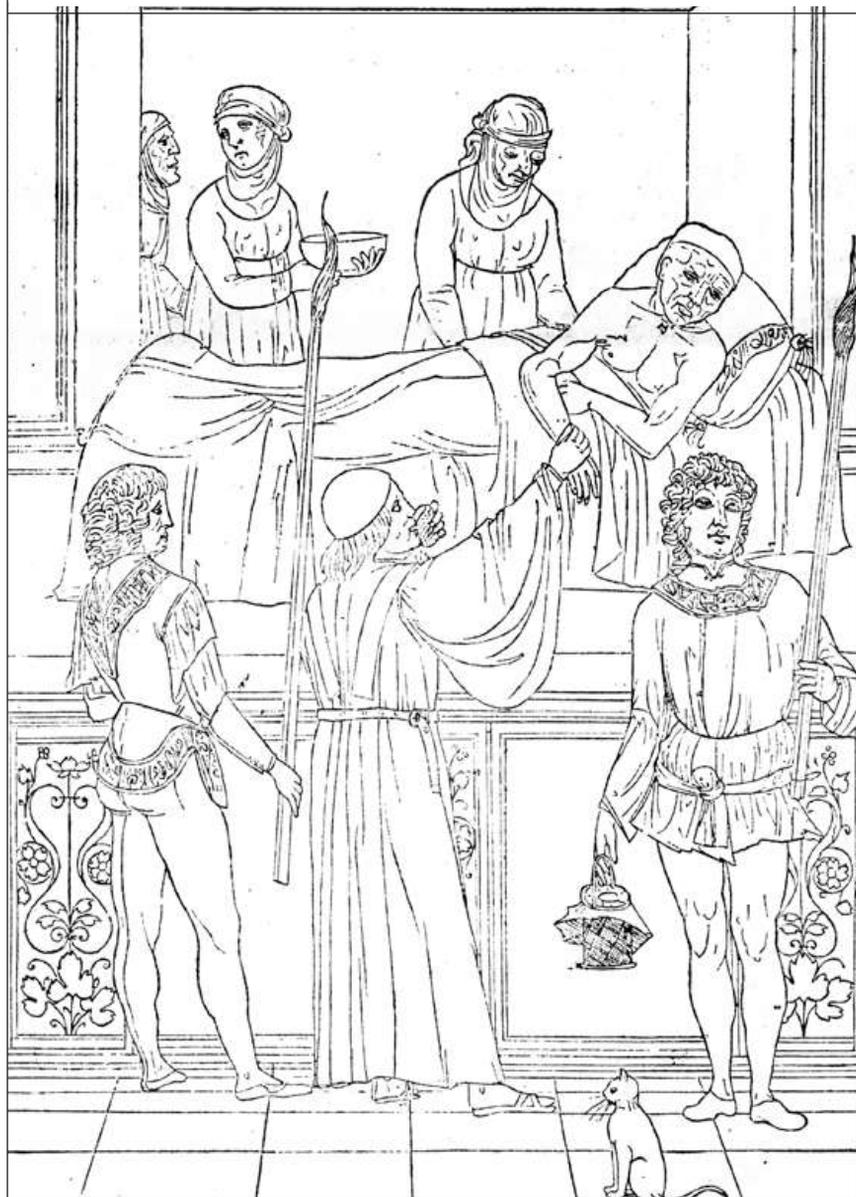
mientos, pero no puede decirse de ellos que son ‘patológicos’ refiriéndose a un criterio puramente objetivo. Objetivamente solo se pueden definir variedades o diferencias, sin valor vital positivo o negativo.” De tal forma desmitifica la ciencia y coloca al hombre en una situación histórico-social.

BIBLIOGRAFÍA

1. Constitución de la Organización Mundial de la Salud, *Wld Hlth Org, Actes off Org. Mond. Santé*, 2, 100, 1948.
2. Canguilhem G, *Lo normal y lo patológico*, Buenos Aires, Siglo XXI. 1971.
3. Pégola F, *Historia de la salud social en la Argentina*, Buenos Aires, Editores Argentinos Asociados, 2004.
4. Lafont RP, y Ruíz Moreno A, (traductores y prologuistas) *Definiciones médicas. En Obras de Galeno*, La Plata, Universidad Nacional de La Plata, 1947.
5. Pégola F, *El pensamiento mágico en la medicina colonial argentina*, Buenos Aires, edición del autor.
6. Pégola F, *Brujos y cuasi médicos en los inicios argentinos (2º edición)*, Buenos Aires, El Guion, 2008.
7. Sigerist H, *Civilización y enfermedad*, México, Fondo de Cultura Económica, 1946.
8. Guinsburg NA, “Revisión de un caso, desde la antropología médica”, monografía para la Carrera de Formación Docente Pedagógica en Ciencias de la Salud de la Facultad de Medicina (UBA), 2007.
9. Laín Entralgo P, *Antropología médica*, Barcelona, Salvat. 1986.
10. Prece G, Necchi S, Schufer ML y Adamo MT, “La salud: una tarea cotidiana”, *Actas del Tercer Seminario-Taller de Investigaciones en Ciencias Sociales. Área de Estudios e Investigaciones en Ciencias Sociales para la Salud*. Secretaría de Ciencia y Técnica, pp. 57-72, 1988.
11. Agüero AL, Riadigós N, Quevedo S, Neuendam N, e Iglesias S, “Salud y desarrollo humano. Una perspectiva médico-social”, *La Escuela. Revista Universitaria de Salud Pública*, Buenos Aires, junio de 2005.
12. Pégola F, y García Puga A, “Breve historia del agua potable”, *Historia*, Buenos Aires,

- 22 (Nº 85): 28-47, marzo-mayo 2002.
13. Pégola F, y García Puga A, “La potabilización del agua en Buenos Aires”, *Historia*, Buenos Aires, 24 (Nº 94): 118-136, junio-agosto 2004.
14. Vallee BL, “El alcohol en el mundo occidental”, *Investigación y Ciencia*, Barcelona, Nº 263, pp. 56-61, agosto de 1998.
15. Spina JC, “¿El desarrollo biomédico se ajusta a los principios de equidad?”, Monografía para la carrera de Formación Docente Pedagógica en Ciencias de la Salud (Antropología) de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, 2007.
16. Pégola F, *Miseria y peste en la Edad Media*, El Guion, Buenos Aires, 2006.
17. Pégola F, “Los colores de la peste”, *Revista Cadime*, Buenos Aires, 2 (Nº 7): 35, enero 1993.
18. Laplantine F, *Antropología de la enfermedad*, Buenos Aires, del Sol, 1999.
19. Cerejeido M, y Blanck F, *Ibidem*
20. Zimmer C, “Evolved for cancer?” *Scientific American*, New York, 296 (Nº1): 52-59, January 2007.
21. Canguilhem G, op. cit.

~ CAPÍTULO II ~
LA ANSIADA CURACIÓN



Con suma frecuencia, el concepto más repetido en los discursos políticos es justicia social. Bien conocido por los argentinos, lo podemos desglosar en dos premisas: fomentar la inclusión social y favorecer la solidaridad. Justicia social en relación con la salud lleva consigo la necesidad de no restringirla a determinadas regiones o clases sociales. La salud plena no significa solamente combatir la enfermedad sino también es la resultante de condiciones adecuadas de alimentación, vivienda, recreación, medio ambiente, ingresos, libertad creadora, transporte, acceso a la propiedad y a los servicios donde, obviamente, se incluyen los encargados de cuidar la salud.

La solidaridad implica que todos contribuyan al sistema en la medida de sus posibilidades para asistir con recursos a quienes lo necesiten. Los trasplantes de órganos han demostrado que la solidaridad se pregona pero no se efectiviza.

La antropología médica tiene temas gratos y otros que realmente no son del gusto médico ni de los familiares del enfermo. El que trataremos en este capítulo es el más agradable para el enfermo, el médico, los familiares y amigos de éste.

En este caso nos ocuparemos, desde el punto de vista antropológico, de la curación, de la ansiada curación del paciente. Como una suerte de aclaración semántica debemos decir que, el individuo enfermo es “tratado” por el médico. Concorre a recibir tratamiento y por ello, *tratar*, significa tomar al enfermo, manejarlo, asirlo en las manos, ocuparse del cuerpo enfermo, mientras que sanar, es un verbo cuyo único responsable es el mismo enfermo. El paciente, sanó. En ese proceso auspicioso, donde se aplicó un tratamiento, el cuadro patológico cedió y esa finalización fue beneficiosa para el individuo.

En un sentido epistemológico esto no es tan simple y se advierte que está sujeto a un buen número de factores subjetivos e interactivos. Samaja¹ en su *Epistemología de la salud* expresa: “Las ciencias de la salud forman parte de la vida social. Hundeen sus raíces en la vida biocomunal, pero florecen como saberes estatales y societales. El Estado, primero, y la sociedad civil después, destinan formas institucionales específicas para cultivarlas y promoverlas. Son, por lo tanto, formas particulares de vivenciar (o ‘tomar conciencia’) de los problemas de la reproducción. Pueden ser caracterizados como una manera altamente elaborada en que se desarrolla la subjetividad humana (como subjetividad política y societal) hacia su plena libertad.

“Las ciencias de la salud, como toda instancia de Sujeto, forman parte de

la jerarquía de la vida social. Es un momento de la epigénesis humana. Sin embargo, es necesario advertir que la instancia de subjetividad en cualesquiera de sus formas no se localiza en ninguno de los estratos del ser, sino en las interfaces jerárquicas, es decir, en los tránsitos y en las vivencias que vehiculizan las normas, sean estas clasificatorias, registrales, restitutivas, etc. Las normas precisan de una instancia de sujeto, sin la cual, ellas son puras sintaxis inoperantes; un puro formalismo.

“Ya dije que aunque el movimiento epigenético es constitutivo (y creativo) desde ‘abajo hacia arriba’, se convierte en regulativo, de ‘arriba hacia abajo’. Con lo cual, toda *objetivación* (como observación e interpretación) de un hecho de salud presupone que el *sujeto observado* es también, y de manera necesaria, el *sujeto observante*: se encuentra desgarrado entre los dos niveles del ser: en el plano regulante y en el plano regulado. Cualquier dolor en el cuerpo implica que estamos allí en la parte que nos duele y en el todo que vivencia y localiza el dolor en esa parte y no en el resto. El sujeto (cualquier sujeto) es siempre parte y juez. Esto se pone claramente de manifiesto cuando padecemos un problema práctico y moral. Imaginemos padecer una injuria cualquiera: ella nos duele por el carácter particular del interés afectado, pero, al mismo tiempo, duele por el carácter general de injuria que reviste el acto, es decir, de negación de un derecho que lesiona a la parte y al todo. Somos la parte y somos el todo. Si cada uno no pudiera encarnar a la Justicia *como un todo*, no podría vivenciar *como parte* la lesión como injuria.”

Con semejante carácter parcial y general, con incidencia social, el valor de la curación adquiere la dimensión de un renacer. Cuántos pacientes, luego de un trance penoso de salud, expresan que han nacido nuevamente.

Con la curación, el enfermo ha sanado. Curación entonces, es el trayecto que se extiende entre el inicio del tratamiento y su finalización, cuando este ha sido beneficioso para el enfermo. En el horizonte del médico esa es su meta deseada, la otra, a veces inevitable y siempre no deseada, es la muerte del individuo sometido a tratamiento.

Ambas situaciones constituyen el éxito de un procedimiento terapéutico: curación o muerte, si tomamos la primera acepción del término según el *Diccionario de la Real Academia Española*: la finalización de un acto.

Sin embargo y desde Hipócrates o sus seguidores de las escuelas de Cos y de

Cnido, existe un tercer elemento que antecede a la curación y a la muerte, que es la curación en salud, es decir la prevención de las enfermedades. La escuela hipocrática dio a luz *De la dieta*, obra donde se establecían las pautas de una buena alimentación como forma de prevenir enfermedades. Cientos de años después, Maimónides ampliaría estos consejos e incluso lo haría refiriéndose a los ancianos. Más cercano a nuestro tiempo, Hufeland escribió *Makrobiotic*, un tratado con lineamientos sobre vida sana que se remozaron, después de más de un siglo, en nuestro tiempo. Es decir que nadie puede discutir la antigüedad de la prevención. En el sentido moderno de la prevención de las enfermedades, han sido las vacunas las que produjeron el cambio más importante en la lucha contra las epidemias y endemias que asolaron la Humanidad. Las campañas contra el tabaquismo, el alcoholismo, la obesidad, la hipercolesterolemia son otra constante de la prevención en la actualidad.

A tanto llega la profilaxis de las enfermedades humanas que se cuida al fruto de la concepción con estudios genéticos, ecografías, control de la mujer embarazada, etc., tratando que el niño nazca en las mejores condiciones. Todo ello ha aportado la tecnomedicina que nos alejó totalmente de las prácticas brutales como la de la antigua Grecia donde los nacidos enfermos eran arrojados desde el monte Taigeto. Ese promisorio campo de la ingeniería genética, en acelerada investigación, puede significar en el futuro la solución a las enfermedades congénitas que padece el ser humano.

Los adelantos de los conocimientos médicos, incluidos lógicamente los terapéuticos, se han acelerado de manera manifiesta en los últimos tiempos. La química y la física, ciencias duras, aparentemente divorciadas de la medicina, disciplina blanda, han sido quienes impulsaron su despegue. En este sentido Ayala² escribe: “Dados los constantes avances de ambas, la física y la biología parecen empeñadas en una carrera hasta la cima del conocimiento. Históricamente la primera siempre había conseguido la corona de laureles, predominando sobre la ciencia de la vida. Cuando amanecía el siglo XX las teorías de la relatividad y cuánticas deslumbraban. Mientras tanto los biólogos sólo podían relevar lentamente algunos ‘detalles’ de las células. Asimismo, la comprensión de los mecanismos de la herencia estaba en sus inicios. La composición química de la vida parecía un fenómeno incomprensible. No pocos consideraban este estudio fuera de los alcances de la ciencia. Tal vez los biólogos no lo abordaban

para no ser acusados de excesos materialistas. Sin embargo, desde la década de 1940 los hechos se invirtieron bruscamente, y la biología lograba todas las medallas. Alcanzó el primer plano científico. Esto se debió a una circunstancia curiosa pero de gran importancia para el exitoso futuro de esta investigación.”

La curación del enfermo

La curación del enfermo es el proceso más feliz que puede vivir un médico, sobre todo si la afección era compleja y ponía en peligro su vida. Gratifica su vocación de médico, esa vocación de servicio de tratar de curar a la alteridad. Ayuda también a su autoestima pero puede inducirlo a una deformación psicológica, como es sentirse omnipotente.

La parte espuria de este hecho es que se lucre con la curación elevando los aranceles médicos o imponiéndole un plus que no estaba pactado. Desde ya que, con respecto al número de pacientes, ningún médico desea –generalmente– que el paciente no cure.

¿Por qué generalmente? Porque en algunas oportunidades el enfermo y sus familiares, si bien no desea que no mejore, ansía que sea atendido por otro facultativo. Si no existe empatía entre el paciente y el facultativo la relación está quebrada y tanto uno como el otro desea que se corte, que finalice. Los médicos –en distinta graduación– sufren de un costo emocional por la atención de sus pacientes que, para algunos, es insoportable. Muchos médicos, con su diploma en la mano optan por trabajar en la industria farmacéutica o abandonar la profesión. De esa forma eligen prescindir de la carga intelectual y emotiva que significa la atención de los enfermos.

Es curioso que, en cierta forma de manera parecida, en la Edad Media, con su gran religiosidad, los grandes médicos aconsejaban a los bisoños prescindir de atender a los enfermos moribundos: causaban desprestigio médico y debían ser consolados por los sacerdotes para recibir los santos sacramentos³.

La asistencia al moribundo no era una cuestión éticamente reprochable. ¿El médico podía no hacerlo? Sí, porque esta vida se consideraba pasajera y el futuro –con la muerte– sería mejor. El cuerpo entraría en putrefacción, lo excelso era el alma. Los enterramientos se efectuaban a la vera de una iglesia, y no existía gran interés por la mejoría. No obstante, la Peste Negra tuvo como efecto desmitifi-

car el problema y por eso se ha dicho que unió a Eros con Tanatos.

La actitud que el enfermo adopta frente a la enfermedad no siempre es la correcta. Descartemos de pleno a las adicciones: los grandes consumidores de tabaco, aún con las molestias que le ocasiona la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, no pueden alejarse del hábito. Son muchos los pacientes que, si bien no abdican de la curación, no hacen nada por lograrlo porque tienen un sentido finalista de la vida.

Víctor Frankl, que sufrió los campos de concentración del nazismo, encontraba tres situaciones por las que puede transitar el individuo: la biológica, la psicológica y la noológica (ausencia de significado o neurosis noogénica). Esta última, su creación, correspondería a la conciencia moral y la actitud de amor frente al sexo opuesto. Cuando cesa la actitud noológica –según Frankl–, cuando dejan de existir esos dos sentimientos, aparece lo que se llama la angustia existencial o depresión existencial. En ese estado, el paciente no quiere la curación, desea su desaparición física.

Sin adherirnos plenamente a esa teoría, todos los médicos hemos podido asistir a enfermos que cuando se encontraban ante situaciones muy comprometidas deseaban fervientemente la muerte. Incluso, dejaban de comer, rechazaban la asistencia médica y descartaban toda actividad. Los ancianos usan subterfugios: tratan que los familiares y el médico no se enteren de sus padecimientos. Ese “¡Me siento muy bien!”, resuena como una forma de evitar la práctica y los tratamientos. Es la forma con que ellos interpretan su estado senil y el ocaso de su existencia.

En otro aspecto, diametralmente opuesto, está el discurso de los familiares que más de una vez resulta controvertido. Cuando se trata de pacientes con afecciones prolongadas, crónicas, sobre todo si se trata de longevos, el familiar con una actitud de gran protección, aun con cuadros de gran deterioro mental, insisten para que el médico logre su recuperación e incluso se niegan terminantemente a la institucionalización. Sin embargo, ciertas veces modifica su discurso y admite que no encuentra mejoría, que se encuentra agotado (“burnout”), que no le alcanza el dinero para mantenerlo e, incluso, que no puede internarlo. La pregunta fuerte, descarnada, es “¿cuánto va a vivir?”, con un implícito deseo que el médico le diga solo unos días más. Es curioso, pero si el enfermo fallece, quien efectuaba ese planteo estallará en llanto.

La crítica a esa actitud sería sencilla pero, a la luz del síndrome de agotamiento psicofísico del cuidador formal o informal (es decir *burnout*) y sabemos que el problema es complejo y el familiar tardará en recuperarse de este cuadro.

Es frecuente encontrar doble discurso en el grupo de familia de un mismo enfermo. Unos quieren protegerlo, cuidarlo; otros, lo rechazan. La historia familiar generalmente manda en estas situaciones y, en ciertas ocasiones, es la empatía que haya logrado tener el paciente con quienes lo rodearon en su vida anterior la que decide la situación.

La confirmación de la mejoría

La ansiada mejoría llegará en un momento: el paciente llevará la voz cantante: me siento bien. El médico la confirmará con su juicio objetivo. Lo examinará con su método semiológico, aunque previamente indagará sus síntomas subjetivos, observará sus análisis de laboratorio, y dirá –por ejemplo– su neumonía ha curado sin secuelas o la fibrilación auricular ha revertido a ritmo sinusal. Ese juicio objetivo puede no ser exacto porque el médico se ha equivocado. También el paciente puede tener una falsa apreciación con respecto a su estado de salud.

Es común en los ancianos decir que su fatiga ha desaparecido y, cuando se quitan su abrigo, observamos que la disnea comienza. Se han habituado a convivir con el síntoma. La enfermedad es una habitualidad que desmerece el padecimiento.

Otras veces, y esto es patrimonio de la medicina del trabajo, el supuesto paciente sobreactúa y señala no estar curado. Es común como recurso laboral para evitar volver a su tarea. Vértigos, diarrea, lumbalgia, están en la gama de los síntomas que muchas veces el facultativo no puede aclarar. En estos casos tanto el aserto del médico como la obstinación del paciente pueden derivar en situaciones enojosas.

Sin embargo, los componentes cognitivos del paciente, por un lado, la exploración psicofísica del médico por otro, deben determinar cuándo un enfermo se puede considerar curado y ello no es fácil. La medicina puede encontrarse limitada para encontrar parámetros seguros de curación. En un sentido similar aunque arribando por el camino contrario, Martí Tusquets⁴, que denomina “Valoración de los estados de salud” a un capítulo de su obra, sugiere los inconvenientes para tal empresa. Dice en otra parte de su libro: “Entendemos por *determinantes*

cognitivos aquellos factores que constituyen elementos naturales de la biología, la conducta, el medio ambiente, el pensamiento individual y colectivo de los *sujetos de salud*, van a poder ser influidos directamente para conseguir el giro copernicano que proponemos en el conocimiento e investigación de la salud.

“En lo relativo a la *biología humana*, ya hemos citado que todo lo actualmente conocido, en relación a órganos, sistemas fisiológicos, índices, y constantes, constituyen materia básica del conocimiento y la cultura del *sujeto de salud*. Dando por supuesto que dicho conocimiento debe realizarse de la forma más sencilla y al mismo tiempo cuidada posible; de tal manera que en cualquier momento que aparezca una complicación en algún órgano/sistema conocido, pueda apreciar también sencillamente el propio sujeto lo que está ocurriendo, con suma facilidad y sin permitir sobrevaloraciones que lleven a asustarle o a una preocupación innecesaria que le induzca a engaño.

“Al mismo tiempo debemos cuidar de la facilidad y habilidad del cumplimiento de los programas que nos aproximan cada vez más a la salud. De esta manera pretendemos evitar dos reacciones de conducta frecuentes en la medicina actual: la minusvaloración y por consiguiente el incumplimiento de los programas de salud, que generalmente es consecuencia de la carencia de una real y saludable toma de conciencia de lo que realmente está ocurriendo en el organismo del *sujeto de salud*, o la hipervaloración de aquel trastorno que dificulta la realización del programa de salud en aquel momento.”

Por otra parte cómo resolvemos otro difícil problema: cuándo podemos conocer con certeza la salud de un individuo. Gadamer⁵ es claro y contundente: “Pensemos solamente que, si bien tiene sentido preguntarse: ‘¿Se siente usted enfermo?’, resultaría casi ridículo que alguien preguntara a otro: ‘¿Se siente usted sano?’ La salud no reside justamente en un sentirse-a-sí-mismo; es un ser ahí, estar-en-el-mundo, un estar-con-la-gente, un sentirse satisfecho con los problemas que le plantea a uno la vida y mantenerse activo en ellos. Se puede intentar, no obstante, buscar las experiencias contrarias en las cuales asoma lo que está oculto. Ahora bien, ¿qué queda cuando uno mide, pero debe someter todo lo medido a un examen crítico, porque, en el caso individual, los valores estándar pueden desorientar? Una vez más el lenguaje oral marca la dirección correcta. Habíamos señalado ya que el objeto, la resistencia y la objetivación están muy vinculados entre sí, porque constituyen los elementos rebeldes que

se cuelan en la vida humana. Por esta razón, lo más claro es imaginar la salud como un estado de equilibrio. El equilibrio es un equivalente a la ingravidez, ya que en él los pesos se compensan. La perturbación del equilibrio sólo puede evitarse con un contrapeso. Pero todo intento de compensar una perturbación mediante un contrapeso significa, a la vez, la amenaza de una nueva pérdida del equilibrio en el sentido contrario. Basta recordar lo que sentimos al montar, por primera vez, una bicicleta: con qué fuerza nos aferramos al manubrio para orientarlo en dirección contraria cuando el vehículo se inclinaba y estábamos a punto de caer al otro lado.”

La estrategia familiar frente a la enfermedad

La primera actitud de la familia, en especial en las clases poco pudientes, frente a la enfermedad, es apelar a la medicina doméstica. Se exceptúan de estas prácticas las afecciones de comienzo muy agudo o las que, por sus características generan gran temor. Sin embargo, desde los tiempos de la hidroterapia en los siglos XVII y XVIII, la fiebre elevada era combatida con el baño frío. Tanto un dolor articular como un despeño diarreico y un cuadro febril no muy elevado son tratados en forma doméstica. Es más, la industria farmacológica sabe muy bien que por estas situaciones no se consulta al médico y así atiborra a los medios de comunicación con medicaciones que, a veces, no son tan inocuas como parecen. Lo saben las madres que se toman la libertad de prescribir antibióticos a sus hijos ni bien comienzan los síntomas de un resfrío. Con ello permiten la supervivencia y el crecimiento de las cepas de gérmenes resistentes. Menudo problema se presenta entonces si nos atenemos al trabajo de *Consumers International* que sostenía –en 2007– que en la Argentina la mitad de los remedios estaban mal prescritos en virtud de los regalos que los médicos recibían de parte de los laboratorios⁶.

Volviendo al tema inicial, cuando un miembro de la familia enferma y no mejora frente a esta terapéutica familiar, ¿a quién acude?

La fragmentación de la atención médica (pública, privada, sindical) que ha ocurrido en el país en el último tiempo ocasionó un descrédito tal del que no se salvó ni el médico que atiende en su consultorio, alejado de la institución privada. Así como se habla de la deshumanización de la medicina, consecuen-

cia que llamaríamos ilógica de la tecnomedicina, la profesión ha sufrido, valga la redundancia, una suerte de desprofesionalización. La figura del médico llegó incólume hasta mediados del siglo XX y a partir de allí comenzó a padecer un sostenido deterioro⁷. La elección del facultativo resultará siempre más favorable que la imposición institucional, y es lógico, la utilizan los estratos sociales alto y medio alto.

En ese sentido Prece *et al.*⁸ estudian ocho familias cuyos jefes eran profesionales independientes, empresarios medianos y empleados jerarquizados con nivel universitario completo o incompleto, que vivían en zonas residenciales y concluían que, “en su gran mayoría, atienden sus necesidades de salud recurriendo con cierta regularidad al subsector privado bajo la forma de seguro médico. En algunos casos, la contratación del seguro es directa; en otros, el mismo está cubierto por la Obra Social de Ejecutivos a los que pertenece el jefe de la familia”. Reconocen que deben establecer ciertas variaciones.

En el estrato medio y medio bajo estudian once familias de pequeños productores independientes de bienes y servicios, que disponen de algún medio de producción y pueden tener uno o dos empleados de baja jerarquía. Sus viviendas son pequeñas y relativamente modestas. “[...] La mayoría de ellas pagan cuotas que no resultan muy elevadas para sus ingresos a sistemas médicos privados prepagos, en general de hospitales de colectividad.

“Algunas familias de este estrato, aún cuando están afiliados a sistemas de atención médica prepaga, utilizan frecuentemente la consulta privada con los mismos médicos de la institución para sortear trabas administrativas y agilizar el proceso de atención”.

¿Dónde buscan la curación de su salud los componentes del estrato bajo? Los autores estudiaron once familias cuyos jefes eran trabajadores manuales asalariados con empleo estable o inestable en el sector Comercio y Servicios que habitaban casas de inquilinato y conventillos en calidad de intrusos pagando un módico alquiler y con un alto grado de hacinamiento. Cuando la ocupación es estable hacen uso de la Obra Social a la que pertenecen por su situación laboral.

Las dos décadas que pasaron desde este trabajo nos muestran un panorama distinto. El aumento de la pobreza en el país, el aumento del costo de las Obras prepagas y la escasez de insumos en los hospitales han producido una masa penitente, que espera para atención médica en los hospitales públicos

como así también para las prácticas cuando ellas son necesarias.

Pero no es un problema solamente de nuestro país. El aumento de la población mundial, la catástrofe de la explosión demográfica al decir de Gombrich⁹, ha incrementado la masa de los estratos bajos y la medicina tiene dos estamentos definidos: para pudientes y para pobres.

Por otro lado se debe tener en cuenta cómo mantener la salud recobrada, cómo hacer que permanezcamos sanos, estado por el cual bregaron los médicos y los que no los son. Gadamer¹⁰, como adelantándose al incremento de los tratamientos y en algunos casos al encarnizamiento terapéutico, expresa con cierto humor: “El mantenimiento del equilibrio configura un modelo muy ilustrativo en relación con este tema, porque permite demostrar la peligrosidad que está presente en toda intervención. En un bello pasaje de sus *Elegías de Duino*, Rilke dice: ‘Como el permanente defecto se convierte en el vacuo exceso’. La frase constituye una muy buena descripción de la forma en que se pierde el equilibrio por forzarlo, por sobrecargar alguno de sus componentes más allá de la medida. El cuidado de la salud, al igual que el tratamiento médico consciente, está regido por esa experiencia. Ella conduce a la prevención contra el consumo excesivo de medicamentos, porque resulta enormemente difícil acertar con el instante y con la dosis correcta, aun en este tipo de intervención. De este modo nos vamos aproximando cada vez más a los que es, en realidad, la salud. La salud es el ritmo de la vida, un proceso continuo en el cual el equilibrio se estabiliza una y otra vez. Todos la conocemos. Ahí está la respiración; ahí está el metabolismo; ahí está el sueño. Ellos constituyen tres fenómenos rítmicos que, al cumplirse, brindan vitalidad, descanso y energía. No es preciso ser un lector tan desmedido como se dice que fue Aristóteles, quien afirmaba: ‘Uno sale a caminar... en beneficio de la digestión’. Se puede salir a caminar por otros motivos o sin motivo. Pero así era Aristóteles. Se cuenta que, permanentemente, leía de noche y que, para no dormirse, acostumbraba a sostener en la mano una esfera de metal sobre una palangana también metálica. Cuando se quedaba dormido, la esfera se encargaba de despertarlo.”

Y por qué todos estos ditirambos sobre curación o estado de salud. Porque la Ciencia ha creado en el hombre actual la posibilidad de poseer –o creer poseer– un poder absoluto. La Ciencia Todopoderosa no está en el espíritu médico ni

en el de los investigadores. Está en el inconsciente colectivo. Por eso que son atinadas y crudas a la vez las palabras de Laplantine¹¹ cuando dice: “La creencia en un progreso infinito que pudiera traer al ser humano la salud absoluta, por eliminación gradual de todas las enfermedades, en una ciudad por fin medicalizada por completo, está basada en una esperanza mesiánica, que promete a la vez más y menos que las grandes religiones. Más, puesto que la medicina contemporánea es aún más religiosa que las religiones que se presentan como tales, no se contenta con anunciar la salvación después de la muerte, sino que afirma que ella puede realizarse en vida. Menos, porque sólo las religiones son susceptibles de responder a la pregunta acerca de la muerte, y consecuentemente otorgarle a la vida un sentido absoluto –de algún modo, en ello reside sus superioridad sobre las ciencias biológicas y aun sobre las ciencias humanas que, de hecho, no tienen nada que enseñarnos acerca de la muerte–, mientras que la medicina no puede razonablemente responder más que a la vida, y el sentido que le otorga consiste sólo, de acuerdo con la expresión de Norbert Bensaïd en ‘reintroducir en lo efímero un semblante de eternidad’.”

Los medios de comunicación –además de algunos médicos que les apetece el rinde de su profesión– hacen que la medicina se haya convertido, en la mirada del lego, una ciencia que todo lo puede. Enfermarse y no curar, y lo que es mucho peor aún morir, parece constituir para algunas personas algo de ciencia-ficción, algo imposible en la actualidad. La ansiada curación llega, en ciertas oportunidades, después de un largo trecho de sufrimiento e intervenciones de varios médicos especializados y por qué no, por la puesta en marcha de esa capacidad de respuesta que muchas veces por factores desconocidos poseen ciertos individuos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Samaja F, *Epistemología de la salud*, Buenos Aires, Lugar, 2004.
2. Ayala JM, *La medicina posible*, Buenos Aires, Prometeo, 2003.
3. Pérgola F, *Miseria y peste en la Edad Media*, Buenos Aires, El Guion, 2006.
4. Martí Tusquets JL, *El descubrimiento científico de la salud*, Barcelona, Anthropos, 1999.

5. Gadamer H-G, *El estado oculto de la salud*, Barcelona, Gedisa, 1996.
6. Román V, “Denuncian que hay médicos que recetan mal por los regalos de los laboratorios”, *Clarín*, Buenos Aires, 6 de noviembre de 2007.
7. Pérgola F, *Cultura, globalización y medicina*, Buenos Aires, El Guion, 2002.
8. Prece G, Necchi S, Ademo MT y Schufer de Paikin ML, “Estrategias familiares frente a la atención de la salud: una respuesta a la fragmentación del sistema de atención médica argentino”, *Medicina y Sociedad*, Buenos Aires, 11 (Nº 1 y 2): 2-11, enero-abril, 1988.
9. Gombrich E, en Hobsbawm E, *Historia del siglo XX*, Barcelona, Grijalbo Mondadori, 1995.
10. Gadamer H-G, op. cit.
11. Laplantine F, *Antropología de la enfermedad*, Buenos Aires, del Sol, 1999.

~ CAPÍTULO III ~
LOS RITUALES DE LA MUERTE



Cuando un individuo muere, sea por accidente o enfermedad crónica, y estuvo a cargo de un médico o de un equipo de trabajadores de la salud, ocurre un hecho concreto, objetivo, cuyo principal protagonismo lo tuvo quien padeció el evento. Para el médico significa –aunque el pronóstico haya sido ominoso desde el inicio– un fracaso, un fracaso en su terapéutica. En ciertas ocasiones, cuando aumenta la empatía entre el enfermo y el médico (el caso de niños enfermos o pacientes de la misma edad del curador) esa muerte genera angustia y su consecuente duelo. Además causa una lógica reflexión sobre su misma muerte, circunstancia que más adelante analizaremos en profundidad. Aunque la muerte es del otro, se sufre y se reflexiona sobre la propia por una cuestión puramente humana.

Otro hecho a tener en cuenta es el biológico. ¿Cuándo muere un enfermo? Desde el creador de la anatomía patológica, María Francisco Javier Bichat, se consideraba que el individuo moría cuando se lesionaba su cerebro por un accidente encefalovascular o su corazón por un paro cardíaco o su pulmón por asfixia. Es decir que eran tres los órganos involucrados. El tiempo demostró que los tejidos no morían al unísono. Las células epiteliales eran las últimas en morir, casi como las células conjuntivas. Las células nerviosas eran las primeras en morir y las células de la aurícula derecha las últimas. Es decir, la muerte no es un hecho único en su totalidad sino que sus etapas dependen de la diferenciación, la necesidad de oxígeno del tejido y otras cualidades. La era de los trasplantes de órganos y tejidos reveló nuevos datos desconocidos.

La muerte clínica, con un enfermo sin conciencia y sin posibilidad de recuperarla, que no respira y con un corazón que no late, obliga al médico a la reanimación. Hace medio siglo esta práctica no era tenida en cuenta porque se desconocía la supervivencia de los distintos tejidos. No obstante, la brújula es patrimonio del tejido nervioso. Resulta lógico pensar que esa posibilidad de reanimación tenga lugar cuando el paciente está internado en un medio hospitalario o cuando el suceso ocurre con un médico presente o muy cercano al lugar del evento.

La antropóloga Sibilia¹ escribe esto con meridiana claridad: “Durante varios siglos se entendió la muerte como la interrupción lisa y llana del funcionamiento del corazón y los pulmones, algo que se podía comprobar fácilmente midiendo el pulso o los latidos. Pero los respiradores artificiales pusieron en duda esa de-

finición, ya que son capaces de mantener tales órganos funcionando aun cuando el cerebro haya dejado de emitir las órdenes necesarias para que el cuerpo logre hacerlo de manera autónoma. Después las cosas se complicaron aún más, y hoy también ha quedado obsoleta la definición oficial de ‘muerte cerebral’ que fue aprobada en 1968. Ahora se sabe que el cerebro dispone de capacidad para generar nuevas células, y todo el arsenal de prótesis neuronales y otras *tecnologías de la inmortalidad* que se presentan como capaces de revertir aquel proceso que antes se entendía, de manera fatal y definitiva, como la muerte.”

La muerte también es un hecho familiar. Cuando un individuo enferma lo hacen –en forma simbólica– sus familiares y sus amigos; pues bien, cuando muere genera una pérdida, una muerte parcial, en cuanto a vivencias y recuerdos. En aquellos matrimonios de muchos años de convivencia, la muerte de uno de los cónyuges genera tanta angustia en el otro que algunas estadísticas revelan que el miembro masculino de la pareja sigue el mismo camino, casi en el 50% de los casos, dentro del año del suceso.

Aunque no tiene los alcances del siglo pasado, la muerte del familiar puede generar monumentos, fotografías, homenajes, que, como forma de recuerdo, persisten durante varios años.

También la muerte es un hecho social que requiere –ante la solicitud de las leyes– la certificación de esa muerte. La prensa amarilla, de tanto en tanto, recrea casos de pacientes enterrados vivos por ataques de catalepsia, hecho pocas veces comprobado. Nos eximimos de mencionar la validez de las causas de muerte, terreno que le compite a la tanatología y la medicina legal.

Milán Kundera², en su libro *La inmortalidad* dice que “el muerto justamente es el último escalón del estado del hombre”. Agrega: “está bajo tierra”, en cambio el viejo tiene algunas prerrogativas. Al muerto ya no se le permite ni la intimidad de sus cartas amorosas, no se le reconoce ningún derecho, ha desaparecido: entra dentro de la estadística. Aunque el anciano pierda la razón, todavía conserva un mínimo poder.

Origen del temor a morir y forma de contrarrestarlo

Sin comprender el sentido de la muerte, algunos mamíferos superiores tienen cierta percepción de ella. Mucho se ha reflexionado e investigado sobre la

percepción de la muerte de los congéneres en los animales superiores. Nuestras observaciones en los pájaros que se crían en cautiverio como los canarios no revelan actitudes que puedan relacionarse con este hecho. Por ejemplo, mientras que las hembras que incuban pueden botar los huevos hueros fuera del nido, no hacen lo mismo con los pichones muertos que permanecen —prácticamente momificados si son pequeños— en el interior del mismo aplastado por sus hermanos de generación y la madre.

En los perros, probablemente modificado su comportamiento por siglos de domesticación, puede observarse tristeza —incluso dejan de comer— ante la muerte del amo pero, no nos equivoquemos, no estamos hablando de individuos de un mismo género, de congéneres.

Los chimpancés y los elefantes en libertad son dos especies muy bien estudiadas en ese sentido. Los primates, los más cercanos al género *Homo*, nos dan los mayores ejemplos que, no obstante, son muy difíciles de asimilar a un concepto ligeramente cercano al de la muerte y su repercusión en el grupo.

Con cierto patetismo Goodall³ describe la muerte de una cría de chimpancé que su madre porta sobre su espalda durante cerca de dos días y luego, enflaquecida por la pena, prepara un nido en la copa de un árbol donde se deja morir. En otra oportunidad —y otro libro— la misma autora⁴ relata algo similar con respecto al cadáver de una cría que transporta una chimpancé hembra hasta que entra en putrefacción, cubierto de moscas, que por momentos lo aprieta sobre su pecho y, a ratos, lo lleva descuidadamente tomándolo de uno de sus miembros, superiores o inferiores, para dejarlo caer pesadamente. Mientras, su hermana intenta jugar con él.

La misma Goodall junto con Berman⁵ relatan estos mismos casos agregándole el nombre que habían asignado a cada chimpancé: “Dado que los humanos tenemos una noción de la muerte, sabemos desde un punto de vista intelectual que la muerte viene después de la vida. Sabemos que también nosotros llegaremos un día al final de nuestra vida en la Tierra. Somos seguramente las únicas criaturas que poseemos este conocimiento. Los chimpancés comprenden la diferencia entre la vida y la muerte. El hijo de Olly, con un mes de vida, se quedó casi paralizado durante la epidemia de polio, porque cada vez que su madre hacía un movimiento empezaba a gritar. Era conmovedor ver con qué ternura ella lo mecía, le colocaba con cuidado aquellas extremi-

dades flácidas para no estrujarlas. Al cabo de poco tiempo, durante una larga sesión de carantoñas entre Olly y su hija Gilka, el bebé murió. La diferencia de trato que Olly le dispensó a partir de ese momento fue espectacular. Siguió cargando con el cuerpo durante tres días, pero lo que llevaba no era un bebé, sino una cosa. Lo arrastraba de una pata, se lo tiraba a la espalda, lo dejaba caer al suelo, boca abajo. Ya había perdido otros hijos con anterioridad. Y sabía. Pero cuando Mandy, una joven madre, perdió a su primer hijo, siguió tratando el cuerpo sin vida como si estuviera vivo durante al menos dos días. Y solo cuando el cuerpo empezó a oler y atraer a las moscas, la madre comenzó a mostrarse menos atenta. Al parecer la experiencia es necesaria para que un chimpancé comprenda que la muerte es irreversible. Si su próximo hijo cae enfermo, ¿tendrá miedo de que se muera? ¿Recordará que la enfermedad debilitó gradualmente a su otro hijo hasta dejarlo sin vida? Tal vez. Los chimpancés nos sorprenden continuamente y nos demuestran una y otra vez alguna de esas cualidades que un día creímos poseer los humanos en exclusiva. Pero no creo que tengan una noción de la muerte. Y seguramente son incapaces de pensar en una vida después de la muerte.”

Las últimas palabras de estos biólogos, que titularon a este capítulo de su libro como “La muerte”, son por demás elocuentes.

Con respecto a los elefantes, Gröning y Seller⁶, con una observación registrada fotográficamente en su libro, dicen lo siguiente: “Los elefantes ancianos o enfermos terminales suelen morir en soledad, lejos de la manada, de la cual se han separado a causa de su debilidad. Pero cuando uno de estos colosos grises, tras perder sus últimos molares, sucumbe a la edad, a una herida o a una enfermedad, estando todavía dentro de la manada, sus congéneres le rodean mostrando su condolencia. Los indios y los guardabosques africanos han observado en repetidas ocasiones como la manada, antes de continuar avanzando, se demoran ante su desafortunado congénere e intentan ponerle de pie de nuevo mientras todavía respira y cómo todos colocan la trompa dulcemente encima del cadáver, cuando finalmente este muere. Cuando se topan con esqueletos de sus congéneres mientras marchan alborotados, los elefantes callan de repente, palpan los restos con la trompa y a veces se llevan un hueso o un colmillo y lo conservan durante algún tiempo.”

La imagen fotográfica a la que hicimos mención llama la atención por el

solícito y rápido —se observa por la posición de los elefantes— acercamiento al animal moribundo.

Por su parte Moss⁷, toda una autoridad en el tema, expresa lo siguiente: “Tal vez los elefantes no tengan un cementerio especial, pero al parecer tienen cierto concepto de la muerte. Es probablemente el fenómeno individual más extraño acerca de ellos. A diferencia de otros animales, los elefantes reconocen a uno de los suyos por sus restos o esqueletos. Aunque no prestan atención a los despojos de otras especies, siempre reaccionan ante el cuerpo de un elefante muerto. He estado muchas veces con familias de elefantes cuando ha sucedido esto. Si llegan ante los restos de un elefante, se detienen, se quedan inmóviles y tensos, de una manera diferente a cualquier otra que haya visto en otras situaciones. Primero alargan las trompas hacia el cadáver para olerlo, y luego se acercan despacio y con cautela, y comienzan a tocar los huesos, a veces levantándolos y dándoles la vuelta con las pezuñas y las trompas. Parecen particularmente interesados por la cabeza y los colmillos. Luego pasan la punta de la trompa a lo largo de los colmillos y la mandíbula inferior y tantean todas las protuberancias y huecos del cráneo. Me aventuraría a decir que están tratando de reconocer al individuo.”

Algunos etólogos se animan a sospechar que los elefantes “parecen entender el concepto de muerte”. Karen McComb⁸ con experiencias con maderas, marfiles y osamentas de rinocerontes y de elefantes, cree que éstos reconocen los huesos de sus propios congéneres y se muestran agitados o excitados cuando hallan restos o animales muertos de su propia especie.

Por su parte, la mencionada Cynthia Moss⁹ dice que “se colocan de espaldas al elefante muerto, las trompas colgando fláccidamente hasta rozar el suelo. Puede que al cabo de un rato toquen el cadáver con la trompa y de nuevo den vueltas a su alrededor, y que luego se detengan otra vez, y se coloquen de espaldas a él [...] A veces arrancan ramas y hierba de los alrededores y las depositan en torno al cadáver”.

Muy a pesar de todos estos hechos de observación etológicos, creemos con Fernández Tresguerres¹⁰, tal vez un poco duro con un comentario sobre Goodall en ocasión de que le fuera otorgado el Premio Príncipe de Asturias 2003, que los mamíferos superiores, incluso aquellos genéticamente cercanos al hombre, no tienen percepción de la muerte —hemos visto que la etóloga britá-

nica piensa lo mismo— y que las primeras manifestaciones de su conocimiento se manifiestan en los neandertales, con los ritos funerarios y enterramientos.

La filogenia parece indicar que, a medida que el caudal cerebral de los primates aumentaba, ya en el paleolítico, los neandertales comenzaron a enterrar a sus muertos y, más aún, a veces lo hacían sobre un lecho de flores o lo pintaban con pigmento rojo o le colocaban alimentos, tal como lo hicieron —muchos milenios después— en el Antiguo Egipto. Para muchos antropólogos la mayor creación intelectual de estos individuos, de este pequeño grupo de seres que comenzó a comprender que la muerte era algo habitual tanto en los animales como en ellos mismos, es la mayor creatividad de la actividad psíquica. El protohombre se acercaba a las certezas irrefutables y angustiantes: nace y muere. Morín¹¹ acota este aserto cuando escribe: “[...] La novedad que *sapiens* aporta al mundo no reside, tal como se había creído, en la sociedad, la técnica, la lógica o la cultura, sino en algo que hasta el presente venía siendo considerado como epifenoménico, o ridículamente promulgado como signo de espiritualidad: la sepultura y la pintura.”

Sobre este último punto, Abt¹² desarrolla las causas de este hecho: “El ritual de enterramiento es un comportamiento específicamente humano, en el que intervienen dos elementos: por un lado, el acto de no ignorar la aparición del cadáver, y por otro las construcciones mentales que su presencia suscita. En efecto, desde que el hombre toma conciencia de la finitud de su existencia, el cadáver recibe una atención y tratamiento especial, valiéndose para ello de diferentes técnicas, que tienen el objetivo de contrarrestar los efectos de la tanatomorfosis: embellecimiento, confección de mortajas, embalsamamiento, cremación, necrofagia, momificación, abandono del cadáver en lugares alejados, preparación de tumbas, etc.

“El tratamiento que recibe el cadáver cambia según las épocas, lugares y situaciones sociales del difunto, tales como la edad, la clase social a la que pertenecía, o al tipo de muerte de la que fuera víctima; y puede clasificarse según se ejecuten en los cuatro elementos existenciales:

- inhumación (tierra)
- inmersión (agua)
- cremación (fuego)
- exposición (aire).”

Es decir que, el cadáver que en realidad es un desecho que, de acuerdo al clima, tarde o temprano entrará en putrefacción (recuérdese el estado de conservación de las momias andinas) deja de ser para el hombre lo que realmente es y constituye motivo de adoración. Morín¹³ dirá que “este hombre no solo rehúsa admitir la muerte, sino que la recusa, la supera y la resuelve a través del mito y de la magia”.

La iconografía siempre ha establecido a la muerte como algo terrorífico y, en realidad para el hombre lo es. No tiene fecha de aparición, no se conoce en qué condiciones ocurrirá, es un viaje a lo desconocido aunque en el fuero íntimo casi todos los hombres están convencidos que es hacia la desaparición total, es hacia el antes de haber nacido. Mientras el hombre vive mueren los otros: la experiencia es individual e irrepetible. En *El Evangelio según Jesucristo*, Saramago usa una expresión realmente inquietante: ante el momento de la resucitación de Lázaro, su hermana Marta le suplica a Jesús: ¡no lo haga, tendrá que morir dos veces!

Mauricio Maeterlinck, que nos deleitaba de niños con sus vidas de las hormigas y de las abejas, decía que el origen de las religiones se encontraba en la incógnita de la muerte.

Así es que Abt¹⁴ expresa: “En su lucha por superar esta angustia los hombres han puesto en movimiento diferentes mecanismos de defensa. Los procedimientos más frecuentes son la mitologización, que promueve múltiples rituales, y la intelectualización, especialmente en la filosofía.

“Podemos afirmar que si todo hecho social es un lenguaje, la muerte lo es también en tanto se encuentra impregnada de significación. Es posible establecer, a partir de su carácter de signo, una semiología antropológica de la muerte, ya que:

- supone un complejo sistema de creencias;
- genera una enorme riqueza de ritos (comportamientos);
- moviliza en el grupo social mecanismos para paliar el daño provocado por la pérdida de sus miembros (creencias, sistemas de pensamiento).”

Otro problema relacionado íntimamente con la muerte es la apreciación individual. La gama de características tipológicas en este sentido es amplísima y desde ya que, además de la omnipotencia negadora de los adolescentes (sufren el mayor número de accidentes de tránsito) y cierta resignación en las

últimas etapas cronológicas de la vida, podemos observar un sin número de variaciones individuales. Uno de nuestros pacientes, afectado por una neurosis obsesiva, ya octogenario, confesaba que si cuando daba vuelta las páginas de su diario tocaba la sección de *necológicas* corría a lavarse las manos. Otros enfermos tienen palabras tabúes y es así que no mencionan nunca cáncer, asociándola evidentemente con muerte irremediable.

Thomas¹⁵, antropólogo que se ha ocupado extensamente del tema, tiene un concepto más amplio y divide el problema por tipo de civilización. La sociedad negro africana, que se caracteriza como de actualización de hombres, tiene —frente a la muerte— una actitud de aceptación y trascendencia (por ejemplo los hijos y la mujer del muerto quedan a cargo de uno de sus hermanos); mientras que la sociedad occidental, que se caracteriza como de acumulación de bienes, la actitud de negación. Para el creyente cristiano es el paso a la eternidad.

Justamente las tres religiones orientales nacidas en el desierto, la judía, la cristiana y la musulmana, proponen una vida futura aceptable si el fiel ha cumplido con preceptos establecidos por el dogma en su vida terrena. En Occidente, antes de la irrupción de esas religiones, la contención del hombre ante el temor de la muerte se realizaba a través de la filosofía y la mitología. Perdida la mitología en los tiempos de la historia, ante la grave encrucijada al hombre le quedan la resignación con la filosofía y la esperanza con la religión. Para el individuo es una experiencia crucial.

Todo lo antedicho en lo que respecta al individuo inserto en la sociedad, con sus vivencias y sus temores. Pero, ¿qué pasa con los familiares y amigos del muerto? Dejamos para otro subcapítulo el tema del duelo aunque está estrechamente relacionado con el tema que pasamos a desarrollar. En primer lugar tratarán de encontrarle una explicación a la muerte. Florencio Escardó, destacado pediatra y profesor de la Universidad de Buenos Aires, decía —en forma irónica— que cuando alguien muere el médico tiene la culpa. O no. A veces, pero realmente pocas, se puede culpar al propio paciente por los excesos que cometió o porque no se cuidó como correspondía. Después vendrán los recordatorios, los homenajes, las ofrendas, etc.

Esa característica de achacarle al otro la causa de la muerte de un individuo no es nueva. Martín Dobitzhoffer, un jesuita austriaco que vivió entre 1717

y 17981 y permaneció en estas tierras hasta la expulsión de la orden en 1767 relataba un hecho curioso mientras permanecía entre los indios abipones del Paraguay: cuando dos hombres de esta etnia se traban en lucha, un tercero intenta separarlos y, como siempre le ocurre al comedido, recibe un lanzazo en el tórax y muere. Pues bien, ¿qué creen los culpables? Que no fue la imprudencia sino que su muerte se debía a que le había negado una sandía a una anciana bruja. El Padre Montenegro, en las misiones jesuitas y con los mocovíes, vivió circunstancias parecidas¹⁶. Tal era así que muchas de estas inocentes víctimas, como ocurrió por diversos motivos durante la Inquisición, eran golpeadas y aún asesinadas.

Tipos de muerte

Se han denominado, incorrectamente, tipos de muerte a la apreciación de la familia y la sociedad –e incluso del individuo antes que le suceda el evento fatal– sobre la desaparición de un componente de la misma. Es clásico el trabajo de Ariès¹⁷ que destaca las diferentes consideraciones de la muerte en Occidente, comenzando con la Edad Media. Entre los siglos VI y XII la denomina “muerte domesticada” y era un paso natural, temido, los cementerios se alejaban del pueblo y solamente era rechazada la muerte súbita o repentina ante la creencia de que en ella intervenía el Diabolo.

Entre los siglos XII y XVI, tal vez por la impronta de la Peste Negra, la vida es algo propio, importante y la muerte como tal, fin de tal hedonismo, rechazada de plano. El cementerio vuelve a ser alejado de la ciudad luego de una época donde las sepulturas se encontraban en las cercanías o a la vera de las iglesias. Eros había vencido a Tanatos.

A partir del siglo XVII, bajo la influencia de la Iglesia –siempre según Ariès– la muerte se clericaliza: se instituye el velatorio, el cortejo, el duelo, las recurrentes ceremonias religiosas en recuerdo del muerto.

Entre los siglos XVII y XVIII se encuentra una muerte llamada medicalizada. La medicina suplanta a la religión y el sistema sanitario toma en sus manos al futuro despojo humano. Es la época de la sífilis y la tuberculosis y de las medidas higiénicas. A partir del siglo XIX (creemos que un poco más tarde, por lo menos en nuestro país) la muerte comienza a ser mirada de soslayo y se

deja a cargo –cada día con menor boato– de empresas de pompas fúnebres.

Resumiendo las características sobresalientes de la clasificación de Ariès podemos considerar los siguientes tipos:

1. *Amaestrada*: concepción de un destino prefijado; pacto con Dios,
2. *Muerte propia*: lápidas, mausoleos, ritos. Horror por la muerte. Eros con Tanatos.
3. *Muerte ajena*: duelo ostentoso, testamento, legados.
4. *Muerte prohibida*: de la época industrial. La agonía es hospitalaria, el velatorio sin concurrencia, el duelo privado.
5. *Desorbitada*: gran ostentación.
6. *Súbita*: deseada por la mayoría; mal vista en épocas pasadas.

Morir es pasar de ser a no ser y, para algunos autores es todo fenómeno donde se produce cesación funcional. De tal forma se extendería a la impotencia por disfunción eréctil o a un miembro paralizado por un accidente encefalovascular. Con ese enfoque antropológico y simplificando los conceptos, Thomas¹⁸ considera estos tipos de muerte:

1. *Muerte física*: comprende no solamente al ser viviente sino también a las estrellas de otros cuerpos celestes.
2. *Muerte de objetos*: de obras de arte, por poner un ejemplo.
3. *Muerte biológica*: sería la denominada muerte celular que es distinta para cada tejido u órgano (primero muere el sistema nervioso, en último término los tejidos de la aurícula derecha) y esto importa para la trasplatación de órganos. Se considera muerte aparente cuando cesa la respiración, relativa cuando lo hace la circulación y absoluta cuando es irreversible y aparecen hipotermia, deshidratación, manchas hipostáticas, rigidez cadavérica, etc.
4. *Muerte psíquica*: ocurre a enfermos mentales, sobrevivientes a catástrofes, ancianos solos.
5. *Muerte social*: destierro, retiro, pérdida de derechos ciudadanos, jubilaciones paupérrimas, criminalidad, etc.

Un párrafo aparte merece la llamada *muerte prohibida* de la actualidad. En nuestro país comienza recién a mediados del siglo pasado. Basta con hojear una revista argentina anterior a esa época para observar como existían, además de modas en las vestimentas de duelo, una gran oferta de pomposos servicios

de pompas fúnebres (valga el retruécano) con carrozas tiradas por lustrosos caballos percherones negros. La carroza y el ataúd de los niños eran blancos. También se había popularizado el dicho siguiente, cuando se le preguntaba a un senescente cómo se encontraba, respondía: “Esperando la carroza” En 1952, los funerales de Eva Perón se realizaron conforme a esa etapa de la vida argentina.

Ariès¹⁹, en un artículo aparecido en Buenos Aires, pinta con exactitud qué ocurría con los rituales mortuorios, y así dice: “Todavía a principios del siglo XX, pongamos hasta la guerra de 1914, en todo el Occidente de cultura latina, católica o protestante, la muerte de un hombre modificaba solemnemente el espacio y el tiempo de un grupo social que podía extenderse a la comunidad entera, por ejemplo a la aldea. Se cerraban los postigos de la habitación del agonizante, se encendían los cirios, se ponía agua bendita; la casa se llenaba de vecinos, de parientes, de amigos que cuchicheaban con toda gravedad. La campana sonaba en la iglesia de la que salía la pequeña procesión que llevaba el Corpus Christi...”

“Después de la muerte, en la puerta se clavaba una esquela de duelo (substituyendo a la antigua exposición en la puerta del cuerpo o del ataúd, costumbre ya abandonada). Por la puerta entreabierta, la única abertura de la casa que no estaba cerrada, entraban todos aquellos a quienes la amistad o las conveniencias obligaban a una última visita [...] El período de duelo estaba lleno de visitas: visitas de la familia al cementerio, visitas de los parientes y amigos de la familia... Luego, poco a poco, la vida recuperaba su curso normal [...]”

Tal vez fueron las apariciones de las salas de Terapia Intensiva y Terapia Cardiovascular, con agonías prolongadas y enfermos que eran visitados solamente por algunos minutos por sus familiares, lo que fue cambiando el tipo de rito mortuario. El enfermo es internado en el hospital o en Terapia Intensiva, una vez fallecido –retirado en un furgón– trasladado a un depósito o sala mortuoria, no es velado y, generalmente a cajón cerrado, acompañado por espacio de una o dos horas antes de llevarlo no al enterramiento sino al nicho o a la cremación. Ninguno de los familiares viste luto y tampoco, como se hacía en ciertas épocas, nadie deja de escuchar radio o mirar televisión, ni concurrir a algún espectáculo festivo.

Esta actitud difería totalmente con aquella de los antiguos egipcios que,

luego de observar que los cadáveres se conservaban en la caliente arena del desierto o en los lechos de brea, decidieron crear “la industria” del embalsamamiento, para dejar el despojo perenne por siglos enteros. Ellos también –por la economía– tenían embalsamamientos para ricos y para pobres.

Las obras, en el caso de los literatos o los pintores, tienen un objeto trascendental. Logran hacer sobrevivir los hechos de la persona. Con más razón aún logran este objetivo las fotografías o las películas, así como también recrean etapas de la vida del individuo vivo.

Es decir que la muerte sería la extensión de la misma vida y en su extremo máximo se piensa que la vida persiste en otro mundo.

Para otros la muerte es algo inexorable e inevitable. Eso viene del materialismo. Ya Nicola Abbagnano (1901-1990, italiano) expresó: el hombre es el único ser finito pensante, que muere y desaparece definitivamente. Esta es una posición materialista que empieza prácticamente a fin del siglo pasado.

Otros encuentran una explicación expiatoria. Uno muere porque va a recibir un premio por haber vivido. Esta vida es muy mala; el premio va a ser la muerte. Para todos por igual. Van a morir los ricos, los pobres, los que vivieron bien, los que sufrieron mucho. Y finalmente, hay otro sentido, que la muerte es una exigencia que significa una derrota, directamente una calamidad. Es el final del hombre, no tiene ninguna otra explicación.

Padecemos distintos tipos de muerte: la llamada *intrapersonal*, que es la de uno mismo y la muerte *impersonal*, que es cuando leemos que han muerto en un terremoto 200 personas, en un lugar que no conocemos. Es la muerte de los desconocidos.

La muerte es *interpersonal* cuando muere un ser querido.

Habíamos dicho, la muerte es cierta, la fecha incierta. Es decir que nadie puede predecir la fecha de la muerte, lo que generalmente se les pide a los médicos. Tanto el enfermo, especialmente cuando se trata de su mejoría, como los familiares cuando se trata de la muerte del enfermo, exigen el pronóstico. Sin embargo, no existe nada más difícil e inexacto en buen número de casos. Es cuando se cometen las mayores equivocaciones. A veces ese dato conlleva fines espurios: un legado, una herencia. Es la realidad humana que los médicos conocen a la perfección.

El médico ante la muerte de su enfermo

Una de las mayores emociones que experimenta el médico recién recibido es la muerte de un enfermo. Aunque haya experimentado este evento en la época de estudiante, tanto como practicante o como concurrente a una sala o guardia de hospital, la circunstancia se torna de otro color emocional cuando ha tomado decisiones diagnósticas y terapéuticas.

Nos referimos anteriormente a la muerte oculta o prohibida por la cual el paciente grave es institucionalizado, pues bien, ello ocasiona que el mayor número de decesos tenga lugar en los ámbitos hospitalarios o sanatoriales. No en vano, Tsuchida Fernández y Brandes Sánchez²⁰ se ocuparon de la actitud de los médicos residentes, es decir aquellos que con su título están haciendo sus primeras experiencias ante los enfermos que se hallan en las etapas finales de su vida. Cuando el enfermo muere genera siempre un costo emocional en el médico, circunstancia relacionada íntimamente con su personalidad.

Por otra parte, considerando a la totalidad de los médicos, la muerte del paciente asistido podrá hacerlo pasar por uno o más de estos sentimientos:

1. Duda sobre si la actitud terapéutica o el diagnóstico fueron acertados y, en este caso, pone en revisión su misma preparación académica.
2. La profundización del sentimiento anterior puede llevarlo a creer en un fracaso profesional (incluso algunos cambiaron su especialidad).
3. Poner en juego un mecanismo –habitualmente negado– de angustia frente a su propia muerte.
4. En ciertos casos, poco frecuentes, el médico se siente aliviado ante la muerte del paciente, a quien ha visto sufrir innecesariamente (intubados, en coma profundo, con alimentación por gastrostomía y cuyas posibilidades de sobrevivir eran nulas).

Es probable que en forma sutil se manifiesten otros sentimientos o incluso, se imbriquen dos o más. A pesar de que para la sociedad el médico está endurecido frente al sufrimiento y la muerte del paciente, esto no siempre es así aunque la educación que recibe tiende a que toda situación sea soportable.

En realidad el hombre y la sociedad toda tienen una actitud de negación ante la muerte. El médico está educado para aceptarla como parte de la vida misma. Cuando transcurre cierto tiempo de ejercicio profesional, con la ex-

periciencia que obtiene de sus propios pacientes, más aquella que significa la muerte de familiares y amigos, logra una plena aceptación –con menor gasto emocional– de ese cuadro inexorable.

El duelo frente a la muerte

Aunque tal título podría referirse solamente a los deudos de un paciente fallecido, no debemos olvidar que, hoy más que ayer en virtud de la autonomía del paciente, este puede conocer la gravedad de su afección y pasar por algunas de las etapas del duelo que pasaremos a describir. Son clásicas y tienen varios años de vigencia las cinco etapas que propuso Kübler-Ross^{21, 22}.

1. Tanto el deudo como el enfermo sometido a un pronóstico sombrío comienza por negar su afección. Leyendo las entrevistas psicológicas de enfermos afectados por sida internados en el Hospital de Clínicas “General San Martín” de Buenos Aires, la mayor parte de ellos, conociendo perfectamente la índole de su mal, se quejaban con la psicóloga diciendo: “No tengo tal cosa. El laboratorio se ha equivocado.” Cuántas veces al comunicar a un amigo sobre la muerte de un individuo hemos oído: “No puede ser. No lo puedo creer”, casi como una frase hecha.
2. Ira ante la muerte de un ser querido, blasfemia, fastidio, rotura del pacto con Dios. En el enfermo al conocer su mal: queja por su propia suerte, envidia por los que están sanos.
3. Etapa breve donde se busca la fuerza metafísica, se pacta con Dios o con algún santo. Se pide ayuda. Incluso, se cree en la fuerza interior. Recordamos a un enfermo afectado por cáncer de pulmón y tratado –era moda del momento– con vacuna BCG, que decía: “Tengo cáncer pero yo lo voy a vencer”.
4. La cuarta etapa es la de la depresión. El paciente (o el deudo, según el caso) comienza a estar con insomnio, inapetente, con dolores articulares o desarreglos del aparato digestivo. En este estado puede llegar a atentar contra su vida.
5. Llega la aceptación o resignación. Comprende que al fin está cercano y se prepara para esperar el final. Para los deudos este período puede llegar después de seis meses a un año de la muerte del ser querido pero,

a veces, puede extenderse durante mucho más tiempo.

Quienes han estudiado estas etapas en profundidad aseguran que, aunque comprimidas, pueden estar presentes hasta en enfermos moribundos.

Worden²³, con ligeras variantes describe, en su teoría, cuatro tareas de la persona que mantiene un duelo, que son:

1. Aceptación de la realidad de la pérdida.
2. Atravesar el dolor del duelo.
3. Reconponer “el mundo” sin la persona fallecida.
4. Reinversión de la energía puesta en el fallecido en una nueva relación.

En su teoría Worden pone énfasis en la ruptura de los lazos emocionales con el muerto (“dejarlo ir”, “debe estar con Dios”, “debe estar mirándome desde donde esté”). Lo cierto que en el caso de viudos/as, da pábulo a las expresiones populares de “viejo verde” o “viuda alegre”. La sociedad desconoce que están tratando de manejar la soledad emocional.

En otros casos, con cierto grado de fetichismo y sobre todo con la muerte de los hijos, el deudo mantiene, por ejemplo, la habitación intacta, los juguetes o los libros, la ropa, etc. La descarga emocional se efectúa a través de los objetos del desaparecido.

Este capítulo bien se podría cerrar con las palabras de Daud²⁴, médica internista, por lo tanto alejada de la antropología y de la medicina legal, que dice: “El médico actual, occidental, inmerso en una sociedad que rechaza la muerte no está preparado para aceptarla. Frente a ella, se le entremezclan perspectivas profesionales y personales, generando, la mayor parte de las veces, una actitud poco realista y evasiva frente al paciente moribundo. Es éste, en primera instancia, el que sufre la consecuencia de esta reacción, siendo obligado a la dependencia y sumisión a las prescripciones médicas, y lo que es peor, al silencio y al aislamiento con sus propios temores e incertidumbres. La falta de aceptación de la muerte, provoca en el médico la disminución de la capacidad para aliviar con la palabra, los gestos y el trato humano. Pero además, este enfrentamiento irracional con la muerte, le genera, una sensación de vulnerabilidad frente a la vida, elevando su ansiedad y sus propios miedos ante la muerte.

“Sin duda, nuestra actitud como médicos, condiciona la actitud del paciente

que va a morir. Es entonces, no sólo nuestro derecho personal, sino nuestra obligación profesional reflexionar y reconocer nuestros propios sentimientos, nuestros límites y recursos; y capacitarnos para entender el proceso de morir y el impacto que causa la proximidad de la muerte; describir el sentido de nuestra vida y las fuentes que nos ayudan a disfrutarla. Sólo de esta forma, podremos acompañar al enfermo y a su familia hasta el último momento, no con un costo emocional propio, ni sensación de fracaso, sino por el contrario, aprendiendo con ellos a valorar la vida de una manera más profunda”.

Luego vendrá la desaparición física del paciente y el momento del duelo de los familiares. En este sentido Astudillo Alarcón y Mendinueta Aguirre²⁵ expresan: “El problema no está en la muerte sino saber como vivir la propia existencia Y abordar el dolor de una pérdida de una manera creativa. Como alguien decía: ‘una muerte te despierta o adormece’, porque son dos las maneras como podemos afrontar una desgracia: sentarse a lamentar la propia suerte, decirse ‘¿por qué yo?’ o esforzarse por sacar el mejor partido de la vida. Es más difícil recobrase de la pérdida de una mala relación que de una que fue excelente. La mayor parte de la gente no ‘supera’ una pena. Primero aprende a aceptarla y luego a vivir en su compañía.”

BIBLIOGRAFÍA

1. Sabilia P, *El hombre postorgánico*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 2005.
2. Kundera M, *La inmortalidad*, Buenos Aires, Tusquets, 1990.
3. Goodall J, *A través de la ventana. Treinta años estudiando a los chimpancés*, Barcelona, Salvat, 1993.
4. Lawick-Godall Jane van, *Mis amigos los chimpancés*, Barcelona, Noguer, 1973.
5. Goodall J y Berman Ph, *Gracias a la vida*, Barcelona, Mondadori, 2000.
6. Gröning K y Saller M, *El elefante en la naturaleza y en la historia*, Barcelona, Köne-mann, 2000.
7. Moss C, *Los elefantes*, Barcelona, Plaza & Janes, 1992.

8. <http://www.neofronteras.com>, 8-12-2007.
9. <http://www.claratahoces.com>, 13-12-2007.
10. Fernández Tresguerres A, “Jane Goodall”, *El Comercio*. Gijón (España), 24 de octubre de 2003.
11. Morín E, *El hombre y la muerte*, Barcelona, Kairós, 1999.
12. Abt AC, “El hombre ante la muerte. Una mirada antropológica”, *Revista Argentina de Cancerología*, Buenos Aires, 35 (Nº 2): 71.78, 2007.
13. Morín E, op. cit.
14. Abt AC, op. cit.
15. Thomas LV, *La muerte*, Madrid, Paidós, 1993.
16. Pérgola F, “Magia y luto entre los indios mocovíes”, *La Nación*, Buenos Aires, 26 de abril de 1964.
17. Ariès Ph, *El hombre ante la muerte*, Madrid, Taurus, 1999.
18. Thomas LV, op. cit.
19. Ariès Ph, “La muerte escondida”, *trespuntos*, Buenos Aires, pp. 64-67, 1º de julio de 1999.
20. Tsuchida Fernández y Brandés Sánchez M, “Actitudes de los médicos residentes sobre la enfermedad y los cuidados al final de la vida”, *Rev. Soc. Perú Med Int*, Lima, 1 (Nº 4): 1-9, 2002.
21. Kübler-Ross E, *Sobre el duelo y el dolor*, Buenos Aires, Luciérnaga, 2006.
22. Kübler-Ross E, *Sobre la muerte y los moribundos*, Buenos Aires, Delbolsillo, 2003.
23. Worden W, *Grief Counselling and Grief Therapy*, 2º ed., New York, Springer 1991.
24. Daud ML, “El médico ante la muerte de su paciente”, monografía para el Curso de Formación Docente Pedagógico en Ciencias de la Salud (Antropología), Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, 2002.
25. Astudillo Alarcón W y Mendinueta Aguirre C, *¿Cómo ayudar a un enfermo en fase terminal?*, Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos, San Sebastián, 2003.

CAPÍTULO IV
LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE:
UN CONFLICTO EN PUERTA



Muy distinto sería este capítulo si lo hubiéramos escrito hace un cuarto de siglo o quizás menos. La medicina ha cambiado tanto en el último tiempo no solamente en su contenido académico sino en la forma de ejercerla. Aquello que siempre fue un acto de amor o solidaridad entre el curador y el paciente se ha convertido en una relación muchas veces ríspida. Tanto es así que uno de nuestros alumnos en el Curso de Formación Docente Pedagógica en Ciencias de la Salud de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, en la materia Antropología Médica, llegó a escribir –en una monografía– que los enfermos tienen hostilidad hacia el médico. Esto no se puede generalizar pero lo que es evidente que la profesión es menos apreciada que en los inicios del siglo pasado. Es que ese médico, con muchos menos recursos técnicos y rudimentarios conocimientos médicos, se constituía en el amigo y consejero de sus enfermos. Suplía sus carencias con afecto, mientras que el tiempo que disponía para esa función se lo permitía.

La relación médico-paciente pasa por un periodo de crisis. Todavía no ha encontrado su bareme porque no sólo depende de un factor sino que –y la lectura de este libro puede dar la clave de otros aspectos– es multifactorial con la interrelación entre dos personas con niveles distintos de intereses y padecimientos.

La relación médico-paciente desde sus orígenes hasta el siglo pasado

La relación que existe entre el hombre enfermo y su médico o el curador o el cuidador –como fuera su rol– es tan antigua como la vida del hombre mismo sobre el planeta. Pero no siempre fue igual. Tampoco fue y es igual si el que ejerce de curador es un hechicero tribal, o un sacerdote que desempeñara el papel de médico, o un profesional en el arte de curar o un terapeuta de tratamientos alternativos. Una característica de su individuación distingue a cada uno de ellos e, incluso, a los diversos otros tipos no mencionados, frente a la alteridad. Un interrogatorio prolongado, seguido de un examen semiológico profundo generará otra relación, otro sentimiento por parte del enfermo que el simple papel escrito de un recetador apresurado. Una característica del médico de la actualidad es la de querer parecerse al paciente: en su vestimenta, en el tuteo, en el intercambio de ideas, y está olvidando que –sin autoritarismo

ni omnipotencia— todas las profesiones sientan diferencias, desde el conductor de un vehículo hasta el conductor de masas, el ministro o el empleado de una oficina pública. La división de trabajo genera jerarquías inevitables. Nos hace acordar a una vieja definición de intelectual: aquel que cree que todos son iguales a él.

Ese tipo de relación entre el médico y el paciente se mantiene y profundiza por infinidad de imponderables.

Laín Entralgo¹ da cuenta de una estadística realizada en varias universidades de los Estados Unidos donde se decía que el 70% de los enfermos se quejaban de la atención hospitalaria y el 64% de la atención que habían recibido por parte del médico. Un porcentaje muy grande de pacientes, que estimaba en un 60%, consideraban que las terapéuticas alternativas (herboristería, quiropraxia, homeopatía, etc.) eran de utilidad y podían emplear sus servicios. La mitad de los enfermos habían dejado a su médico y concurrían a consultar a otro facultativo. ¿Qué sucedía? Es indudable que el médico no daba seguridad por su trabajo o no tenía suficiente atracción personal o su comunicación era deficiente.

Siempre se ha discutido si entre el médico y el paciente debe existir amistad o una relación alejada, no íntima. Las máximas o los escritos, testimonios de la antigüedad, parecieran afirmar que la primera era una condición indispensable. A Séneca se le atribuye haber expresado —cuando recibió un saludo leve— que ese médico no lo consideraba su amigo, sino un cliente. Platón, por su parte, decía que la enfermedad daba lugar a la amistad entre el médico y su paciente. Mientras que muchos siglos después, Paracelso sostenía que el fundamento de la relación entre el enfermo y su curador era el amor.

Todas estas expresiones, alejadas en el tiempo nos suenan lejanas y tal vez muy diferentes a aquello que hoy consideramos la relación médico-paciente. Quien se ocupó, ya en forma científica, de este aspecto en el siglo pasado fue Michel Balint² de quien nos hemos ocupado extensamente en otra oportunidad y sería redundante volver a hacerlo³.

Pero también esta relación fue denostada. Un reconocido clínico alemán de principios del siglo pasado expresaba que el tiempo empleado en ese encuentro y en el interrogatorio del paciente era el que se perdía para efectuar un buen diagnóstico, y el Padre de la Fisiología Experimental, Claude Bernard,

que suponemos que nunca habrá ejercido como médico práctico, separaba de la entrevista médica los elementos de orden moral y familiar de los llamados aspectos científicos porque los consideraba secundarios.

Laín Entralgo⁴ reconocía dentro de esta relación amistosa –insistimos en que el tiempo la modificó–, a la que denominaba relación de camaradería, cinco pasos perfectamente delimitados, que eran:

1. *Afectivo*: Es el paso más descuidado en las últimas décadas del siglo XX y en los primeros años del XXI. Buzzi⁵ aconseja en el inicio de la entrevista médica, saludar al paciente nombrándolo por su apellido y presentarse con el propio, evitar el tuteo, estrecharle la mano. Rara vez se cumple en la actualidad con un ritual solemne y afectivo de esta naturaleza. Tampoco es aconsejable el otro extremo del abrazo y el besuqueo que no guardan un aspecto formal.

Durante toda la entrevista es necesario recordar las palabras de Antón Chéjov, médico y escritor, en su cuento *Una visita a lo del médico*: “He longed to soothe her, not with drugs, not with advice, but with simple, kindly words...”

2. *Cognoscitivo*: El médico va a proceder a “interrogar” a los órganos, va a inspeccionar, palpar, percutir, auscultar... Pero, ¡cuidado! Esta era la medicina clásica, muchas veces criticada. La tecnomedicina indica que debe descargar su batería de estudios de laboratorio y de imágenes. Si no lo hace, lo pedirá el enfermo avisado, que ha indagado en Internet, que confía más en el complejo aparato que estudia el interior de su organismo.

Este paso que menciona Laín Entralgo es el que ha creado el mayor conflicto dentro de la relación médico-paciente. No podemos desestimar totalmente al anterior –nos referimos al método semiológico clásico– porque es una realidad el poco tiempo de aproximación que se le otorga al enfermo en la actualidad, pero en el aspecto cognoscitivo, por la cantidad de exámenes que se solicitan o por los que no se piden, la medicina ha modificado su ejercicio. Se pone de manifiesto, por ejemplo, el infrecuente diagnóstico de neumonitis por no auscultar al enfermo.

Sin embargo, debemos admitir una verdad categórica: antes de la aparición de la tomografía computada el interior del cerebro era un enigma y los tumores de riñón, sin la ecografía, se diagnosticaban tardíamente.

El equilibrio, que no es fácil, se encuentra en no desestimar los métodos semiológicos clásicos y no dejar de apelar a los modernos estudios pero con criterio.

3. *Operativa*: El cirujano con el bisturí, el clínico con el medicamento, en este paso –hecho el diagnóstico– el médico acomete con el tratamiento. Aquí también la relación médico-paciente debe estar refrendada por el control, el cuidadoso control de drogas cada día más peligrosas y el seguimiento del paciente.
4. *Ética*: En realidad, esta etapa o paso, como lo denomina Laín Entralgo, está presente en los tres anteriores. Tantos vericuetos y meandros tiene la atención médica donde la bioética debe estar presente que hasta la receta de un placebo –habitualidad en el formulario médico–, a veces con la indicación de un complejo vitamínico que el paciente requiere y su médico sabe que no es necesario, recrea una situación de la mayor complejidad ética.
5. *Historicosocial*: El hombre es un ser gregario que vive en sociedad por lo cual es justo que su enfermedad complique a quienes lo rodean. El ejemplo más dramático que podemos formular es el enfermo de sida. No precisa tanto comentario. Laín Entralgo llamó también religioso a este paso y dijo, además, que entre el enfermo y su curador se establece un dúo. Un dúo que marcha junto, por lo cual calificó la relación médico-paciente como cuasi-diádica, es decir de ayuda, de volcarse hacia el otro para eliminarle sus males, mitigarle los dolores o consolarlo.

La relación puede ser asimétrica por una u otra de las partes. Hegel decía que era una relación de amo a siervo y Sartre que la mirada del médico era objetivante. Las bases de la bioética después de Nuremberg, sobre todo con el principio de autonomía, han decretado la muerte de la omnipotencia del médico que tantas consecuencias funestas trajo. Si el enfermo se encuentra en un estado de regresión, reducido a un instrumento o cosa al decir de Laín Entralgo, no debe ser por acción del médico.

La cercanía de la antropología con la sociología y la filosofía es innegable. Un médico y filósofo como Karl Jaspers resumió su concepción existencialista cristiana en algunos puntos que tienen una curiosa similitud con las bases de la relación médico-paciente.

Un somero desarrollo de sus ideas filosóficas fundamentales nos deja vislumbrar la permanente presencia del médico.

Los conceptos que estableció serían, en forma resumida, los siguientes:

1. *Ver la realidad en su origen*: preconiza el racionalismo. Por medio de la razón se puede captar la realidad tal cual es y no como creemos que

es. En este sentido, que se puede captar la realidad sin deformación subjetiva, está en contraposición con Kant, quien dice que se aprecia tal como la vemos, preconizando el relativismo. Una sutil diferencia la podríamos ejemplificar con el sistema atómico con todas sus partículas que lo componen: el racionalismo lo aceptaría tal como lo capta; el relativismo objetaría la modificación que, por ejemplo, sufrirían los electrones en sus órbitas durante el tiempo que transcurre entre el objeto y la llegada de la imagen al ojo del observador.

La medicina está basada en la observación racional; la modificación se hallaría dentro de la etapa de la comparación, otra manifestación de la racionalidad.

2. *Apresar la realidad conversando mentalmente conmigo mismo, en la actividad interior.* En primer lugar reafirma el racionalismo y ratifica aquello de filosofar en forma personal. Haciendo filosofía se entiende qué es filosofía. El médico –en un *feed-back* particular– dialoga consigo mismo (a veces pide ayuda al consultor) tanto para el diagnóstico como para el tratamiento.
3. *Abrirnos a la vastedad de lo que nos circunvala.* Todo lo que el hombre ignora merece una pregunta, merece filosofía. No aceptar postulados ni dogmatismos, eso es filosofar. Aquí se vislumbra una concepción contra el mito, el totalitarismo y, raro en Jaspers, podemos hacerlo extensivo, la religión.
4. *Osar la comunicación de hombre a hombre sirviéndonos de todo espíritu de verdad en una lucha amorosa.* Términos originales en filosofía creados por Jaspers: “Una comunicación que no se limite a ser de intelecto a intelecto, de espíritu a espíritu, sino que llegue a ser de existencia, tiene solo por un simple medio todas las cosas y los valores impersonales. Justificaciones y ataques son entonces medios, no para lograr poder, sino para acercarse. La lucha es una lucha amorosa en la que cada cual entrega al otro todas las armas.” A la falta de comunicación atribuye Jaspers todas las desventuras y problemas de nuestra época.
Esa comunicación es la que resulta de la relación médico paciente, puntal de la calidad de la atención médica.
5. *Mantener despierta con paciencia y sin cesar la razón, incluso ante lo más*

extraño y ante lo que se rehúsa. Nuevamente vuelve a aceptar el racionalismo y el espíritu de libertad y de curiosidad que debe animar al filósofo.

La filosofía no persigue un fin utilitario. No tiene otra razón que la búsqueda de la verdad. No combate contra quienes la niegan ni gobierna donde la aplauden pero puede comunicar y unir a todos los hombres⁶.

Karl Jaspers falleció en 1969, cuando los cambios en la relación médico-paciente comenzaban a intensificarse.

Otro de los elementos que nos lleva a reflexionar sobre la importancia de esta relación son los inconvenientes del trabajo en equipo. Omitamos los problemas de competencia que pueden existir –y existen– entre los profesionales pero, creemos que día tras día con menor frecuencia, el paciente a menudo se queja que no conoce o no sabe quién es su médico de cabecera, en otras palabras quién es el responsable de atender su enfermedad. Nos consta ese reclamo porque lo hemos podido palpar a diario durante muchos años de práctica hospitalaria.

El paciente se molesta por tener que ventilar sus intimidades o sus problemas ante lo que considera una multitud y llega a tal extremo que puede parecerle lejana la posición del médico cuando lo separan los 80 centímetros de una tabla de escritorio.

Coulehan y Block⁷ en un ejercicio de practicidad dicen que deben existir tres cualidades en la comunicación entre el clínico y su paciente:

1. *Respetar*: Es la habilidad para aceptar al paciente, él o ella, evitando las críticas.
2. *Autenticidad*: Es la habilidad para que uno mismo actúe exclusivamente en un rol profesional.
3. *Empatía*: Es la habilidad de conocer la experiencia del paciente y su sentimiento preciso, y demostrárselo así al mismo. Es decir: “conozco su problema”.

Los tipos de relación médico-paciente

Varios autores han establecido los tipos de esta relación.

Schneider⁸ dice que “por costumbre hablamos de la relación médico-pa-

ciente de un modo global, como si no existiera más que una y única. Nos empeñamos en describirla y entenderla como un bloque monolítico, y en realidad no es así”. Y a continuación, luego de aclarar que ningún médico puede hacer uso de todos ellos, delimita diez tipos de relación médico-paciente:

1. *Relación científica*: Es una relación del médico con los objetos que estudia, físicos, químicos, biológicos. “No hay identificación con el paciente, la regresión de este último es total, es decir, que debe ser completamente pasivo o, si se quiere, totalmente obediente aun cuando no exista dependencia alguna del paciente hacia el médico.”

2. *Relación del servicio de reparación*: “Cuando un médico trata una angina, o quita un cuerpo extraño de un ojo, o sutura una herida, o trata una anemia, establece una relación con el paciente llamada ‘del servicio de reparación’”, a lo que Schneider le halla similitud con quien arregla su automóvil.

Es una relación que habitualmente dura poco tiempo y termina también en forma rápida, en general con la curación o la reparación de la zona afectada (p. e, herida suturada). La relación más que con el paciente es con el órgano.

3. *Relación del servicio de mantenimiento o la relación “crónica”*: “En los enfermos crónicos relativamente estabilizados que consultan regularmente a su médico durante intervalos que pueden ser muy variables, para recibir la medicación, actualizar un régimen de comida o hacer algunos controles para mantener un estado de equilibrio, la relación médico-paciente consiste, por lo general, en una conversación centrada sobre ese cuerpo y esos órganos que presentan algún riesgo o que sufren de un modo aún soportable.” Es el caso de los pacientes hipertensos, diabéticos, con enfermedad pulmonar obstructiva crónica o insuficiencia renal en la fase poliúrica, entre tantos otros.

Es la que estaba a cargo en épocas pasadas del llamado médico de barrio que, de tanto en tanto, establecía una relación científica con un consultor.

4. *Relación de consultor*: En el último tiempo y en relación con el gran adelanto científico de la medicina, no solamente surgieron especialidades sino también superespecialidades. Cuando se establece una relación de consultor ésta es habitualmente fugaz ya que, efectuada la consulta médica, el paciente regresa con las indicaciones del caso a su médico quien realiza el “mantenimiento”. El médico denominado metafóricamente “todo terreno” no tiene más cabida en la sociedad. Este tipo de relación es habitual.

5. *Relación de perito*: Es la de menor ligazón entre el médico y el paciente porque este último puede jugar elementos para un espurio beneficio. Dice, por ejemplo y en forma correcta, que tiene una alteración al caminar a causa de un accidente y necesita que evalúen la pérdida funcional para cobrar indemnización. Pero en otros casos el médico puede entrar en conflicto con el enfermo: el paciente trata de sacar ventajas y se queja de una lumbociatalgia que no padece. Es una relación fugaz y a menuda conflictiva, como hemos dicho, donde no hay un gran componente sugestivo por parte del médico. Es una relación fría, totalmente alejada entre ambos componentes.

6. *Relación pedagógica*: “Toda prescripción medicamentosa debería estar acompañada por una ‘prescripción pedagógica.’” La palabra “doctor”, maestro, el que enseña, derivada de *docere*, “enseñar”. El médico no es que esté siempre dispuesto a enseñar, pero esa es su misión. La prevención, la higiene, las indicaciones alimentarias, etc., están presentes en todo tratamiento. “Esta relación puede ser muy breve, un momento de una consulta, o de larga duración”. En ella el médico deberá hacer un proceso dialéctico de pasar del idioma científico, hermético, que domina, al vulgar o coloquial. Cuando no lo hace el paciente se irá diciendo que le habló con palabras “difíciles” y no entendió nada. Tal vez, Coulehan y Block deberían haber tenido en cuenta esta virtud como otra de las habilidades del médico como comunicador.

7. *Relación sugestiva*: Schneider lo compara con el proceso hipnótico y dice que “en muchas ocasiones el enfermo se acerca al médico en un estado psicológico muy parecido a aquel que tendría en el momento de un tratamiento hipnótico. Para él, el médico es aquel que todo lo sabe, que todo lo puede y que, en particular, lo va a proteger contra la enfermedad y la muerte”. Es inevitable en estos casos un efecto psicológico de tipo placebo. La aparición de un conflicto entre ambos, es obvio, anula este trance.

8. *La relación de ayuda*: Basada en los principios éticos y religiosos de la caridad. Las Sociedades de Beneficencia fueron su respuesta más tardía y casi podríamos situar aquí –si nos perdona Schneider– al Estado Benefactor y sus hospitales. “Estudiando la práctica médica, nos damos cuenta que a menudo el médico está tentado de usar la relación de ayuda episódicamente, sobre todo si ha vivido un fracaso en el tratamiento.”

9. *Relación de apoyo*: Schneider lo diferencia de la relación de ayuda que se trata

de un acto que se relaciona con lo material, con el apoyo que es solamente psicológico. Es una actitud destinada a aumentar la autoestima. “El paciente puede volver a tener confianza en sí mismo, apreciar su propio valor y llegar a resolver por sí mismo algunas dificultades [...] Haciendo todo esto, el médico consolida con frecuencia algunos mecanismos de defensa y reemplaza otros.”

10. *Relación interpersonal subjetiva*: Conciene a la actividad psicoterapéutica del médico general y del especialista y abarca intervenciones psicoterapéuticas que pueden realizarse en el sentido estricto de la palabra.

Otro tema que se puede desarrollar en este capítulo aunque bien podría tener cabida en lo referente a salud y enfermedad, es por qué concurre un individuo al médico. Una causa puede ser porque ha aparecido una luz roja en un órgano, existe un grito de alarma. El médico diagnosticará. En otros casos, el paciente cuida su salud y periódicamente realiza una visita a su médico quien le solicita los exámenes correspondientes.

Puede ser también que sea a requerimiento de familiares o amigos que observan, por ejemplo, la pérdida de memoria de un anciano que se niega a la consulta. En ciertos casos, la consulta guarda un fin espurio: engañar al facultativo para lograr un certificado para obtener algún rédito laboral.

Por su parte también conviene desmenuzar cuáles son los objetivos del médico para ejercer su profesión.

El médico tiene otras connotaciones en cierta forma ajenas a las de quien lo consulta. La más excelsa es la vocación médica. Tal vez no sea algo fácil de explicar qué es la vocación, pero podría ser como dijo Balint, algo apostólico. Algo que tiene inherente una vocación por realizar es, en este caso, un servicio hacia sus semejantes y tratar de curarlos. Eso sería lo más puro, lo más excelso del médico con respecto al enfermo. También puede tener un interés científico. Más de una vez escuchamos a un médico alegrarse porque le descubrió un tumor al enfermo. Científicamente se siente halagado, ha llegado a su diagnóstico, al final de su investigación y ha encontrado algo que pensaba que el enfermo tenía. Ha crecido en su autoestima.

Otras veces el objetivo tratamiento médico es el lucro.

En otras oportunidades, el médico quiere adquirir prestigio o busca el afecto de los demás. Dentro de los motivos por los que el médico se acerca hay

muchos y diferentes, además de existir vicios de la atención médica, que puede ser por exceso o por defecto.

Los vínculos pueden ser sumamente seductores entre ambos componentes de la relación. Sin haber connotaciones de tipo sexual, puede haber seducción entre el enfermo y el médico. Halagarse permanentemente. Llegar a la relación algo pegajosa y en otros casos puede ser, en cierto modo antipática, pueden estar hasta rechazándose.

Hay relaciones hasta incluso sadomasoquistas entre médico y paciente. A veces incluso es directamente agresiva, como decíamos al inicio del capítulo. En alguna oportunidad cuando se le pregunta a un enfermo, ‘bueno, qué es lo que le pasa’, el enfermo contesta, ‘bueno vengo a preguntarle a usted qué es lo que me está pasando’. Esa es una contestación agresiva inmediata del enfermo, que lo ve al médico como a alguien a quien tiene que zaherir, a quien le exige un inmediato diagnóstico o curación de su enfermedad.

Según el grado de participación en el acto de la relación médico-paciente, Szasz y Hollender^{10, 11}, en los mismos años de Schneider, describieron tres niveles o modalidades de relación.

Nivel 1, o de “actividad del médico y pasividad del enfermo”, que tiene lugar cuando el paciente es incapaz de valerse por sí mismo, como ocurre en muchas urgencias médicas o quirúrgicas con alteraciones de la conciencia, estado de agitación, confusión mental o delirio agudo o pérdida de la conciencia. El médico deberá asumir todo el protagonismo y toda la responsabilidad del tratamiento. Los autores lo han comparado a la relación entre la madre y el recién nacido: la dependencia es absoluta.

Nivel 2, o de “dirección por parte del médico y cooperación del enfermo”, que se produce en afecciones agudas, traumáticas, infecciosas, etc., donde el paciente interactúa con su cooperación pero el médico toma la iniciativa de las decisiones. La metáfora sería: progenitor con su hijo en la infancia.

Nivel 3, o de “participación mutua y recíproca del médico y del paciente”, que se observa en las enfermedades crónicas como índice de tratamiento adecuado, en las rehabilitaciones después de las intervenciones quirúrgicas y traumatológicas, en la readaptación luego de alteraciones físicas o psíquicas y, en términos generales siempre que el paciente pueda colaborar con el médico, por ejemplo, en el diabético con el control de su glucemia o en el hipertenso de su

presión arterial y la conducta con el régimen hiposódico. Como característica general, el prototipo sería el de la relación entre dos personas adultas.

No siempre es fácil lograr un nivel adecuado de participación. Con los pacientes ancianos, que entran en este nivel, se pueden observar fracasos. “Las emociones –dice Buzzi¹²– pueden ser un escollo en la relación médico-paciente si perturban o impiden la comunicación. Inversamente, pueden contribuir a afirmar y fortalecer dicha relación si el médico utiliza una técnica correcta para reconocerlas, orientarlas y aliviarlas durante la entrevista. El reconocimiento y la percepción de los diversos matices emocionales emergentes dependen, en parte, de la capacidad intuitiva del médico, pero también de la actividad deliberada de éste: manteniendo contacto visual y demostrando una actitud receptiva, de disposición a escuchar, sin interrumpir al paciente con preguntas en los primeros minutos, le indican claramente que puede hablar libremente y que será escuchado.”

Por su parte von Gebattel^{13, 14, 15} clasifica la relación médico-paciente según el grado de personalización y, con una característica cercana a la de Laín Entralgo, considera tres etapas: la primera, una relación interpersonal anónima, fase de llamada, donde el paciente acude buscando remedio para sus dolencias y el médico trata de responder a su demanda. La segunda, de objetivación sobre el órgano enfermo, con interés científico, donde la relación anterior pasa a un segundo plano. El paciente es objeto de estudio. La tercera, luego del diagnóstico que ocupó la segunda etapa, se establece el plan terapéutico. Para el médico ya es “su” enfermo. Ha dejado de ser un pedido anónimo.

Por su parte, Tatossian¹⁶, estudia la relación médico-paciente según el objetivo de la relación. Distingue una relación interpersonal y otra mediatizada por el órgano enfermo. La primera es más del resorte de la psiquiatría, la otra se ocupa del órgano que “no funciona bien”.

En el modelo interpersonal la afección es un todo que forma parte del paciente e implica una relación personal ya que se establece directamente entre dos personas en contacto afectivo-intelectual. Esa totalidad del ser enfermo comprende lo somático y lo psíquico. Como dijimos, se utiliza en psiquiatría y más aún, en psicoterapia.

En el modelo tecnomédico, la atención se centra en el órgano defectuoso y el

paciente –para esa reparación– adquiere la connotación de cliente. Es una relación pragmática, operativa y funcional donde se trata de lograr información sobre ese órgano y la reparación que precisa. Es la relación característica de la práctica médica general y de las especialidades. Una concepción exagerada de este tipo de relación sería la parcelación orgánica ignorando al paciente y su personalidad.

En términos generales, en la primera etapa, cuando se formulen preguntas al paciente, Buzzi¹⁷ da cuenta de una técnica que desarrolla para los pacientes ancianos pero que bien podemos generalizar:

“Técnica para la formulación de preguntas durante la entrevista médica en Geriatría:

“1. Se tratará de elaborar la pregunta basándose en lo que acaba de decir el paciente, utilizando sus mismos términos.

“2. Se empleará un lenguaje comprensible para el enfermo, evitando términos técnicos con implicancia diagnóstica (‘tumor’, ‘cáncer’) o pronóstica (‘grave’, ‘serio’).

“3. Las preguntas deben enunciarse de modo tal que induzcan al enfermo a hablar libremente (preguntas indirectas con respuesta abierta).

“4. Las preguntas deberán ser cortas y simples.

“5. Cada pregunta debe referirse a una sola cosa.

“6. La forma, la enunciación de la pregunta o inflexión de la voz no deberán influir sobre la respuesta del paciente.

“7. Se tratará de profundizar cada tópico con una secuencia progresiva de preguntas indirectas con respuestas abiertas, que gradualmente se harán más específicas o directas.

“8. Evitar la sucesión rápida de preguntas directas, y las preguntas de tono acusador.

“9. Avisar al paciente y solicitar su acuerdo para hacer preguntas sobre aspectos íntimos de su vida (por ejemplo: historia sexual).

“10. Guardarse de repetir siempre la misma pregunta o confundir los datos en las preguntas subsiguientes.”

La relación médico-paciente en los últimos tiempos

A pesar que los movimientos sociales más radicalizados tuvieron lugar a

inicios del siglo pasado, la explosión demográfica de los últimos tiempos ha generado una mayor violencia. No hay que descartar también que la droga y la ausencia de valores hayan incrementado un alto grado de intolerancia que margina en la prepotencia y en la agresión. La actividad de los médicos no ha dejado de ser cuestionada y la relación médico-paciente se encuentra en peligro. En toda relación interpersonal pueden existir conflictos, con mayor razón cuando de la salud propia o de los familiares está en juego.

Hace ya unos años, Schufer de Paikin¹⁸ avizoró en un trabajo sobre las satisfacciones e insatisfacciones en la relación médico-paciente y lo desglosó, sobre todo, con el nivel socioeconómico del paciente. Con respecto a ello dice: “Las razones por las cuales los sujetos están satisfechos con el médico se ven fluidas por el nivel socioeconómico de los mismos. Así, los sujetos de nivel socioeconómico bajo están satisfechos —en mayor proporción que los sujetos de nivel medio— cuando el médico ‘es amable y delicado en el trato con sus pacientes’, ‘explica las cosas para que el paciente entienda’, ‘escucha al paciente’ y ‘alienta a sus pacientes’. En tanto que los sujetos de nivel socioeconómico medio responden en mayor porcentaje que los de nivel bajo a las alternativas ‘es inteligente y capaz’, ‘dedica al paciente el tiempo necesario’, ‘está actualizado con los conocimientos médicos’ y ‘hace un diagnóstico acertado’.

“Como puede observarse las razones que esgrimen los miembros del nivel socioeconómico bajo son de tipo emocional; en tanto, los sujetos de nivel medio adhieren a alternativas de tipo racional. Una hipótesis sería que el paciente de nivel socioeconómico medio encuentra satisfechas sus exigencias emocionales en el trato con el médico, o por lo menos las da por supuestas y sobre esa base exige características que hace a la excelencia profesional de quien lo trata. El paciente de nivel socioeconómico bajo está mucho más desprotegido y tiene menos elementos culturales e intelectuales para una demanda de ese tipo.

“Visto el problema desde otro punto de vista, el de la insatisfacción con el médico, aparece otro aspecto en la consideración de los sujetos de nivel socioeconómico bajo: el económico. Así, los miembros de ese nivel adhieren en mayor proporción que los de nivel medio a ítems tales como ‘receta remedios muy caros’, y ‘hace ir muchas veces al consultorio’. Los sujetos de nivel socioeconómico medio, en cambio, vuelven a presentar el aspecto racional, al adherir a ítems tales como ‘indica un tratamiento que no da resultados’, ‘no está

al día con los conocimientos médicos' y 'hace un diagnóstico equivocado'.

“El aspecto económico y el aspecto racional están presentes también en la determinación de las razones para no concurrir al médico cuando se estuvo enfermo. Los sujetos de nivel socioeconómico medio en mayor proporción que los de nivel bajo sostienen que la enfermedad ‘no era tan importante como para recurrir al médico’, es decir que de acuerdo a sus mayores conocimientos pueden decidir que los síntomas no merecen una visita al médico. En cambio, los sujetos de nivel socioeconómico bajo responden en mayor proporción que los de nivel medio que no concurren al médico por ‘el costo del tratamiento’.”

En todos estos casos intervienen la competencia cultural, es decir, una serie de conductas, actitudes o políticas conducentes a que, en todo sistema o grupos de profesionales, exista eficacia en los cruces culturales. Sucede con el lenguaje médico y el vulgar o coloquial pero también con las posiciones filosóficas o religiosas frente a la vida. Dentro de esa competencia cultural debemos considerar el respeto a las creencias, a los estilos y conductas familiares y a todo aquel cuya cultura difiera. La acertada definición de Gordon Childe¹⁹ que divide a la cultura en bagaje material (vestimenta, vivienda, alimentación, etc.) e inmaterial (idioma, religión, escritura, creencias, etc.) exime de mayor comentario. Schufer de Paikin halló que esa diversidad cultural producía apreciaciones distintas sobre la relación médico-paciente. ¿Qué espera el paciente de su médico? Esta misma autora²⁰ lo sintetiza en los siguientes puntos:

“1) *Especificidad funcional*: la práctica de la medicina está organizada para la aplicación de los conocimientos científicos a los problemas de la salud y de la enfermedad, es decir que el rol del médico se desempeña en un campo específico en el que tiene poder y autoridad. Esta autoridad es del tipo que Weber (1944) llama ‘carismática’, pero tanto el poder y la autoridad del médico como su carisma (propiedad de las personas que les permite ser líderes) son propia del rol y no de la persona que lo ocupa.

“Asociados a este atributo de especificidad funcional, el médico tiene algunos privilegios, por ejemplo, examinar físicamente a sus pacientes e investigar aspectos íntimos de la vida de éstos. Este privilegio no es reconocido al médico sino en mérito a sus conocimientos técnicos específicos y correlativamente a él tiene el deber de guardar el secreto profesional.

“2) *Neutralidad afectiva*: se espera del médico que sea objetivo, neutral en sus

juicios y pueda controlarse emotivamente. Se le exige que se ocupe del paciente, que se dedique a él, pero que a la vez sea objetivo, que sus reacciones emocionales o su escala de valores no interfieran en su diagnóstico y tratamiento. “El hecho de estar siempre en presencia del sufrimiento y la muerte hace que esta neutralidad afectiva no sea solamente un requerimiento del rol sino también un mecanismo de defensa a la ansiedad que pueden provocarle situaciones angustiantes.

“3) *Orientación hacia la colectividad*: del médico se espera que anteponga el bienestar de sus pacientes al suyo propio, tratándolos de acuerdo a las exigencias de su enfermedad y a los estándares de salud de la comunidad.

“4) *Universalismo*: al médico se le exige que trate a todos a todos los pacientes de acuerdo a los estándares científicos y médicos, sin tener en cuenta las características personales y sociales de sus pacientes.

“Aunque el médico y el paciente están empeñados en un proceso de mutua definición de roles y tiene voz, mayor o menor, en su curso o terminación, pero el médico tiene una influencia social y psicológica casi monopólica. El médico hace más por definir el rol del paciente que a la inversa.

“Al entrar en contacto, se perciben e interactúan sobre las bases de sus expectativas de roles recíprocos y del efecto de sus otras características y necesidades personales. Estas diferencias de clase social, educación, proximidad con la cultura médica y experiencia con la enfermedad constituyen barreras para una comunicación ideal entre médico y paciente.”

Otro ingrediente moderno que ha complicado la relación es Internet. El paciente se informa sobre tal o cual síntoma o enfermedad pero su elaboración mental es defectuosa porque no está suficientemente capacitado para un juicio valedero. Navarra y Czubaj²¹, refiriéndose al tema dicen: “la información es beneficiosa, pero hay que tener en cuenta de qué fuente proviene (en Internet hay mucha basura), y cómo se la usa, si para enriquecer el vínculo con el médico y conocer mas o buscando, por ejemplo, judicializar la práctica médica. Si el médico basa sus decisiones en procedimientos actualizados y validados no debería existir problema”.

Anunziato²², afrontando el conflicto en la relación médico-paciente (desde un punto de vista de la medicina legal), consigna algunas de las causas que conducen a esta situación:

- “a) El valor de la vida humana, la salud y la economía.
- “b) La protección del consumidor.
- “c) La causalidad.
- “d) La figura del médico de familia.
- “e) Médicos incompetentes.
- “f) Abogados sin escrúpulos.
- “g) Jueces incontrolables.”

Desarrollaremos los ítems del autor citado que son de interés. Con respecto a la causalidad dice: “El enfermo que se ha atendido por un médico sin lograr curarse, no ‘baja el telón’ sobre el asunto. El conformismo de otros tiempos ha pasado; el hombre de hoy se afana por conocer las razones de su permanencia en el mal o la agravación. Sabe que la salud y la enfermedad ‘son estados naturales’, aunque patológico el segundo”. Con respecto al médico de familia expresa: “La especialización, también ha conducido a la desaparición del médico de familia, del médico que a través de los años se había ganado el respeto, la confianza y la amistad de toda la familia. Contra este médico la posibilidad de una demanda es remota, casi inadmisibles, dado los fuertes vínculos entablados en la relación. En cambio, no ocurre lo mismo respecto del médico a quien se lo ve por primera vez y con el cual se establece una relación preponderantemente económica.”

Y finalmente, para terminar este subcapítulo, lo inquietante. Draghi²³ en una nota en un diario porteño informa que casi el 55% de los médicos, de acuerdo con una encuesta realizada por el equipo de Epidemiología del Hospital Italiano, sufrió algún tipo de violencia. El grupo más vulnerable es el que transita entre los 20 y los 49 años y “De las consultas violentas, el 52,6% fueron amenazas e insultos verbales (23% de parte de los pacientes y 29,4% de los familiares). En tanto, 2,2% de agresiones físicas también se repartió entre pacientes (1,3%) y sus allegados (0,9%).” Agregan que esa agresividad se incrementa cuando el paciente es un niño. El mayor número de consultas violentas tuvieron lugar en las guardias hospitalarias.

Mínima o inexistente décadas atrás, esa violencia contra los médicos se encuentra en alza. Si la futurología ayudara a disminuir esa mirada pesimista de la relación médico-paciente, este no es el caso. En una encuesta realizada entre 1310 médicos latinoamericanos expertos en salud, de los cuales la mitad

eran argentinos, como ven la medicina en 2020, la mirada no es halagüeña²⁴. Se desprende de la nota “como altamente probable (es) que la relación médico-paciente sufre un creciente deterioro. Deshumanización, agresiones, reducción del tiempo de consulta, tecnificación desmedida, desánimo médico, cinismo profesional, pérdida de interés por el otro fueron algunas de las respuestas señaladas con más temor de que ocurran. Asimismo la inquietud por el alza de los pleitos fue también muy mencionada [...] ‘Ante la industria del juicio, el profesional termina haciendo medicina defensiva. El paciente es visto como potencial litigante. Esto complica el vínculo, porque es distinto resolver problemas en un clima de cordialidad que en uno de hostilidad’, define Flichtentrei.” Y agrega: “Esto enferma a los profesionales de la salud y les acorta la vida, porque viven con gran presión e insatisfacción su labor. Una de las mayores recompensas simbólicas de esta profesión es el reconocimiento social, y se está perdiendo.”

De acuerdo a cómo esta relación ha venido declinando es probable que esta proyección a más de una década sea acertada.

Matices en la relación médico-paciente

Siempre el médico se pone en lugar del enfermo y esto puede traer algunas connotaciones graves. En algunos casos el médico tiene que tomar una decisión de una enfermedad que él mismo tiene. Por ejemplo tiene una litiasis biliar y no se la quiere operar. Cuando viene el enfermo con la misma enfermedad, duda en la indicación porque está tomando la misma decisión que tomaría para él. De ahí que más de una vez omitan los médicos mandar a sus familiares a ciertas prácticas o a un control radiográfico, porque están tratando de evitar que las decisiones que ellos podrían tomar con sí mismos, no tomarlas con el enfermo. Es un caso típico de “contratransferencia”.

En otras ocasiones la antipatía es ya por alguna característica del enfermo: es un individuo que está muy sucio o tiene otra actitud sexual o es un agresivo que desagrada enormemente al médico o piensa que –en realidad– está actuando para lograr beneficios extra médicos. Son elementos de rechazo dentro de la relación médico-paciente. El vínculo ya no será amistoso, es un vínculo de agresividad mutua, incluso porque el enfermo siente el rechazo por parte

del médico y a su vez va a agredirlo.

Todo esto tiene distintos marcos de ubicación: puede suceder con el enfermo ambulatorio en un consultorio externo, en el domicilio del paciente, en la zona donde está internado el enfermo. De todas maneras siempre hay una primera mutua referencia entre ambos que instala las características en la relación posterior. De ahí que en la presentación, al recibir al enfermo, el médico tiene que estar con rostro agradable, no con rostro adusto, con una buena postura, sin fumar, sin demostrar hastío por el enfermo. El paciente registra todo lo que el profesional realiza en el momento del encuentro, sobre todo su lenguaje corporal.

Si por momentos, mientras el enfermo está relatando las características de su enfermedad, es interrumpido por el teléfono o bien comienza a leer un prospecto de indicaciones y no lo atiende, hasta si está muy alejado con respecto a la silla o a la cama donde se encuentra el enfermo, la relación se afecta. A veces el enfermo dice: “estoy muy lejos para hablarle”, porque piensa que los que están en la sala de espera o los que están al lado de la cama cuando se trata de internación se enteran de lo que se habla. Nos comentaba un psiquiatra que su paciente advertía ruidos en la habitación contigua a la de la atención médica e interrumpía la charla y, en forma ansiosa, preguntaba si había alguna persona escuchando.

Muchos enfermos sienten pudor por su padecimiento, lo consideran algo suyo, algo íntimo, algo que deberán desnudar solamente frente al médico. En algunos casos la enfermedad que lo aqueja puede estar mal vista por la sociedad. Pero es algo de su propiedad y por ello no la quieren exponer frente a los demás.

No siempre es igual la relación entre el médico y el enfermo. Existen matices.

Balint decía que cuando uno gasta un poco de su tiempo en preguntar algo más, tal vez ahí, descubra el diagnóstico del enfermo. A veces el paciente guarda para el último momento lo que no quiere decir primero y lo hace por varios motivos, no solamente por pudor, sino por el temor a conocer la verdad sobre su enfermedad e incluso así mitigar el sufrimiento.

Muchas afecciones despersonalizan al enfermo y por ello trata de alejarlas de su realidad y expresarlas en el último momento, como al pasar, esperanzado que todo llegue a buen término. Podrá salir del consultorio y decir: “me vio el médico y no tengo nada”.

Además de un comienzo la relación médico-paciente tiene un final. El límite lo pone el mismo médico cuando se levanta de su silla para indicarle al enfermo que la entrevista ha terminado. Si es un psicoanalista el reloj será el encargado de indicar el fin.

Habitualmente es la locuacidad del enfermo que hace que la entrevista se prolongue mucho; a veces a causa del mismo médico. La entrevista se hace así pesada, pegajosa. Comentaba un médico que en una oportunidad había hecho una consulta con un colega muy locuaz, ingresado a la casa del enfermo a las 22 horas y eran las dos de la mañana, luego de pedir discurrir aparte sobre el enfermo, cuando aún seguían charlando sobre problemas personales. Se habían quedado de tertulia. Esto es desastroso para la relación médico-paciente porque revela poco interés por el paciente. En una consulta médica lo único importante es la salud del enfermo. También la relación se resiente cuando el médico habla mucho de sus problemas, del golf o de sus hijos.

Colofón

En 1967, como vaticinando lo que se acercaba apresuradamente, Monnerot-Dumaine²⁵,

en un Congreso sobre Moral Médica, decía lo siguiente: “El empuje de la socialización, la multiplicación de los especialistas, la demanda creciente de cuidados médicos, la automatización, bajo el efecto también de una degradación general de los valores morales (lo que no escapa al cuerpo médico), es un proceso lento que corroe y deshumaniza a la medicina. Lo que ella ha ganado en progresos científicos y técnicos, lo ha perdido, podríamos decir, en ética y humanismo. Esta evolución es inquietante. ¿Será inexorable? ¿Hará falta que el médico y el paciente se resignen a no ser más que un engranaje impersonal en la maquinaria de las Seguridades Sociales, los hospitales inmensos y los administradores enceguecidos por las cifras, las estadísticas y los organigramas?

“No, si el cuerpo médico toma conciencia, si ellos van a asumir una parte importante en la orientación y en la concepción de la medicina del mañana (J. R. Debray), si hay una firme voluntad de remontar la corriente. Los remedios son aquí bien conocidos: no serán remedios administrativos, técnicos ni planificados, serán sobre todo remedios morales, espirituales e intelectuales.

No debemos contar con decretos u otros textos reglamentarios, sino con el corazón de los discípulos de Hipócrates.”

El autor de estas líneas no contaba con otros vectores (medicina prepaga, medios de comunicación que bombardean a la población con noticias médicas no siempre bien comprendidas, aumento del número de personas sin recursos –por lo menos en nuestro país–, encarecimiento de la medicina, etc.) que desestabilizarían la relación médico-paciente pero, en la época en que fue formulado, el diagnóstico fue excelente. En cuanto a la solución, estamos de acuerdo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Laín Entralgo P, *Antropología médica*, Barcelona, Salvat 1986.
2. Balint M, *El médico, el paciente y la enfermedad*, Buenos Aires, Libros Básicos, 1961.
3. Pérgola F y Ayala JM, *Antropología médica*, Buenos Aires, CTM, 2005.
4. Laín Entralgo P, *op. cit.*
5. Buzzi A “La entrevista médica en geriatría”, *Geriatría Práctica*, Buenos Aires, 4 (Nº 8): 3-10, 1994.
6. Pérgola F, “Medicina y filosofía en la obra de Karl Jaspers”, *Idea Viva*, Buenos Aires, Nº 25, pp. 13-14, noviembre 2007.
7. Coulehan JL and Block, MR, *The Medical interview* (3º edition), Philadelphia, Davis Company, 1992.
8. Schneider PB, “Los diferentes modelos de la relación médico-paciente”, *Psicología médica*, Buenos Aires, 5 (Nº 3/4): 363-379, 1980.
9. Corominas J, *Diccionario etimológico de la lengua castellana*, Madrid, Gredos, 1990.
10. Szasz TS and Hollender MH, “A contribution to the philosophy of medicine: the basic models of the doctor patient relationship”, *AMA. Archives of Internal Medicine*, 97: 585-592, 1956.
11. Coulehan JL and Block MR, *Ibidem*.
12. Buzzi A, *op. cit.*
13. Gebstattel VE von, *Imago hominis; contribuciones a una Antropología de la personalidad*, Madrid, Gredos, 1969.

14. Gebstattel VE von, *Antropología médica*, Madrid, Rialp. S.A., 1966.
15. Gebstattel VE y otros, *Antropología de la alineación*, Venezuela, Monte Avilas, 1970.
16. Tatossian A, citado en Pérez Gaspar M, *Modelos de relación médico-enfermo*, www.sepsiquiatria.org/sepsiquiatria/manual, 7 diciembre 2007.
17. Buzzi A, *op. cit.*
18. Schufer de Paikin ML, “Satisfacciones e insatisfacciones en la relación médico-paciente”, *Acta psiquiatría psicología América Latina*, 29: 277-282, 1983.
19. Gordon Childe V, *Qué sucedió en la historia?*, Buenos Aires, La pléyade, 1981.
20. Schufer de Paikin ML, “Aspectos sociológicos de la relación médico-paciente”, *Medicina y sociedad*, 6 (Nº 4): 156-169, julio-agosto 1983.
21. Navarra G y Czubaj F, “Los pacientes más exitosos e informados”, *La Nación*, Buenos Aires, 17 de julio de 2007.
22. Anunziato L, “El conflicto en la relación médico-paciente”, *Revista Fundación Facultad de Medicina*, Buenos Aires, 8 (Nº 31): 18-22, marzo 1999.
23. Draghi C, “Casi el 55% de los médicos sufrió algún tipo de violencia”, *La Nación*, Buenos Aires, 21 de octubre de 2007.
24. Draghi C, “Cómo imaginan los médicos el cuidado de la salud en 2020”, *La Nación*, Buenos Aires, 7 de enero de 2008.
25. Monnerot-Dumaine, “Deshumanisation de la médecine”, *Après le Congrès de Morale Médicale*, *La Presse Médicale*, 75 (Nº 3): 157-161, 21 Janvier 1967.

CAPÍTULO V
EL MÉDICO COMO COMUNICADOR SOCIAL



Vivimos en la época de las comunicaciones. Los medios gráficos y audiovisuales que invaden hasta la intimidad del hogar basan la propaganda que los sustenta en dos premisas fundamentales: la alimentación y, como si fuera un monstruo recreándose en sus mismos complejos aparatos, medios y programas de comunicaciones. Noticias que hace un siglo hubieran sido leídas en las apretadas galeras de los periódicos con considerable retraso, los medios actuales las muestran en vivo, en forma simultánea con el suceso. Así ocurrió con el atentado terrorista a las Torres Gemelas de New York o como el “amarillismo” que, con cierto regodeo, despliega todo su profesionalismo en el caso de los asaltos con toma de rehenes.

Ese proceso de perfeccionamiento comunicacional, lento en sus comienzos con la telefonía, la radiotelefonía sin hilos y la televisión, sufrió una importante aceleración con el correo electrónico e Internet.

Todas las ciencias se apoyaron en este incremento comunicacional porque el intercambio cultural se hizo más fluido, el idioma inglés pasó a constituirse en la gran vedette desplazando al francés y a lo poco que aportaba el alemán ya en los inicios del siglo pasado. Destruída la muralla cultural, sobre todo en Occidente impedida por los nacionalismos a ultranza, la medicina también ganó con el cambio.

El primero de los tipos de comunicación, hecho por demás general en el desarrollo de nuestra profesión, fue el de médico a médico. Maestro y discípulo. Como la relación médico-paciente obra en un capítulo especial, solamente mencionaremos aquí el que establece el médico con sus pares y con la sociedad.

Comunicación de médico a médico

Hasta la Pragmática de los Reyes Católicos, que establecieron el Tribunal del Protomedicato, la actividad de los médicos no estaba controlada. A pesar de su paso por la Universidad, no era el Estado el encargado de tal función: es que la sanidad no era cuestión de su incumbencia. Fue el industrialismo que, sin proponérselo, cargó las tintas sobre la sanidad social. Existían escuelas de medicina cuya enseñanza era puramente artesanal –tal vez como fuera en general– pero nadie habilitaba para ejercer la profesión. El conocimiento pasaba del maestro al discípulo pero, más tarde, a partir de los libros, sobre todo con

la aparición de la imprenta y la liberación de la esclavitud del copista, habitualmente encerrado y regido por las autoridades del monasterio, hicieron que el conocimiento se difundiera entre los médicos y sus aprendices.

Luego vendrá la etapa de la investigación que irá relegando, sin jamás dejar de aceptarla por sus posibilidades, a la observación. Y el médico comenzará a comunicar sus hallazgos¹.

No se concibe que un hombre de ciencia haga un descubrimiento y se niegue a darlo a conocer a sus colegas y su objeto sea usufructuarlo. Ello solamente es patrimonio de la literatura del conde Frankenstein. En la más antigua de las sociedades doctas de los Estados Unidos sus postulantes debían contestar esta pregunta: “¿Ama usted la verdad por sí misma y tratará usted desinteresadamente de hallarla por sí y para comunicarla a otros?” Supongo que esta fórmula del positivismo no debe haber tenido ningún aspirante a socio que hubiese utilizado la fórmula negativa. Esta simple formulación encierra la ética fundamental del hombre de ciencia: amor por la verdad, deseo de encontrarla y deber moral de comunicarla a los demás. El celo con que los médicos y otros investigadores guardan la evolución de sus estudios e, incluso, hipótesis que se proponen demostrar es harina de otro costal. Hablamos del hallazgo concebido.

“Quien hace algo en busca de un provecho tiene un interés ajeno al acto mismo que realiza. Quien busca saber para poder, no busca en realidad el saber sino el poder, y puesto en trance de elección sacrificará el saber por el poder”².

La comunicación de los adelantos científicos obliga a los intelectuales médicos o investigadores, de una manera especial. Todo conocimiento pertenece a la humanidad ya que se apoyó en múltiples estudios realizados por otros hombres anteriores y nadie puede tomarlo como su patrimonio. Un conocimiento viene enhebrado con muchísimos otros descubrimientos. La petulancia de poseerlos solamente revela –y es ponderable– método de estudio, dedicación y memoria. Su sabia aplicación, método cartesiano de razonamiento y arte sagaz.

Sin embargo, esto que parece tan sencillo y es parte del interés médico por la salud de sus congéneres, se vulnera a cada momento. Los gobiernos y la industria farmacéutica privada o estatal violan permanentemente el principio de comunicación de los conocimientos científicos. A veces tienen razones estra-

tégicas, bélicas, valederas; en otras oportunidades especulan con los beneficios que otorga el poseer el producto y comercializarlo con exclusividad en virtud del dinero empleado en la experimentación. Esto hizo expresar a Hill³ que “hoy la ciencia se halla, inesperadamente y sin esas centurias de tradición y experiencia, en una posición no menos importante para la comunidad que la de la medicina, y sus principios éticos no han surgido con claridad”.

La creatividad es la capacidad más importante del hombre y el goce que produce la concreción de un logro cultural motivo de orgullo para un pueblo y, muchas veces como ocurre con los hallazgos médicos, para toda la humanidad. Esto hace que Mc Ewan⁴ se exprese de esta manera: “Los científicos que se lanzan por callejones sin salida prestan un servicio [...] le ahorran a todo el mundo enormes cantidades de problemas. También puede refinar las técnicas mientras tanto y proporcionar puntos de apoyo, cornisas intelectuales, a sus contemporáneos. Digo todo esto intencionalmente, porque existe en realidad un placer especial para compartir cuando un científico o un escritor científico nos conduce hacia la luz de una poderosa idea que, a su vez, abre caminos de exploración y descubrimiento que se internan profundamente en el futuro, relacionando muchos fenómenos diferentes de muchos campos de estudio diferentes. Algunos pueden decir que eso es la verdad. Posee una cualidad estética que no se encuentra en las seguras y confusas afirmaciones de Galeno acerca de la naturaleza de la enfermedad. Por ejemplo, hay algo de la luminosa cualidad de la gran literatura cuando un Charles Darwin de veintinueve años, apenas dos años después de regresar de su travesía en el *Beagle* y veintiún años antes de publicar *El origen de las especies*, confía a su libreta los primeros atisbos de una idea simple y bella: ‘Ya demostrado el origen del hombre [...] El que entiende a los babuinos puede hacer un avance metafísico mayor que Locke’.”

La era del consumismo masivo no cabe duda que es la nuestra. Los medios de comunicación así lo han entendido y se han prestado, solícitos, a ser consumidos. ¡Y en que forma! La medicina no escapó a esa moda y, aunque la mayor parte de los médicos se torna remiso a escribir y a publicar, la cantidad de trabajos científicos que aparecen diariamente en el mundo es abrumadora.

El número de libros publicados en el mundo fue permanentemente en aumento. Por ejemplo, en épocas en que los medios técnicos para la edición no eran como en la actualidad (fotoimpresión), el incremento fue incesante. En

1955, en todo el mundo se habían publicado 269.000 títulos; la cifra de una década después era de 426.000 y, en 1975, llegaron a duplicar la primera de las cifras: 568.000. No tenemos la cifra total de libros publicados en la actualidad y es conveniente recordar que la tirada de las ediciones ha disminuido en detrimento de la lectura. Aunque es probable que se vendan menos libros, la facilidad de publicar –para escritores que no tenían acceso a hacerlo– motivó el incremento del número de títulos.

Al respecto, expresa Carpio⁵: “Ya hemos aludido antes a la llamada ‘rebelión’ del libro: al hecho de que el libro, y en general la palabra escrita ha asumido proporciones gigantescas.

“Su número se ha vuelto excesivo, de modo tal que parece obligarnos a leer de prisa, es decir, mal, sin poder pensar por cuenta propia ni poder repensar lo leído. ¡Inaudita, monstruosa, grotesca acumulación de libros, diarios y periódicos, revistas, recopilaciones, folletos, folletones y folletines, anuarios, archivos, legajos, expedientes, informes, actas, guías, diccionarios, enciclopedias y vocabularios y catálogos, bibliografía y bibliografía de bibliografía...! Ahora, para mayor espanto, a todo ello se suma el material computadorizado”.

En cuanto a los libros de texto, aquellos que pertenecen a la franja de estudiantes pero, en su mayoría publicados por los profesores de la materia, deben competir –aunque existe una prohibición legal– con la industria de la fotocopia.

Otro de los problemas del libro médico, que a menudo desalienta a los autores, es su limitada vigencia. El espectacular avance científico hace que, a poco de ver la luz, comience la desactualización de la obra.

Este proceso de abundancia tiene su acmé en Internet donde los temas son libremente tratados y no siempre cuentan con la veracidad necesaria. Desgraciadamente esa facilidad para bajar trabajos concita la posibilidad de fraude en monografías que, en ocasiones, se copian en forma literal. Rivera⁶, con una lejanía de medio siglo pero conservando su lozanía, enfoca de esta manera el constante aumento de las publicaciones: “La perspectiva médica no obstante su cortedad pragmática, se apoya en tan complicado aparato científico y en tan frondosa literatura que impone a quienes pretende dominarla la subdivisión en especialidades con tanto rigor que solo puede desdeñar esta forma alguien que acepte la despectiva calificación de *médico rural*. Frente a una úlcera gástri-

ca perfectamente diagnosticada, el más famoso de los especialistas no tendrá otros recursos clínicos que dos o tres específicos, cierto régimen alimentario y algunos preceptos higiénicos, todo ello muy conocido. Como se ignora la etiología de la enfermedad, cuanto se haga para curarla carecerá de estricto carácter científico. ¿Qué derroche de ciencia ha sido necesario para fundamentar tales discutibles prescripciones?”

Tal vez el ejemplo que usó Rivera en esta oportunidad no sea el más adecuado en virtud que hoy, en algunos casos, esta enfermedad tiene una causa definida. No obstante, como no era médico resulta interesante proseguir con sus reflexiones: “Lo grave para la cultura es que ese amplio despliegue científico no se cumple sin dejar rastros perdurables. Las principales experiencias lúcidas, cualquiera que sea su resultado práctico, se perpetúan en comunicaciones académicas, las cuales nutren la copiosa bibliografía de la especialidad y complican su ya imponente aparato erudito. Ningún facultativo diligente podrá permanecer insensible ante ellas. Porque en medicina, como en cualquier otra disciplina intelectual, teórica o práctica, no basta averiguar lo que se sabe positivamente acerca de una materia, que siempre es muy poco; hace falta enterarse asimismo de lo que se conjura, afirma o niega —lo que se ignora, se suma— que suele ser mucho más.

“Pasaré por curandero el médico que prescriba dietas basado solamente en la comprobación empírica de sus beneficios. La ciencia consiste en conocer y citar al atribulado enfermo, algo de lo que han investigado sobre su dolencia los principales institutos de nutrición del mundo, aunque sea con resultados absolutamente negativos. “No habrá diagnóstico sin prolija tarea previa de papeletas, colmadas de preguntas aparentemente fútiles, radiografías y análisis.

“La ignorancia del médico puede ser infinita; pero será científica, única forma de ignorancia aceptada por nuestra civilización.”

La educación del médico, desde el comienzo de sus estudios terciarios, puede considerarse que tiene dos vertientes: una formal y otra informal. La primera de ellas está asegurada por la facultad correspondiente. La oferta es variada: especialización, cursos, carrera docente, maestrías, etc.

En el orden informal también se hallan opciones, que deberán ser cuidadosamente elegidas para determinar su calidad, como ser suscripción a revistas, libros, clases y ateneos hospitalarios, congresos, sociedades científicas, Inter-

net, etc. Con respecto a Internet el cuidado en la recepción del dato debe ser mayor porque muchas veces su origen es dudoso. No debemos olvidar que de ella se nutren los pacientes para cotejar los dichos del facultativo.

La comunicación y la sociedad

Los conocimientos del médico, en el aspecto de prevención de enfermedades o control de las mismas cuando se han producido, deben –obligatoriamente– pasar al cuerpo oficial. Son exactas las palabras del Duque de Edimburgo⁷: “Es claramente nuestro deber como conciudadanos el ver que la ciencia sea utilizada para el beneficio de la humanidad. Porque, ¿para qué servirá la ciencia si el hombre no sobrevive?” Con mayor razón si se trata de la ciencia médica, destinada a prevenir y tratar de curar las enfermedades de los hombres.

Hemos mencionado que el médico, ante su enfermo, desarrolla en forma activa una labor docente, por lo menos en la mayor parte de los tipos de relación médico-paciente. A ella ya nos hemos referido en el capítulo correspondiente. Cuando el mensaje debe llegar al cuerpo social los medios serán variados y han sufrido variaciones a través del tiempo. La letra impresa ha sido la forma inicial de la llegada masiva del consejo médico. No es algo nuevo. Durante la época de la dominación hispánica, el primer periódico de aparición regular, que fue el *Telégrafo Mercantil, Rural, Político, Económico e Historiográfico del Río de la Plata*, que apareció en 1801, publicaba notas sobre medicina y otras para nuestra época pseudocientíficas que deben haber concitado el interés de la población y de los cuatro médicos que pagaban la suscripción. Algo similar ocurrió con el *Semanario de Industria y Comercio* que apareció meses después⁸, donde también menudeaban los trabajos sobre medicina. Es interesante destacar el valor que se le otorgaba a estas publicaciones: en una “carta de lectores”, una indignada mujer respondía sobre la importancia de que se leyera en “letra de molde”.

Siempre fue la noticia sobre enfermedades y su prevención, cuidados del niño, nuevos medicamentos, etc., un ariete para golpear en la conciencia del lector.

En Japón, hace tres décadas, Yamazaki *et al.*⁹ investigaron cómo y de qué manera la información médica era apreciada y manejada por la población.

Realizaron su investigación en tres diarios de distribución en todo el país (*Asahi*, *Yomiuri* y *Mainichi*) y uno en el orden local denominado *Chunichi*, cuyas tiradas superaban 1.700.000 ejemplares. Analizaron los artículos médicos publicados en los cuatro diarios mencionados durante 1977 y demostraron que, cada uno de ellos publicó entre 499 y 611 trabajos médicos durante el año, lo que indicaba la aparición de uno o dos artículos diarios. Es obvio que los editores son conscientes del rol del diario en lo que respecta al ofrecimiento que se hace al público. En esa época, en el lejano país, una encuesta realizada por las empresas de radiodifusión señalaba que —sobre 3.600 japoneses, de ambos sexos con un rango promedio de 20 años de edad— el 83% miraban televisión, 75% leían periódicos y 29% escuchaban radio todos los días.

Retornando al estudio del grupo de Yamazaki, observaron que los grupos de lectores más jóvenes se interesaban menos por los temas médicos que aquellos de mediana edad que, prácticamente, casi en el 50% de los casos leían diariamente esos temas. En el mismo rango estaban los senescentes. Los menores de 19 años, solamente lo hacían —siempre de lectura diaria— en el 8,6%. Esas cifras no hacen más que corroborar el desinterés del adolescente por los temas de prevención de salud, evidentemente por su sentido de omnipotencia.

El *marketing* conocía qué tipo de temas satisfacía más al lector. Así, más del 40% correspondían al control sanitario, algo menos a dos ítems: enfermedades consideradas individualmente y consultas sobre salud, algo más del 25% al diagnóstico precoz y, con valores menores temas tales como puericultura, infecciones, polución ambiental, sistemas sanitarios, emergencias y miscelánea.

En la actualidad la información a la población tiene diversos carriles:

1. *Información general*: habitualmente toca temas específicos cuando se trata de avisar a la población sobre un problema determinado (gripe aviaria, brote de fiebre amarilla en Brasil). En esos casos la información puede originarse en el Estado con la idea (¿peregrina?) de educar a la población, como por ejemplo en las campañas contra el sida. Estos temas de actualidad se vuelcan con rapidez en los medios privados (radio, televisión y desde ya periodismo gráfico) que aprovecha la oportunidad que se le brinda y que, en general, se acompañan de la entrevista a médicos especialistas.
2. *Propaganda médica*: el médico es exitoso en la medida que sus pacientes

sean multitudinarios. Los medios masivos de comunicación (sobre todo la televisión) son el canal idóneo para esta propaganda. A menudo ésta roza el charlatanismo porque se ofrecen curaciones de afecciones crónicas que evolucionan en forma tórpida pero que hasta este momento no poseen una solución médica definitiva, como ocurre con la artrosis. Ningún Colegio de Ética se ocupa en la Argentina de sancionar estas desafortunadas expresiones del aprovechamiento del sufriente.

3. *Médicos comunicadores*: Aunque tal vez algo amenguados en el último tiempo en la televisión, los médicos que dirigen espacios televisivos tienen un horario para dirigirse a su público y en él pasan hábilmente del lenguaje científico al coloquial y educan sobre temas médicos a su audiencia. En los periódicos ocurre –de idéntica manera– lo que sucedía en los diarios japoneses: existe una sección fija dedicada a la salud que todos los días aborda dos o tres temas médicos y, con periodicidad diversa, se edita un suplemento de salud donde también se promocionan –en forma de propaganda– médicos y tratamientos.

Hemos hecho una selección de algunos títulos aparecidos en periódicos de Buenos Aires con la intención de conocer qué pueden aportarle al grueso de la población:

“Exceso de test genéticos prenatales”. Este trabajo es realmente importante porque advierte sobre un hecho habitual en la práctica actual de la tecnomedicina. Tal vez, dado los accidentes que puede ocasionar el procedimiento, los ginecólogos deberían seleccionar los casos (mujeres mayores de 35 años, antecedentes familiares de alteraciones genéticas,) de las que deban someterse al estudio.

“Una mujer podría engendrar un hijo con semen de su hermano”. Además del desastroso mal gusto de la noticia, el tema está en total oposición a la lucha de la religión judeo-cristiana contra el incesto, aunque en este caso sea solamente genético.

“Un virus benigno interferiría con el HIV. Prolongaría la sobre vida de los infectados”. Quisiéramos conocer cuántos infectólogos habrán sido consultados por sus pacientes cuando se publicó esta nota. Con enfermos crónicos –que arrastran su cruz– no es decoroso crearles expectativas que no llegarán a buen fin, como se infiere solamente con leer este

título con su verbo incondicional.

“Descubren un mecanismo clave del mal de Chagas”. Poco y nada se ha hecho en el país para desterrar esta endemia pero este artículo tiene por objeto anotar del trabajo de un grupo de investigadores argentinos que, con un convenio con Canadá proseguirán sus estudios, pero poco y nada aporta para la salud de la población (solamente se logrará el objetivo si se llega a buen fin con la prueba).

“Nueva técnica de trasplante hepático”. Podemos efectuar la misma crítica que en el caso anterior.

“Identificarían un gen que causa el melanoma. Es el cáncer de piel más peligroso”. Este cable tendría mucho valor si, en el texto o bien como subtítulo, se informara a la población sobre el peligro de la exposición solar, sobre todo en los niños. El informe tiene mérito para los médicos, en especial dermatólogos y oncólogos, pero bien sabemos que si no se neutraliza el gen o la proteína que induce, producir el descubrimiento no tiene sentido práctico, que es el que desean el enfermo y sus familiares.

“El diagnóstico oportuno bajaría la mortalidad por cáncer”. La importancia del diagnóstico precoz es una táctica que tiene sus buenas décadas pero recordarlo de tanto en tanto es una práctica elemental y sumamente útil. Este es uno de los buenos trabajos que pueden aparecer en los periódicos.

“En dos décadas la mayoría de la población podría ser obesa”. Esta proyección, en cierto modo futurología, también puede servir para la moderación en la ingestión de alimentos pero, es más, para que las familias cuiden a los niños pequeños del sobrepeso.

“Promesas de crema”. Este es un artículo de dermatología que manifiesta que, pese a la recesión, los productos de este tipo siguen comercializándose. Puede ser una oculta maniobra del *marketing*.

“En un solo hospital ya vieron 25 chicos con una tiña de los conejos”. En una época de auge de las mascotas la advertencia es afortunada, ya que en muchas ocasiones se les compra a los niños un conejo para sus juegos, que es conveniente que un médico veterinario revise.

Los ejemplos que hemos dado no son actuales y, por razones obvias, nos reservamos la fuente.

Bases teóricas de la comunicación social

La mayor parte de nuestras reflexiones se han efectuado sobre la prensa escrita. En el último tiempo que casi podríamos situar en el siglo precedente, se han agregado muchos nuevos tipos de comunicación y otros se han perfeccionado. La aceleración se fue incrementando.

Hace casi dos décadas Castelli¹⁰ decía: “El avance de los medios tecnológicos fue, con el tiempo, introduciendo nuevos elementos y nuevos procedimientos para la difusión de la palabra y el pensamiento del hombre; entre estos nuevos elementos está, indudablemente, en un primer plano, la *imagen*. Inicialmente, la imagen estática, la *fotografía*, que incidirá notablemente en la evolución de la prensa escrita, en una primera etapa concentrada totalmente en el valor del texto lingüístico. Con ello surgen diversas técnicas gráficas, que valorizarán de una manera particular otros recursos visuales que trasformarán notablemente la presentación de los periódicos.

“Con los recursos tecnológicos que permitieron la reproducción del sonido, surge como medio de comunicación, y luego de información, la *radio*, que en el plano periodístico se apoyará sobre todo en la *palabra hablada, oral*, a la que luego se irán acoplando, en sucesivos perfeccionamientos, música, efectos de sonidos y ruidos, como formas de refuerzo y realce del mensaje.

“La posibilidad de registrar *la imagen en movimiento* surge con el cine; expresión primariamente estética, y esencialmente visual, agregará con su desarrollo técnico el acople del sonido, convirtiéndose en el primer medio *audio-visual*. La imagen móvil será luego elemento primordial para la creación de una forma de periodismo esencialmente dinámico; los *filmes documentales* y los *noticieros cinematográficos* son las dos formas más características de este nuevo estilo moderno de periodismo, impuesto en nuestro siglo [...]”

A este devenir, Castelli le agregará la televisión. Los años posteriores mostrarán el agregado de Internet y el correo electrónico y ambos revolucionarán los medios masivos de comunicación. Hoy, un artículo para una revista virtual se envía por correo electrónico y en la misma forma si la revista se edita en papel ya que la fotoimpresión permite, luego de los arreglos del diseñador, pasar el trabajo a las máquinas impresoras. Todo se guarda, todo se graba, lo que hará expresar a Esther Díaz¹¹: “Hoy, para que algo sea real debe registrarse. Una

llamada telefónica existe si está grabada. No hay turista sin fotos. Ni ceremonia de casamiento sin cámara de video. Ninguna noticia es relevante si no aparece en los medios. Además, todo lo que aparece en ellos se considera relevante. Los justicieros de ficción llegan, precisamente, a través de los medios. Son amados y exaltados por ejercer justicia de manera personal. Como eso ocurre en la pantalla, se los encuentra aceptables y seductores, dignos de ser imitados.”

¿Cómo llega ese mensaje? Berlo¹² sostiene que deben existir tres actitudes en el proceso comunicacional: 1) *Actitud hacia sí mismo*: el convencimiento sobre el éxito de la alocución (si de ello se trata) o de la palabra escrita es fundamental. La autoestima es un motor que impulsa hacia adelante. 2) *Actitud hacia el tema que se trata*: puede resultar extraño este ítem pero el mismo Berlo se ocupa de aclararlo con estas palabras: “Una gran parte del éxito de los cursos de autoconfianza, como los de Dale Carnegie, puede ser atribuida al aumento de ésta que en los participantes despierta el entrenamiento. Todo el complejo de variables que se asocian para abarcar la ‘personalidad’ del individuo están relacionados con el concepto de actitud con respecto al tema de que se trata son aparentes en la obra de muchos escritores profesionales. Un reportero, un escritor técnico reciben encargo de escribir una infinidad de cosas distintas. Si no creen en el valor del tema que deben tratar, les resulta difícil transmitir comunicación efectiva sobre éste”. Un ejemplo típico dentro de la población es que, cuando un periodista entrevista a un médico sobre una determinada infección, busca a un infectólogo y no a un endocrinólogo, por poner un ejemplo. 3) *Actitud hacia el receptor*: no se trata de la calidad del mensaje ni de la llegada al receptor; Berlo dice que cuando el codificador aprecia a quienes lo escuchan y estos lo perciben, son menos críticos. Aristóteles llamaba *ethos* a esta cualidad.

Resumidas las actitudes pasamos a las características de la comunicación. En todo mensaje existe una fuente, el mensaje propiamente dicho, un canal por donde se emite y, finalmente, el receptor.

La fuente haría las veces de codificador (codificar es, para el *Diccionario de la Lengua Española*. 2000, “transformar mediante las reglas de un código la formulación de un mensaje”), es decir, se expresaría en castellano para un público hispanoparlante. A su vez, el receptor sería en encodificador. No siempre ocurre así porque codificador-encodificador pueden interactuar y, de esa forma, a través del mensaje, intercambiar información. La pedagogía moderna

intenta –en la posmodernidad– este tipo educativo donde el enriquecimiento es mutuo pero, por sobre todas las cosas, el codificador principal puede descubrir puntos oscuros en el receptor.

Pero la forma de dirigirse a la sociedad es compleja y la noticia debe consignarse en una “longitud de onda” que pueda ser aprovechada por el receptor. En la relación médico-paciente es frecuente que el receptor exprese que no pudo entender el mensaje. El medio masivo de comunicación sabe que esa es la bestia negra del mensaje. Su aceptación depende fundamentalmente de la capacidad de ser captado. A otras condiciones la espera el fracaso. Berlo¹³ propone una forma más compleja de elaboración del mensaje de la siguiente manera: “Tomemos, por ejemplo, el diario de una gran ciudad. El funcionamiento del diario implica una compleja trama de comunicación. El periódico emplea gente cuyo principal trabajo es decodificar; los reporteros, pongamos por caso, observan uno o varios distintos tipos de hechos que se producen en el mundo y los delegan en el ‘sistema nervioso central’ del diario, el ‘escritorio’, ‘la tablilla’, o la oficina de redacción.

“Al ser recibidos esos mensajes, el cuerpo de redactores toma ciertas decisiones. Como resultado de éstas, la dirección imparte órdenes de publicar o no, en el diario, el mensaje dado. Una vez más, la función encodificadora se torna especializada. El periódico utiliza copistas, correctores, linotipistas, maquinistas y vendedores callejeros. Todos ellos son responsables de una u otra parte de las funciones encodificadoras y canalizadoras; de sacar el mensaje de la oficina de redacción, llevarlo a las páginas del diario, y de allí a un grupo distinto de receptores, el público lector.

“El modelo de comunicación puede ser utilizado para describir la conducta personal de cualquiera de los miembros que componen el cuerpo de redactores del diario. Al mismo tiempo, puede ser aplicado a un distinto nivel de análisis y usarlo para describir el funcionamiento de la organización como red de comunicación.

“Dentro del diario tienen lugar elaboradas subdivisiones de responsabilidad en la comunicación. Algunas personas solo descifran el código de cierto tipo de mensajes: actividad policial, sociales, deportes, etc. Otras tienen asignado un ritmo más general. Algunas no proporcionan información al diario y otras son tan solo responsables de encodificar mensajes y hacer que esa información

se retrasmita. Asimismo hay otros que ni decodifican ni encodifican (considerando el nivel de análisis de la trama), pero que son responsables de las conductas del receptor-fuente. En otras palabras, son ellos los que toman las decisiones con respecto a los mensajes que reciben y que dan órdenes sobre aquellos que habrán de ser emitidos al exterior.”

En páginas anteriores hemos mostrado ejemplos de notas cuyo mensaje —expuestos en medios masivos de expresión— podrían ser encodificados solamente por un número limitado de personas, en algunos casos por profesionales de las ciencias de la salud.

El médico, y sobre todo la Universidad, deben estar abiertos a la sociedad. Sus conocimientos deben servir para que la salud de la población no sufra de las enfermedades que pueden ser prevenidas. La comunicación social es una obligación no solamente del Estado sino de todas las instituciones dedicadas a las ciencias de la salud.

La salud y la enfermedad en el mercado

El siglo XX asistió al nacimiento de las obras sociales, si bien es cierto que mucho tiempo antes sus atisbos habían comenzado con el mutualismo, las sociedades de socorros mutuos¹⁴ y las leyes de Leopold von Bismarck, en la Alemania de 1880, que dieron lugar al nacimiento de obras sociales del Estado, los sindicatos y, mucho tiempo después, a las denominadas prepagas con fines de lucro. Esto dio origen también en estas últimas a una comunicación social dirigida a captar adhesiones que, en el fondo, significan el éxito comercial de las mismas. La excelencia de esa asistencia se brinda a través de prospectos y diversas formas de propaganda. También fueron los hospitales de comunidades (Británico, Francés, Italiano, Alemán, Israelita, etc.) quienes, con mayor o menor fortuna, se lanzaron a la búsqueda de socios para sus implementadas obras sociales abiertas al resto de la población.

¿Qué logró este cambio? En primer lugar, descartada la Beneficencia, se dejó de lado al Estado benefactor y, de esta forma, se estableció una gran diferencia entre la asistencia médica de los pudientes y la que reciben los pobres, es decir todos aquellos que no pueden ser asistidos por ningún tipo de las obras sociales mencionadas y deben acudir al hospital público.

“Hablar de salud en la Argentina –dice Katz¹⁵– significó siempre hablar de ‘pobreza’. No obstante, la viabilidad financiera de un sistema de salud no depende solo de la evolución de las variables macroeconómicas ni de la fluctuación en las necesidades y las demandas, sino de la planificación estratégica y de una política de gestión basada en una estructura de costos, que son los elementos centrales del diseño de acción.” Que si realmente pudieran solucionarse de tal forma, todavía no se ha hecho.

Lo que es indudable es que el bienestar general no se obtendrá solamente con la prevención y el control de las enfermedades sino que debe estar ligado al bienestar del individuo. Sería como querer combatir a las vinchucas, vectores del mal de Chagas, destruyendo solamente al insecto sin interesarse en desplazar al rancho de adobe como hábitat.

Otras voces van aún más lejos. Roncoroni¹⁶, por ejemplo, quería mejorar el estudio de los futuros médicos y entre otras cosas decía: “El cuidado de la salud es una responsabilidad irrenunciable de los ministerios nacional y provincial. Esa responsabilidad puede ejercerse estableciendo la licenciatura obligatoria para el ejercicio de la medicina, tal como ocurre en los Estados Unidos.”

Otros, directamente, encuentran las fallas que tiene el mercado que apuntan a la despersonalización del médico. Así, San Román¹⁷ dice que “la modernidad también marcó pautas para el desempeño del ser humano: todo tiene un valor y la vara que lo mide se llama Mercado”. Y Schächter¹⁸ apunta con mayor energía: “Toleramos impasibles el colapso de un sistema nacional arruinado por la corrupción estatal y sindical, que prorroga eternamente el sistema de obras sociales, cuyo fracaso es denunciado desde hace mucho tiempo por expertos, médicos, economistas, y hasta muchos de los propios prestatarios. El hospital público, tal cual está organizado en nuestro medio, constituye un foco iatrogénico.”

Dejamos para el análisis del lector y sus propias experiencias todas estas diatribas contra el hospital público, las obras sociales sindicales y otras sobre las que no queremos abundar. Nos ocuparemos, por su fuerza creciente y su afán por demostrar que lo único ponderable es la tecnomedicina y quedar sin cobertura es morir un poco, de aquellas prepagas con fines de lucro que tienen su estrategia vendedora. Ballardini¹⁹, en un polémico libro que nada tiene que ver con la medicina, nos instruye sobre la nueva metodología del *marketing*: “En el apogeo de la civilización del consumo, todas las empresas privadas y

públicas debieron afrontar, tarde o temprano, el cambio imprevisible de factores estratégicos –tales como el concepto de calidad o los gustos de los clientes– que hasta ese momento se consideraban estables. La globalización del mercado implicó la comparación en términos de precio, calidad y contenidos tecnológicos, con competidores de las más impensadas áreas geográficas. La técnica del *benchmarking*, ‘el análisis de los productos/servicios ofrecidos por los mejores competidores o líderes de los diferentes sectores del mercado’, permitió paliar estos inconvenientes, brindándoles a la gerencia de una empresa los medios para identificar las mejores *performances*, favorecer la elección, y también para adquirir ‘calidades competitivas’. Otra definición, más operativa, hace coincidir al *benchmarking* con la búsqueda de las mejores praxis empresariales que conduzcan a prestaciones operativas superiores a las obtenidas hasta ese momento.” En forma simple *benchmarking* es tratar de conocer qué hace el competidor; digámoslo crudamente: una forma de espionaje.

Luego el autor señala las características de los cuatro tipos de *benchmarking*, que –es indudable– responden a una nueva metodología solamente entendida por los profesionales:

1. El *benchmarking* competitivo

“Su funcionalidad es comprender los mecanismos que permitieron que los competidores con mejor *performance* conquistaran los primeros puestos del mercado. Por norma, es un *benchmarking* de un producto, o de un servicio, y abarca procesos anteriores y posteriores a la venta. Es el enfoque más complejo, porque implica la recopilación de la información de competidores casi directos con el objetivo de descubrir los métodos que los mejores de ellos adoptan para satisfacer a sus clientes. En este sentido, es particularmente delicada la elección del método adecuado de recopilación de datos. De hecho, el intercambio de información sucede sólo con la intervención de terceros, y está regido por el secreto y el anonimato más rigurosos.”

2. El *benchmarking* funcional

“Es un enfoque centrado en los métodos de gestión y en los desempeños de un

área funcional o, en la jerga del *marketing*, de un SBA (*strategic business area*). En la práctica, su finalidad principal es confrontar partes o fases de procesos que demuestran entre sí cierta homogeneidad.”

3. El *benchmarking* interno

“Es usado por lo general en los grupos industriales, o en las grandes empresas, con el objetivo de comparar los servicios, las prestaciones y los procedimientos en el seno de cada unidad de negocio. Se caracteriza por una gran rapidez de aplicación, porque es necesario invertir tiempo en buscar socios externos, sino que se utilizan ‘círculos de calidad’, internos o externos a la empresa.”

4. El *benchmarking* genético

“Es la metodología más reciente. Se trata de un enfoque más agresivo que brinda la posibilidad de descubrir praxis y métodos que aún no han sido llevados a la práctica por la empresa estudiada. Es el método más difícil, porque requiere al mismo tiempo abstracción y capacidad de comprender el proceso que se observa, además de la participación en el equipo de trabajo de analistas expertos en identificar el tipo de *benchmarking* que mejor se adapte a la envergadura y a la posición de la empresa en el mercado. Los pocos investigadores que usan esta metodología deben realizar a menudo un recorrido mucho más difícil que aquellos que aplican el *benchmarking* competitivo.”

Todas estas citas, aparentemente descolgadas del texto del capítulo, dejan una enseñanza y una preocupación: ¿Cómo seguirá la vida del médico? Sin conocer los términos íntimos de cómo se realizan estas investigaciones del *benchmarking*, la lejanía de nuestra profesión es tal que todo tipo de competencia será asimétrica y la derrota una constante. La tecnomedicina y los grandes monopolios de atención de la salud llevarán, más temprano que tarde, a la formación de un médico asalariado que, con vocación o sin ella, empleará su vida en el estudio y sus posibilidades de una existencia más o menos decorosa se irán diluyendo como un terrón de azúcar en una taza de café.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pégola F, “La comunicación en medicina”, *Revista de la Fundación Facultad de Medicina (UBA)*, Buenos Aires, 9 (Nº 33): 27-32, setiembre 1999.
2. La ética del hombre de ciencia, *Investigación y Ciencia*, 9: 49, 1953.
3. Hill AV, “The ethical dilemma of science”, *Nature*, 170: 338, 1952.
4. Mc Ewan I, “El canon científico”, *La Nación*, Buenos Aires, 21 de mayo de 2006.
5. Carpio AP, “Libro, filosofía y electrónica”, *La Nación*, Buenos Aires, 16 de febrero de 1986.
6. Rivera Á, *Paradojas sobre la farsa intelectual*, Buenos Aires, Emecé, 1951.
7. Duque de Edimburgo SAR, “La contribución británica a la ciencia y a la tecnología en los últimos cien años”, *Nature*, 168: 219, 1951.
8. Pégola F, *Brujos y cuasi médicos en los inicios argentinos* (2ª edición), Acassuso, El Guión, 2008.
9. Yamazaki R, Sato Ch, Morikawa M and Nomura T, “Massmedia and Medicine”, *Asian Medical Journal*, febrero 1979.
10. Castelli E, *Manual de periodismo. Teoría y técnica de la información*, Buenos Aires, Plus Ultra, 1990.
11. Díaz E, *Posmodernidad*, Buenos Aires, Biblos, 1999.
12. Berlo DK, *El proceso de la comunicación*, Buenos Aires, El Ateneo, 1987.
13. Id., *Ibidem*.
14. Pégola F, *Historia de la salud social en la Argentina* (tomo I), Buenos Aires, Editores Argentinos Asociados, 2004.
15. Katz I, “La salud de los argentinos”, *La Nación*, Buenos Aires, 28 de setiembre de 2006.
16. Roncoroni A, “Más control, mejor atención de la salud”, *La Nación*, Buenos Aires, 28 de setiembre de 2004.
17. San Román E, “Los médicos y los mercaderes”, *La Nación*, Buenos Aires, 28 de setiembre de 2004.
18. Schächter S, “Medicina, ¿arte o comercio?”, *La Nación*, Buenos Aires, 20 de octubre de 2005.
19. Ballardini B, *Jesús lava más blanco. Cómo la Iglesia inventó el marketing*, Buenos Aires, Libros del Zorzal, 2007.

~ CAPÍTULO VI ~
LOS CUIDADORES DE ENFERMOS CRÓNICOS



La sociedad moderna, bajo el influjo de una medicina con métodos mecánicos, farmacológicos e higiénicos ha posibilitado una supervivencia importante del enfermo crónico. Todo tiene su costo. Este hecho auspicioso ha generado otros que no lo son tanto: nos referimos a todo aquello que debe instrumentarse para que esto sea posible y al problema de quién se hace cargo del cuidado de estos pacientes. El aumento de la expectativa de vida, que tantas veces señalamos, demostró que el mayor número de estos pacientes necesitados de cuidados especiales y que atiborran asilos, geriátricos y salas de hospitales (aunque muchos de ellos permanecen en su hogar) corresponde a los que padecen diversos tipos de demencia.

La falta de autonomía del paciente afectado por demencia, su imposibilidad de valerse por sus propios medios ha obligado a la presencia del cuidador. Entre estas afecciones se destaca la enfermedad de Alzheimer que ha concitado el interés de las autoridades sanitarias y determinó que se la denominara la “epidemia del siglo XXI”.

Curiosa evolución la de esta enfermedad –descrita en 1906 por el psiquiatra alemán Alois Alzheimer– que comenzó para un reducido grupo de pacientes y posteriormente se generalizó para el mayor porcentaje de ancianos con demencia. En ese aspecto inicial, ese selecto grupo de enfermos, eran preseniles, la afección era incurable, el deterioro cognitivo progresivo y la anatomía patológica de su cerebro tenía características particulares: ovillos o degeneración neurofibrilar y placas seniles. Sin embargo, la anatomía patológica de los ancianos fallecidos con demencia mostraba esas mismas alteraciones. De esta forma, la denominación de mal de Alzheimer se adoptó –desde 1978– para las demencias seniles y preseniles con esas características. Posteriormente se descubriría la presencia de proteína A β -amiloide en las lesiones.

Es indudable que el mayor aporte efectuado a esta afección fue, insistimos, el aumento de la expectativa de vida. El 10% de los habitantes de la ciudad de Buenos Aires y de los partidos que la rodean tiene más de 65 años de edad. El 70% de los mayores de 70 años presentan problemas de memoria. El 60% de ellos tendría una disminución normal por el paso de los años, pero en un 10% esa queja indicará el inicio de una demencia. Se estima que a partir de los 65 años la enfermedad tiene una prevalencia de 1,5%, se duplica cada cinco años y, a los 85 años, alcanza al 20% de las personas¹. Más frecuente en la mujer

donde los estrógenos poseerían un efecto protector (está en discusión) que se perdería con la menopausia, otras estadísticas –menos optimistas– consideran que, a partir de los 85 años, el 50% de las mujeres presentan síntomas de enfermedad de Alzheimer.

Al finalizar el siglo pasado, un estudio de Pagés Larrañaga y Grasso² señalaba que en nuestro país y a partir de los 65 años el 11,25% de las personas presentaban signos de deterioro cognitivo. De esa cohorte afectada desglosaban un 5,33% para enfermedad de Alzheimer, un 3,63% para demencias vasculares y un 2,33% para demencias de etiología específica. A inicios de este siglo, ese mismo grupo encontró que, en la población senil institucionalizada, la cifra global de demencia se elevaba al 51,35%, correspondiéndole al mal de Alzheimer el 23,67%. Tal vez esta cifra no se condice con la de los autores españoles que le otorgan a esta última el 75% de todas las demencias.

Así como ocurre con la enfermedad de Parkinson y siendo la edad el principal factor de riesgo, debemos considerar que el incremento de la enfermedad obedece sustancialmente al aumento de la expectativa de vida. Más dramática es aún la circunstancia de que es un mal progresivo y sin posibilidad actual de prevención o cura dadas las características anatomopatológicas. Este aumento de la esperanza de vida es manifiesto en países europeos, en Japón, en América del Norte y regiones de Asia. No sucede lo mismo en África y algunos países de Asia, como la India. En América del Sur nuestro país, Uruguay, Chile y Brasil, entre otros, tienen también el privilegio de la longevidad de sus habitantes.

Y aquí viene el problema: la involución cognitiva y los cambios de la personalidad que conducirán inexorablemente a la despersonalización harán necesaria la presencia de otro individuo para poder atender a sus requerimientos. La necesidad de denominar a esa persona ha determinado que se lo llame el cuidador principal. ¿Por qué lo adjetivamos como principal? Porque en casi la totalidad de los casos será solamente un individuo quien deba asumir casi el total compromiso. Eso ocurre en el hogar porque algunos familiares no estarán aptos para hacerlo, otros tendrán que mantener su trabajo y un tercer grupo no tomará esa responsabilidad. Habitualmente esta labor le corresponde al cónyuge (si su estado de salud se lo permite) o a uno de los hijos (casi siempre la hija soltera). En el paciente institucionalizado en un ancianato serán cuidadoras profesionales quienes se encarguen de este trabajo. En Suecia,

un comité de ética, por medio de cuestionarios, estudia la personalidad de los individuos que se postulan para ello, hecho que debería ser tenido en cuenta por los equipos de salud. Un artículo de Régis Gonthier³, que apareció en el número de febrero del Boletín de la Academia Nacional de Medicina de Francia se ocupó de la calidad de vida de los ancianos e hizo hincapié, justamente, en la necesidad del cuidador ético e idóneo. Recalca: evitar la infantilización, el paternalismo y tener en consideración las palabras del paciente. Circunstancias más que necesarias en un enfermo con deterioro cognitivo agregado a la vejez.

El cuidador principal, hogareño, llamémoslo así, aquel que por decisión propia o por producto de las circunstancias debe atender las necesidades de un allegado con mal de Alzheimer, está sometido al riesgo de agotamiento o colapso psicofísico que puede extenderse hasta lo económico y lo social. Se ha comprobado que estos cuidadores presentan mayor número de ansiedad, estrés y depresión, que los que no lo hacen, lo cual les ocasiona inmunodepresión, alteración del sueño, aislamiento social y mayor consumo de psicofármacos y alcohol. En el último tiempo han aparecido trabajos médicos (entre ellos en el mismo Boletín de la Academia Nacional de Medicina de Francia) donde se señalaba la propensión a los eventos cardiovasculares y encefalovasculares de las personas pesimistas y depresivas. Sculz y Beach⁴ –en 1999– hace algunos años, señalaban que esa morbilidad se elevaba en un 63% en los cuidadores con respecto a los que no lo hacían.

La conducta del enfermo con demencia, como su oposición al aseo, *wandering*, agresividad, frecuentes interrupciones del sueño, etc., son causales de las alteraciones de la salud, sobre todo psíquica, de quienes se encargan de cuidarlos.

Debemos agregar a ello los costos económicos que ocasiona un enfermo de esta naturaleza, que habitualmente usa pañales, consume muchos medicamentos y sustrae a su cuidador de cualquier actividad laboral rentada. El paciente con enfermedad de Alzheimer tiene una supervivencia habitualmente prolongada a pesar de su padecimiento que se extiende hasta más de una década. Durante todo ese tiempo y con actividad creciente debido al deterioro progresivo, el cuidador principal deberá estar presente. Si las condiciones socioeconómicas lo permiten el paciente termina institucionalizado, cosa que

muchas veces no mejora al cuidador que puede persistir con sus síntomas años después del fallecimiento de aquel. La situación, con respecto al anciano, puede ser resuelta en las grandes urbes pero el problema se torna dificultoso en las pequeñas ciudades del interior del país.

De cualquier forma el trabajo del cuidador principal está desestimado por la sociedad. Pocas personas, tal vez aquellas que han pasado por una situación similar, valoran esta actividad. Es más, a veces la labor es tan complicada y estresante para el cuidador que puede llegar a la agresión física contra el paciente con demencia, como hemos tenido ocasión de sospechar sobre una hija que actuaba de cuidadora de su madre. En Holanda, cuando se mencionan las problemáticas que tiene el cuidado de estos enfermos, esa circunstancia se relaciona con la eutanasia, lo cual está muy alejado de nuestra idiosincrasia latina.

El estudio del agotamiento por el esfuerzo psicofísico del cuidador principal no es nuevo: en 1963, *The Lancet* publicó un trabajo que trataba de conocer como afectaba al desenvolvimiento de una familia inglesa la convivencia con un paciente con demencia y, a su vez, sus consecuencias para el resto de la comunidad⁵. En 1974, el psiquiatra norteamericano Herbert Freudenberger descubrió el síndrome que más tarde Cristina Maslach denominaría de “*burnout*”, al advertir el agotamiento físico y emocional de los trabajadores de la salud que se encontraban al cuidado de enfermos crónicos. Luego el tema pasaría a terreno de la sociología y hoy se considera que un tercio de los empleados de diversos ámbitos laborales lo padece. En este sentido, Isabel Pérez Jáuregui publicó un libro que tituló *Estrés laboral y síndrome de burnout*. Lo sufren maestros, oficinistas, médicos, odontólogos, etc., es decir todos aquellos que desempeñan un trabajo que les exige tratar con personas que no siempre respetan las reglas de la urbanidad.

A partir de la década del 80, y como no podía ser de otra forma, el problema entra en la consideración de los gerontólogos. El anciano discapacitado, aún conservando su salud psíquica, se encuentre en su domicilio o en un hogar especializado, genera este síndrome entre quienes lo tienen a su cargo.

La medida del agotamiento

Existen varias escalas que, amén de evaluar la conducta y la calidad de vida

de los pacientes con demencia, se emplean para hacerlo con los cuidadores. Las manifestaciones del síndrome son variadas pero, en general, dominan el agotamiento y la angustia acompañada de síntomas poco específicos, tales como insomnio, palpitaciones, plenitud gástrica, inapetencia, sensación de falta de aire, cefaleas, sudoración fría en las manos, etc. La irritabilidad y el desinterés por el paciente es el corolario del mismo estado. Con algunos de estos síntomas se podría diagnosticar un estado depresivo que, tarde o temprano, es probable que el cuidador sufra.

González Salvia⁶ considera que es la escala de Zarit⁷ una de las más utilizadas para este fin, originalmente compuesta por 29 elementos que valoraban la carga subjetiva asociada al cuidador y donde se estudia “la salud física y psicológica, el área económica y laboral, las relaciones sociales y la relación con la mayor receptora de cuidados”. En 1983, se reducen los elementos a 22. Montorio Cerrato e Izal⁸ revisaron esta escala en España y hallaron que la carga tiene tres dimensiones o factores:

1. *Global*: impacto del cuidado en el cuidador (falta de intimidad y de tiempo libre, deterioro de la vida social y de la salud, etc.)
2. *Subjetiva o interpersonal*: percepción del cuidador sobre su relación con el paciente (fastidio, vergüenza, deseos de abandonar el trabajo, enojo con los familiares)
3. *Expectativa de ineficacia*: ¿podré hacerlo bien? ¿podré tolerar en el tiempo este trabajo?

El cuidador empeora su relación con el paciente cuando este acentúa su deterioro: incontinencia de esfínteres, agresividad, falta de higiene. Piensan en su propia incompetencia y alejan las perspectivas de mejoría que en algún momento pueden haber tenido.

Una encuesta referida al país vasco, también mencionada por González Salvia⁹, revela que el 80 a 90% de los pacientes con demencia presentará en el curso de su cuidado algún síntoma psiquiátrico —generalmente irritabilidad— que hará pensar a sus familiares o cuidadores que está manipulando la situación. Pollero *et al.*¹⁰, en el Hospital Álvarez y en 72 pacientes con demencia tipo Alzheimer, observaron que los síntomas más frecuentes fueron apatía e irritabilidad, mientras que Allegri *et al.*¹¹, en el CEMIC y en pacientes con la misma patología, hallaron esos mismos síntomas, seguidos de ansiedad y

depresión. A toda esa variada sintomatología debe enfrentarse el cuidador.

Se puede pensar que el cuidador será siempre de género femenino. Pero no es así. En primer lugar porque, aunque la expectativa de vida del hombre sea menor, las mujeres (en una proporción casi de 3:1) son más afectadas por la enfermedad y pueden ser cuidadas por su pareja. Hace unos años Dunning¹² se preguntaba en *The Lancet* si en el futuro los médicos no serán mujeres y los enfermeros hombres. Ya en Inglaterra y Gales, señala Moriarty¹³ en su obra sobre gerontología práctica, que la población de cuidadores hombres y mujeres era similar.

Causas que profundizan el estrés

Un censo efectuado en 2001 por la Oficina Nacional de Estadísticas del Reino Unido reveló que, también en Inglaterra y Gales, una de cada 10 personas cuidaba a un enfermo, discapacitado o anciano, que la mitad de ellos tenía más de 50 años y que a uno de cada cinco la labor le demandaba más de 50 horas semanales¹⁴.

González Salvia¹⁵ llega a estas conclusiones revisando estadísticas españolas:

1. La mayoría de los enfermos con demencia vive en su domicilio.
2. Cerca del 90% de los enfermos con demencia son cuidados por familiares de primer grado (cónyuges o hijos).
3. Los cuidadores son en su mayoría mujeres casadas y amas de casa.
4. Dos tercios de los cuidadores conviven con los enfermos.
5. Los cuidadores poseen estudios primarios completos o secundario incompleto, aunque en este punto existe gran variación cultural (claramente mayor educación en estudios anglosajones).
6. Un gran porcentaje de personas mayores son cuidados por otra persona también mayor.
7. Un bajo porcentaje (en general menor al 10%) recibe ayuda formal.
8. Los hombres cuidadores presentan menor índice de agotamiento. Las mujeres presentan índices de ansiedad y depresión mayores que los hombres.
9. Las buenas relaciones con los familiares del paciente disminuye el agotamiento.

10. A menor estado físico del cuidador, obviamente, mayores riesgos de agotamiento.
11. A mayor nivel educacional del cuidador menor agotamiento.

De resultas de lo expuesto, existen condiciones que empeoran la situación de los cuidadores principales, a saber:

1. Ser familiar directo
2. Convivir con el enfermo
3. Tener edad avanzada
4. Tener algún tipo de animadversión por la enfermedad que sufre
5. Si es cónyuge, haber pertenecido a uno de estos dos tipos de matrimonio: actitud dominante de uno de ellos o independiente (abierto).
6. Carecer de soporte social
7. Que el paciente acentúe sus problemas de conducta
8. Que el paciente se encuentre deprimido
9. Que no haya apoyo del resto de los familiares

Estudios realizados por la *Health Care Financing Administration* de los Estados Unidos el costo económico de los pacientes con demencia supera a los de cáncer y holgadamente a los que padecen diabetes o enfermedad cardíaca¹⁶. Además no debemos olvidar que la comorbilidad en esta afección es muy frecuente.

En el caso de los ancianos, por poner un ejemplo puntual, es la familia el principal sostén socioeconómico y esta se verá alterada, sobre todo, por determinados factores:

1. Incapacidad por secuelas de accidentes encefalovasculares
2. Estado demencial, en especial por la más frecuente en esas etapa de la vida: enfermedad de Alzheimer
3. incontinencias urinaria o fecal

Los agravantes de esas situaciones, ya de gran complejidad y algunos atinentes al mismo medio familiar son:

1. Falta de ayuda familiar
2. Escaso número de hijos o deficiente calidad de atención por parte de

los mismos

3. Escasos recursos económicos
4. Insuficiente contacto con el personal sanitario (por no contar con una obra social, un médico de cabecera o de familia)
5. Sobreprotección: Cuando no se les permite desarrollarse de acuerdo a sus posibilidades, este anciano tiene tan mala evolución como aquel que está abandonado¹⁷

La enfermedad crónica de un familiar, en el caso de los ancianos por el paso inexorable del tiempo (valga la frase hecha) es siempre causa de conmoción, de crisis, del vacilar de las cosas (Hegel). Una serie de circunstancias pautadas, realizadas en forma rutinaria, deben ser evaluadas y, generalmente, sufrirán un cambio, casi nunca apacible. En el caso de los hijos será frecuente un replanteo en su vida, tanto en cuanto al incremento de su actividad laboral, como al pánico de verse reflejados en lo que pasa con la alteridad, en este caso una alteridad tan cercana que puede significar emocionalmente tomar conciencia de su propia finitud o, en el mejor de los casos, de los motivos que llevaron al progenitor a la decrepitud. El caso de la enfermedad de Alzheimer es paradigmático: *¿me sucederá a mí?*

Como contrapartida, puede ocurrir que sean los padres quienes deban padecer el proceso de invalidez de alguno de sus hijos y será otra la situación: *¿por qué lo habré traído al mundo, para sufrir? ¿cuáles cuidados no le prodigué adecuadamente?* En un estudio realizado por Seidmann *et al.*¹⁸ se arriba a esta conclusión: “Las madres e hijas cuidadoras no se diferenciaron entre sí en el sentimiento de sobrecarga que les generan las demandas y responsabilidades pertinentes al cuidado de un familiar enfermo crónico, a pesar de las pertinentes prescripciones sociales que rigen cada rol.”

Se ha expresado, no sin razón, que hacer un diagnóstico sin encontrar una solución al problema es perder el tiempo. El problema es de alta complejidad por la gran cantidad de variables que dependen tanto del enfermo, como de la familia y del cuidador, sobre todo, si no es parte de ella. Si bien la solución de último término es la institucionalización, se pueden ensayar estrategias tendientes a estabilizar a los cuidadores principales. La primera de ellas sería realizar sesiones psicoeducativas para, además de instruirlos para su actividad, explicarles el carácter —generalmente irreversible— de la situación y la posibili-

dad cierta que el deterioro se empeore. El consejo psicológico y la contención servirán para atenuar los efectos del agotamiento. En segundo lugar, se puede apelar a los grupos de ayuda, con intervenciones breves pero que servirán como soporte a estos cuidadores, sobre todo si no son profesionales y realizan su trabajo por obligación de parentesco. No debemos olvidar que, para algunos familiares, estas intervenciones pueden ser molestas, aunque la gran mayoría las acepte e, incluso, soliciten que sean suplantados en esa función. Ese soporte social también puede estar a cargo de otro familiar y no necesariamente por personal contratado. Siempre existen familiares con vocación samaritana que se ofrecen a colaborar.

El familiar, habitualmente más comprometido con el estado del paciente, es el que padece más este síndrome de agotamiento. Seidmann *et al.*¹⁹ que se ocupan de este tema, reproducen la reflexión de Moss (1989), quien dice que “el comienzo de una enfermedad crónica, física o mental de uno de los miembros de una familia, representa una de las crisis de mayor peso y trascendencia para el devenir de la vida familiar”. En ese caso será la contradicción ambivalente de los sentimientos lo que primará en el acompañante. Surgirán culpas, resignaciones, pase de facturas, etc. Estos autores utilizan como instrumentos de valuación: a) Cuestionario de datos básicos; b) Cuestionario de Estilos de Afrontamiento; y c) Inventario de Soledad Emocional y Social (de Vincenzi y Grabosky). Su material estuvo constituido por 72 madres que cuidaban a hijos desvalidos y 71 eran hijas –con un promedio de 48 años– que lo hacían con su progenitor anciano. Destacamos el papel fundamental de las madres cuidadoras. Sus resultados fueron interesantes: “[...] La Evitación resultó ser más utilizada por las cuidadoras con educación primaria, quienes, al no poder resolver la situación, la eluden y recurren a conductas muy primarias, tales como ‘comer y dormir más de lo habitual’ o intentar ‘borrarse’ de la situación [...] Es de destacar que las hijas cuidadoras manifiestan un mayor sentimiento de soledad en relación a las madres. La red social se comporta con mayor solidaridad frente a la enfermedad de los hijos, un episodio vivido de manera antinatural. Las hijas cuidadoras no tienen la misma respuesta solidaria. Es una creencia fuertemente instaurada que los padres mueran antes que sus hijos y, por lo tanto, su cuidado es parte de la responsabilidad filial particular.”

Un equipo de investigadores con similares componentes, con la misma

cohorte pero con un análisis más exhaustivo concluyen: “1. Los niveles de aislamiento y soledad, en la dimensión emocional, en el grupo de las madres y solo el aislamiento social en el de las hijas influyen significativamente sobre la estrategia de afrontamiento centrado en el problema [...] 2. Los niveles de aislamiento y soledad, en los aspectos emocional y social, en las madres y solo los de aislamiento social en las hijas, influyen significativamente sobre la estrategia [...] 3. Los niveles de aislamiento y soledad social en las madres y los niveles de aislamiento y soledad, en la dimensión social, en las hijas, influyen sobre la estrategia de afrontamiento *pensamiento fantasioso* [...] 4. Los niveles de aislamiento y soledad, emocional y social, en el grupo de las madres y los niveles de aislamiento emocional y social y de soledad social en el grupo de las hijas influyen sobre la estrategia de afrontamiento *evitación*.”

Arriban a esta conclusión: “En términos generales, se puede concluir en las cuidadoras entrevistadas que los mecanismos de afrontamiento preferenciales relacionados con un sentimiento de aislamiento existencial se refieren a retirarse del problema, ya sea por la fantasía o por la evitación mental de una realidad penosa, como un modo de seguir sosteniendo el mandato del cuidado. Esto refuerza la necesidad de proveer ‘el cuidado al cuidador’, promoviendo actividades reparadoras con emergencia de emociones positivas (descanso, recreación, cambio de escenario, tiempo para sí mismas, etc.), dado que el gran riesgo que corre es su agotamiento y desequilibrio psicológico”²⁰.

Constituye una buena estrategia que el cuidador principal sea reemplazado, en especial si se trata del cónyuge o hijo, durante un lapso prudencial para que pueda desarrollar una tarea recreativa o laboral, si es que la tiene, que será útil para disminuir la carga psicológica y su agotamiento.

Preparación para la tarea

Con todo esto queremos destacar la situación límite en que se encuentran estos cuidadores principales ante el deterioro franco e irreversible del paciente afectado por una enfermedad crónica donde predominan las demencias.

Agrava el problema la circunstancia de que los cuidadores profesionales de pacientes afectados por demencia son escasos porque existe una notoria merma, sobre todo en Latinoamérica, de ese tipo de personal. Algo similar

a lo que ocurre con el de enfermería. Se ha calculado que un paciente pasa el 95% de su tiempo bajo la atención de estos últimos y solamente el 5% de los médicos. Demás está decir que, en el caso del enfermo crónico, bajo atención domiciliaria, la visita del médico es esporádica. Por señalar un dato en una especie de digresión, señalemos que en América del Sur, como en otras naciones pobres de otros continentes, se cuenta con un enfermero cada 5000 habitantes, mientras que en los países desarrollados la proporción es de uno cada 150²¹.

Antonuccio, en un libro que subtitula *Psicogerontología*²² y donde se ocupa de los cuidados y los cuidadores de los adultos mayores, que en realidad en la actualidad, englobaría a aquellos que tienen entre 65 y 74 años, dice: “Las tareas que cumplen en psicogerontología los enfermeros, auxiliares de enfermería, mucamas, cuidadores y acompañantes terapéuticos son específicas. Constituye una sub-especialización de enfermería, necesaria para conocer las características de los trastornos psíquicos de la persona mayor generados en el trabajo diario. Las conductas normales y anormales agudas o crónicas de aquellas pueden ser mejor comprendidas, contenidas y abordadas, mejorando la calidad del vínculo enfermera/paciente/residente. Por lo tanto su formación y entrenamiento es continuo, adquiriendo conocimientos básicos referidos a conflictos psíquicos “normales” y “anormales”, aspectos de carácter y personalidad, estructura psíquica, formas de asistencia, contención y supervisión. Esta formación especializada, se repite, se realiza por intermedio de programas con contenidos temáticos múltiples, modificables, desarrollado en grupos de autorreflexión de la tarea, supervisión individual o colectiva, indicando en algunos casos, psicoanálisis o psicoterapia personal, charlas, curso de actualización, talleres, etc.

“Para llevar a cabo lo expuesto se han creado para el equipo de enfermería módulos de información, entrenamiento y supervisión, que se canalizan a través de reuniones semanales pautadas en las que se desarrollan los siguientes temas:

- “1. Elaboración del proceso de envejecimiento y muerte de todos sus integrantes;
- “2. Discusión del lugar del anciano en la sociedad y la familia desmitifi-

- cando mitos, prejuicios y tabúes existentes en el último período de la vida;
- “3. Aprendizaje de dinámica de grupos (distintos componentes del proceso de grupo);
 - “4. Enseñanza de las conductas normales y anormales del anciano, en base a una ideología de trabajo psíquica, humanista y holística;
 - “5. Conocimientos básicos sobre psicología evolutiva del adulto mayor, estructura y configuración de los conflictos psíquicos;
 - “6. Dramatizaciones sobre los distintos momentos de las actividades instrumentales diarias del viejo;
 - “7. Estudio de los vínculos enfermera/ paciente/ familiares/ institución, especialmente relacionados a las vivencias generales por el trabajo cotidiano;
 - “8. Supervisión de los medicamentos, en particular la administración de psicofármacos. Sus características, respuestas, complicaciones y asociaciones indeseables. Su manejo, supresión en casos de hipersedación, y estudio de los casos de fármaco-dependencia;
 - “9. Conocimientos de la estructura familiar, entorno institucional y comunidad;
 - “10. Formas de participación en las actividades ocupacionales, recreativas y demás programas de investigación de campo;
 - “11. Maneras de apoyo afectivo y contención de ansiedades personales generadas por la tarea;
 - “12. Enseñanza de nociones sobre auditoría, ética y aspectos legales sobre el trabajo específico del equipo de enfermería. El lugar de los apoderados en el contexto asistencial.”

En fin, este es un problema complejo donde tal vez en algún momento haya que replantear las características de las instituciones de internación psiquiátrica y los ancianatos, donde se albergan en mayor medida y después de la contención domiciliaria, la mayoría de los pacientes con padecimientos crónicos.

La demografía nos señala que la definición de persona de edad avanzada y, con mayor razón de aquella con evidentes trastornos cognitivos, requieren prioritariamente un enfoque social. Dentro de ese enfoque social debe consi-

derarse al cuidador principal como una persona potencialmente vulnerable a quien debemos prestar nuestro apoyo. Desde ya que el primer inconveniente con el que tropezaremos es la dispersión de los lugares de atención. Como hemos dicho el primero de estos albergues para el enfermo demente será el hogar, habitualmente –si el medio económico lo permite– la labor del familiar está compensada por la ayuda exterior, sobre todo para la alimentación y la higiene del paciente. Existen, incluso, servicios privados de cuidado a domicilio.

Otra forma sería aportando a domicilio los cuidados de enfermería y de medicina especializada que limitan la hospitalización clásica. El hospital de día, con las consecuencias del traslado diario, sería otra forma de poner límites a la institucionalización que, en el fondo, sería el último de los recursos, el más oneroso y donde las actividades del cuidador se reparten por turnos.

No debemos olvidar que estos enfermos tienen acotada su autonomía, o sea el “derecho a gobernarse por sus propias leyes, derecho para el individuo de determinar libremente las reglas a las cuales se somete”, es decir de dirigir su vida. Y, a la vez, es dependiente, o sea no puede actuar sin recurrir a algún sujeto ni objeto. Algunos ancianos pueden ser dependientes pero conservan su autonomía.

“En ocasiones el enfermo –dicen Astudillo Alarcón y Mendinueta Aguirre²³– desea abstenerse de toda comunicación aún con sus seres queridos cuyo estímulo le irrita intensamente. Aunque esté consciente mantiene sus ojos cerrados casi todo el tiempo y rehusa a comer o beber. Puede ser una forma de evitar el dolor de la partida y prepararse para la muerte. Esta tiende a ser un tiempo pacífico y la transición a la inconsciencia es a menudo imperceptible.”. Pese al patetismo de la descripción, la práctica de la medicina nos enseña que este hecho es de observación frecuente.

Estos mismos autores²⁴ nos ofrecen otra perspectiva de este mismo panorama y la actitud prudente que deben adoptar los cuidadores en ciertas circunstancias: “En la fase final de su vida el paciente no desea estar solo y parece apreciar enormemente la compañía de sus seres queridos, así como participar en expresiones físicas de afecto tales como abrazos o besos. No se puede valorar en toda su extensión el bien que se le hace al sujetar su mano, tocar su hombro, colocar mejor su almohada, secar su frente y tratarle con amabilidad. Nuestros pensamientos más profundos y temores utilizan generalmente el

tacto como vía de comunicación en especial en situaciones de ansiedad, estrés y cuando fallan las palabras. El tacto actúa en estos casos como un antídoto ante el temor y la ansiedad, le confiere seguridad, facilita el compartir y, a la vez que parece liberar su poder natural de curación, trae la paz.

“El tacto será, sin embargo, utilizado con tino pues mientras muchos pacientes lo agradecen, otros pueden considerar una intromisión no deseada. Para conocer la respuesta del enfermo es de ayuda al finalizar la primera visita hacerlo con un toque ligero del brazo o mano. Su forma de reacción nos sugerirá si el tacto será o no una parte apropiada del tratamiento”.

Al respecto Partezani Rodríguez *et al.*²⁵ denominan **actitud** a la forma de afrontar los problemas con el paciente y, en este sentido escriben lo siguiente: “La dimensión actitud se refiere a la posición que asume el cuidador sea esta favorable o desfavorable en relación con el cuidado del anciano. A medida que los cuidadores van actuando en el cuidado con los ancianos institucionalizados y más dependientes, estos construyen imágenes de las necesidades que se presentan en el cotidiano. De esta forma los cuidadores van asimilando los acontecimientos de la vida diaria en la institución, a través de la observación, de las informaciones compartidas entre el equipo actuante y otras personas que circulan en la institución.

“El modo de enfrentamiento también es utilizado por los cuidadores en el cotidiano con los ancianos. Esta subcategoría es interesante de ser analizada, pasa por el respeto y la educación a los más viejos y frágiles, principalmente por los cuidadores más jóvenes [...] Otro aspecto de ser analizado es que las actividades ludo-terapéuticas como la música, la recreación, la danza y otras técnicas expresivas en que los ancianos participan, también son una forma de amenizar los cuidadores las angustias vividas en su trabajo.”

El siglo XXI, no obstante, aparece con una circunstancia auspiciosa para los humanos. Expresa Turnes Ucha²⁶: “Si bien la edad parece ser el criterio más apropiado para delimitar el envejecimiento, la determinación de un valor numérico preciso estará siempre sujeta a arbitrariedades. Como apunta Bobbio, el umbral de la vejez se ha retrasado a lo largo de la historia: ‘Quienes escribieron sobre la vejez, empezando por Cicerón, rondaban los sesenta [...] Hoy en cambio, la vejez, no burocrática sino fisiológica, comienza cuando cada uno se aproxima a los ochenta [...] Solari (1987) sostenía que la edad de la vejez,

autopercibida o socialmente asignada, ha venido aumentando. Además de su mutabilidad histórica, la edad conoce múltiples significados, y muchos de ellos aluden más a la calidad que a la cantidad de años vividos. Hay también una edad social, que refleja tanto los efectos de las normas que rigen los comportamientos de los individuos [...] como de los factores estructurales referidos a sus posibilidades de inserción y participación en las esferas sociales [...]

En definitiva, creemos que la labor conjunta de psiquiatras, gerontólogos, sociólogos y sanitaristas deben establecer las condiciones que, en un futuro más cercano de lo que se supone, establezcan reglas para el funcionamiento de ancianatos dispuestos a albergar este caudal de pacientes mientras no se encuentre el tratamiento adecuado. Además, se hará necesaria la consulta permanente a un Comité de Ética Médica ad hoc, por las numerosas situaciones que se presentarán en el transcurso de la atención del paciente institucionalizado tenga alteradas sus facultades cognitivas o requiera terapéuticas extremas como asistencia respiratoria o gastrostomía para su alimentación.

BIBLIOGRAFÍA

1. González Salvia M, “El cuidador en la problemática de la demencia”, *Geriatría Clínica*, 1 (Nº 3): 7-23, 2007.
2. Pagés Larrañaga F, Grasso I y Marí G, “Prevalencia de las demencias del tipo Alzheimer, demencias vasculares y otras demencias del DSM-IV y del ICD-10 en la República Argentina”, *Revista Neurológica Argentina*, 29: 148-153, 2004.
3. Gonthier R, “La qualité de vie chez le sujet âgé”, *Bull. Acad Natle Méd*, 191 (Nº 2): 237-244, 6 février 2007.
4. Sculz R and Beach S, “Caregiving as a risk factor for mortality: The caregiver health effects study”, *JAMA*, 282 (Nº 23): 2215-2219, 1999.
5. Grad J and Sainsbury P, “Mental Illness and the Family”, *The Lancet*, 1: 544-547, 1963.
6. González Salvia M, *op. cit.*
7. Zarit SH and Leitsch SA, “Developing and evaluating community based intervention

- programs for Alzheimer's patients and their caregivers", *Aging Mental Health*. 5 (Nº 1): 84-98, 2001.
8. Montorio Cerrato, Izal Fernández de Troncóniz M y López López A, "La entrevista de carga del cuidador. Utilidad y validez del concepto de carga", *Anales de Psicología*, 14 (Nº 2): 229-248, 2002.
 9. González Salvia M, *op. cit.*
 10. Allegri R, Sarasola D, Serrano C, Taragano F, Arizaga R, Butman J and Loñ L, "Neuropsychiatric Symptoms as Predictor of Caregiver Burden in Alzheimer's Disease", *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 2 (Nº 1): 105: 110, 2006.
 11. Pollero A, Giménez M, Allegri RF and Taragano FE, "Neuropsychiatric Symptoms in Patients with Alzheimer Disease", *Vertex*, 15 (Nº 55): 5-9, 2004 (abstract).
 12. Dunning AJ, "Status of the doctor - present and future", *The Lancet, Suppl.*, 354: 18, 2000.
 13. Moriarty JO, *Principles and Practice of Geriatric Medicine (4ª edición)*, London, MS John Pathy, 2006.
 14. Id. *Ibidem*.
 15. González Salvia M, *op. cit.*
 16. Id. *Ibidem*.
 17. El anciano: dimensión de sus problemas personales, *Geriátrika*, 2: 117-119, 1989.
 18. Seidmann S, Stefani D, Pano CO, Acrich L y Bail Pupko V, "Sentimiento de sobrecarga y apoyo social en cuidadores familiares de enfermos crónicos", *Revista de psicología de la PUCP*, 22 (Nº 1): 46-61, 2004.
 19. Seidmann S, Stefani D, Pano C, Acrich L y Bail Pupko V, "El efecto de la educación sobre el afrontamiento de la enfermedad crónica en cuidadores familiares", *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, Buenos Aires, 11 (Nº 2): 97-104, 2002.
 20. Stefani D, Seidmann S, Pano C, Acrich L y Bail Pupko V, "Los cuidadores familiares de enfermos crónicos: sentimiento de soledad, aislamiento social y estilos de afrontamiento", *Revista Latinoamericana de Psicología*, Buenos Aires, 35 (Nº 1), 55-65, 2003.
 21. Pérgola F, *Cultura, globalización y medicina*, Buenos Aires, El Guion, 2002.
 22. Antonuccio ON, *Cuidados y cuidadores de adultos mayores. Psicogerontología*, Buenos Aires, (sin sello editor), 2001.
 23. Astudillo Alarcón W y Mendinueta Aguirre C, *¿Cómo ayudar a un enfermo en fase terminal?*, Sociedad Vasca de Cuidados paliativos, San Sebastián, 2003.
 24. Id. *Ibidem*.

25. Partezani Rodríguez RA, Guimãraes de Andrade O y Marques S, “Representaciones sociales del cuidado del anciano en trabajadores de salud en un ancianato”, *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 9 (Nº 1), Jan. 2001.
26. Turnes Ucha AL, “Las repercusiones económicas del envejecimiento poblacional en el mundo”, *Consultor de Salud*, Nº 61, pp. 12, 2007.

~ CAPÍTULO VII ~
EL EFECTO PLACEBO COMO FACTOR CURATIVO



El término placebo tiene su origen en el latín y su significado sería el de “yo voy a satisfacer, agradar”. Durante centurias un método con esta misma intención fue utilizado para aplacar el sufrimiento humano. El conocimiento real del fenómeno que así se producía permanecía ignoto. En cada etapa que los médicos lograban fundamentar, en cada pequeño avance, surgía un agente vegetal, animal o químico que pretendía tener propiedades curativas que luego el tiempo se encargaba de desestimar. Cuando irrumpieron –con mayor fuerza y base– los agentes químicos, en muchos casos, se demostró la carencia de propiedades farmacodinámicas y por lo tanto de la pertinente utilidad.

Innumerables yerbas y pociones llenan páginas de libros de medicina, modificándose de generación en generación y también aquí, cuando el tiempo las trocaba en sustancias inútiles, otras yerbas y pociones las reemplazaban mostrando –a la larga– su misma inutilidad.

El Webster's New Collegiate Dictionary (1977) define al placebo como una “medicación prescrita más para el efecto mental de un paciente que para el efecto actual de su desorden”.

El conocido *Dorland's Illustrated Medical Dictionary* define al placebo como “una sustancia química inactiva o preparación dada para satisfacer la necesidad simbólica del paciente para terapéuticas con drogas y usado en estudios controlados para determinar la eficacia de sustancias medicinales”.

Shapiro¹ da una amplia definición cuando afirma que el placebo es “cualquier terapéutica (o componente de terapéutica) que es deliberadamente usada por sus efectos no específicos, psicológicos o psicofarmacológicos”.

Un **tratamiento placebo** es cualquier terapéutica o aquel componente de cualquier terapéutica, que es deliberadamente empleado por sus efectos psicológicos y psicofisiológicos no específicos, o que es empleado por su presunto efecto específico en un paciente, síntoma o enfermedad pero que, desconocido para el paciente y el terapeuta, no presenta acción específica para la condición que se trata. El placebo, cuando es usado como control en estudios experimentales, se define como una sustancia sin acción específica para la condición que involucra.

Efecto placebo es, en cambio, el efecto tanto psicológico como fisiológico y psicofisiológico de cualquier medicación o procedimiento administrado con intento terapéutico, independientemente o relacionado en forma mínima con el

efecto farmacológico de la medicación o a los específicos del procedimiento².

Los términos de las definiciones pueden variar de acuerdo con la aplicación práctica o el análisis teórico que se haga sobre el placebo. Empero nada permite avizorar –aún con las concepciones más avanzadas de la futurología– que este efecto entre en el descrédito. Día tras día su vigencia es mayor. Se muestra en cada receta médica en su gran variedad de fenómenos farmacológicos, fisiológicos y psicológicos que involucra. Citaremos algunos aspectos actuales del placebo –parciales muchos de ellos– tratando de demostrar el interés médico creciente que representa.

Ya nos hemos referido a sus inicios. Paracelso fue uno de los médicos que más insistió en el hecho de que el acto médico en su totalidad tiene efectos sobre el paciente. Esto tiene el significado de que el acto de prescribir una medicación no debe ser visto como un segmento separado de la relación médico-paciente. El acto particular de prescribir un placebo debe ser apreciado en su totalidad, incluyendo la intencionalidad. Es concebible que en tales circunstancias, y esto es más válido en el campo de la psiquiatría, el acto de dar y recibir un placebo implica una forma especial de comunicación simbólica, una reminiscencia de la comunicación religiosa.

En 1800, Gall se preguntaba: “¿Cuál es el papel de la medicina y cuál es el papel de la naturaleza en la curación de la enfermedad?” Antes de esa época, los dictados de la autoridad que emanaba de las escuelas médicas habían determinado con bastante justeza qué tratamiento debía ser usado. El peso de esa autoridad era considerado y elevado como evidencia de un agente o procedimiento determinado.

Muchas inferencias discutibles eran aceptadas por gran parte de los profesionales encargados de los tratamientos. Un clásico ejemplo es el de E. Trudeau quien fue a realizar su deporte favorito –la caza del conejo– a las montañas de Adirondack, cercanas a New York en Estados Unidos, en espera de una segura muerte a causa de su tuberculosis. Cuando, en cambio, encontró su restablecimiento, atribuyó esta recuperación a los aires de la montaña y por ende inició la mirificación de un placebo que lo habría de sobrevivir durante muchos años. Con igual justificación podría haber acreditado su cura al hecho de la caza de los conejos o a los montes de Adirondack.

Años más tarde, Modell³ escribió que el efecto placebo “es la única acción

que todas las drogas tienen en común y en algunas circunstancias es la única acción útil que la medicación puede ejercer”.

Pasaron siglos desde el renacentista Paracelso hasta que el placebo adquirió una especial dignidad cuando –en 1946– fue objeto de estudio en la Conferencia Cornell de Terapia⁴, donde diversos autores, entre otros Gold, Garb y Wolff⁵ se refirieron a ciertos efectos del suministro del placebo.

Es evidente que las reacciones al placebo dependen de las particulares circunstancias prevalentes en cada administración.

Entre ellos son relevantes: la naturaleza del síntoma tratado, la motivación del enfermo y la del médico, la característica del agente empleado, su forma de suministro y la situación de las vivencias del enfermo en ese momento. Es evidente, y Holfling⁶ lo recalca, que en un número no despreciable de pacientes se obtienen buenos resultados en procesos muy diversos, como ser: disminución del dolor, aumento del apetito, inducción al sueño y disminución de algunas reacciones alérgicas y dermatológicas. No solamente la cuantificación y el conocimiento de los efectos colaterales y adversos, sino los resultados de los estudios controlados, llevaron a la conclusión de que algunos placebos pueden ejercer propiedades farmacológicas que, en algunas circunstancias, son muy potentes. De tal forma que resulta difícil concebir al placebo como inerte desde el punto de vista farmacológico.

Quizás una de las características más distintivas entre droga activa y placebo sea la posibilidad de predecir la respuesta (posible) de los primeros. Acciones farmacológicas indudables como pueden ser el efecto, vida media, tiempo de lavado, etc., han podido ser demostradas en un sinnúmero de placebos.

Frecuentemente el placebo es empleado en la práctica médica diaria. En algunas ocasiones se utilizan deliberadamente placebos “puros” pero, en ocasiones, el placebo es “impuro”, es decir una droga con uno o más efectos farmacológicos para ninguno de los síntomas en tratamiento. Otras veces el médico cree inocentemente que sus medicamentos tienen relevante acción farmacológica. Este error ocurre reiteradamente porque el remedio no ha sido sometido a un adecuado estudio clínico y su ineficiencia no ha sido demostrada.

Es interesante insistir que, a la luz de los estudios actuales, la respuesta al placebo no sólo depende de los factores ya enunciados (caracteres físicos, motivación, relación médico-paciente, etc.) sino también de ciertas cualidades

organolépticas. Se considera, por ejemplo, que un placebo debe ser de color marrón, rojo o amarillo; ser muy pequeño o muy grande y tener un gusto amargo pero no despreciable. No debe ser azul ni verde.

Ciertos pacientes responden muy bien a los placebos, son los llamados REACTORES (*responders*). Aquellos que responden al placebo demuestran mayor respuesta a la droga activa y tienen un alto porcentaje de efectos adversos o colaterales con la administración de los primeros. Según algunos autores, en este grupo se incluirían personas con elevado nivel de educación, ocupación profesional, mujeres que trabajan fuera de su casa, viudas o divorciadas. Diversas elucubraciones psicológicas podríamos hacer de este heterogéneo grupo pero caeríamos en un terreno de suposiciones donde no queremos entrar.

A su vez, los NO REACTORES (*non responders*) tienden a presentar un nivel educacional más bajo, trabajos no profesionales, pueden ser señoras casadas sin hijos o amas de casa en general. No obstante lo dicho anteriormente en el ítem correspondiente trataremos de dilucidar la causa de estas diferencias y la necesidad de identificar claramente estos dos grupos en un estudio farmacológico controlado.

Algunos trabajos fundamentales, como el de Kosterlitz y Highes, aparecido en el *Brit. J. Psychiat.* 1977, sobre el aislamiento de péptidos de acción similar a la morfina en el sistema nervioso central (y luego fuera del SNC) abrieron interesantes perspectivas para sustentar una base farmacodinámica de algunos de los efectos mediados por los placebos. Al año siguiente de esa publicación, en 1978, Levine *et al.* propusieron que la analgesia inducida por el placebo estaba mediada por las endorfinas. Ellos mismos demostraron que este tipo de analgesia podía ser bloqueada por la naloxona, que es un antagonista opiáceo específico. Dejaremos el comentario sobre el resto de los conocimientos para el correspondiente capítulo pero queremos afirmar una vez más que el término de “sustancia inerte” dado al placebo es un error, al menos en las situaciones humanas. Podría ser que la verdadera “sustancia inerte” es una que no es farmacológicamente activa cuando no se puede establecer actividad farmacológica en animales o en humanos inconcientes. Esta sí, realmente, podría ser la diferencia entre placebo y sustancia inerte farmacológicamente hablando.

Dimensión ética

En *De Re Publica* de Platón leemos que “una mentira es útil solo como medicina para los hombres. El uso de esa medicina debía ser indicada por médicos”.

La medicina como ciencia moderna tiene un reciente desarrollo mientras que la medicina como arte es muy antigua y se remonta a los orígenes de la especie humana.

Casi la totalidad de los primeros médicos –sino todos– ignoraban al placebo y sus cualidades curativas y atribuían sus efectos a una real capacidad de sus medicaciones, entre las que se contaban excreciones (leche, esperma, orina, materia fecal, saliva, etc.) de diversos animales o las menos repugnantes recogidas entre los vegetales. En el último tiempo, que abarca escasamente dos siglos, con el avance de la medicina clínica, surgió una clara distinción entre la sustancia activa que actúa a través de procesos farmacológicos y la sustancia inerte que ejerce su efecto (también) por sugestión. Estos estudios llevaron al descubrimiento –con lo que se reforzaron las razones aducidas– de adictos a los placebos, reactores y no reactores y efectos colaterales, entre otros hechos farmacológicos.

Cuando el médico se encuentra ante el dilema de usar un placebo, surgen varios interrogantes éticos: uno se dirige a la conciencia del acto y por ende a su balance (por ejemplo, el paciente que mejora más con el placebo y la enfermera asistente que pierde confianza en el médico); el otro se focaliza en el acto en sí, sin importar el resultado. El primero es un punto de vista utilitario, el segundo deontológico.

Otra faceta del problema que atañe a muchos profesionales es el aristotélico. Es aquel que hace bien su trabajo. El médico virtuoso que usa el placebo con suma prudencia y habilidad. El mayor problema es del empeño y de la inteligencia puesto al servicio de esa meta: ser un profesional virtuoso.

Se han propuesto –en relación a los aspectos éticos del uso de placebos– dos proposiciones: la que construye (*build up*) y la que destruye (*build down*). La primera no asume ninguna prohibición contra su uso pero se resguarda que se lo haga indiscriminadamente. La segunda la considera moralmente inaceptable y solamente permisible en casos de tremenda necesidad y en donde no

haya otra alternativa.

El *build down* fue analizado por Bok⁷ en sus bases deontológicas. Acepta el empleo de placebos solamente: 1) después de una correctísima investigación, sin reconocer otros agentes efectivos; 2) sin prescribir drogas activas; 3) sin mentir y 4) en ninguna circunstancia a aquellos que han solicitado no recibirlo. Hacia 1903, Cabot⁸ afirmaba que los pacientes han aprendido a esperar una medicación de cada médico.

En el aspecto constructivo (*build up*) fue analizado por Leslie en 1954, aceptando que el suministro de placebos es decepcionante, pero trazando una fina diferencia entre fracaso y decepción. Hace una analogía entre el uso del placebo y el dilema de la verdad médica. Sus indicaciones para la terapéutica con placebos son: tratar de disminuir o suspender narcóticos y/o sedantes, para enfermos terminales, interpolando placebos con analgésicos activos para disminuir la depresión respiratoria y la constipación, como un sustituto para un grupo de drogas que un paciente puede estar tomando cuando las mismas oscurecen el cuadro clínico, como una concesión temporaria en un paciente que no puede esperar el fin de su evaluación diagnóstica.

En 1977, Collard invocó un uso liberal del placebo, justificándolo por su efectividad (punto de vista utilitario).

Obviamente la dimensión ética del placebo permanece controvertida. Por lo menos, cuando está contraindicado, implica un problema ético. La indicación de placebos entra de lleno en la comunicación entre el médico y su paciente. El acto de prescribir esta medicación no debe ser visto como un segmento separado de la relación médico-enfermo (retornamos a la visión unicista de Paracelso). La acción particular de recetar un placebo debe ser considerada en su totalidad, incluyendo la intención como parte del acto. Es posible que en tales circunstancias –y lo es más en el campo de la psiquiatría– el acto de dar/recibir implica, según ya lo hemos referido, un resabio de la comunicación religiosa. El extender las manos, así como el dar algo que va a ser incorporado por boca son, indudablemente, fuertes vías de comunicación.

Finalmente, pero no menos importante, cuando se indica un placebo, debe ser parte de una movilización de todos los recursos médicos en busca de la salud del enfermo. Por ende, la terapéutica con placebos es moral cuando incrementa la relación médico-paciente y está acompañada de esfuerzos activos

en búsqueda de una mejor salud. A la inversa, es inmoral cuando la comunicación antedicha es espuria y no hay una verdadera e incesante búsqueda de un mejor estado de salud⁹.

El efecto placebo, el chamanismo y las terapias alternativas

Resulta difícil establecer cuánto de emocional o de acción sugestiva posee el efecto placebo. Es probable que esta acción psicológica haya sido también patrimonio del chamán o del curandero. Cuando uno de estos curadores de etnias pretécnicas colocaba pequeñas piedras en su boca y, hablando en lenguas, las botaba, indicándole al paciente que le estaba quitando el mal, haya sugerido más un efecto placebo que un cuadro de sugestión. No quitando, pero si introduciendo en el organismo la píldora salvadora, en forma parecida está actuando el médico de la actualidad. Droga mediante, tal vez no sepa o no comprenda que una buena parte de ese efecto, porque puede no ser el buscado, depende del placebo.

Moerman¹⁰ expresa que, del análisis de grupos de prueba doble-ciego, existen variaciones de efectos que oscilan entre 0 y 100%, que atribuye a factores culturales que difieren en las diversas sociedades. Considera que la curación con placebo es la última e ineludible “medicina complementaria”. Es que el efecto placebo se halla tan incorporado a la enfermedad y su curación en la mayor parte de las culturas que Marshal¹¹ lo encuentra hasta descrito en la obra de literatos.

El uso del placebo en las pruebas doble-ciego permite el control de la simulación, sobre todo al expulsar a los pacientes no receptivos que, evidentemente no se sugestionan. Green¹² dice que el chamán que no hace esa selección se vale de otras medidas que potencian este efecto, tal como la comunicación con dioses y espíritus y una serie de prácticas que incluyen: tránsito a lugares saludables (hipotéticos), ayuno, vestimentas rituales, purificación con agua o unción con aceite, ingestión de psicotrópicos o inhalación de vapores de estupefacientes, etc. La danza, la música, el ambiente preparan la escena destinada a aumentar la sugestión.

Las variables con el uso del placebo son infinitas. Hyland, Whalley y Geaghty¹³ utilizan dos tipos de terapéuticas con placebo: una, empleando esen-

cias de flores; otra, una terapia psicológica no específica. Concluyen que la percepción espiritual y el grado de compromiso tienen decisiva importancia para obtener buenos resultados. La respuesta al placebo depende en parte de la interacción o el grado de concordancia entre el tipo de terapia y la personalidad del participante; la disposición del individuo también varía con el tipo de terapéutica con placebos.

Cómo actúa un placebo

Es interesante recordar que algunos autores¹⁴ han demostrado la excelente respuesta al placebo por parte de pacientes con elevada educación, profesionales, señoras que desarrollan su trabajo fuera del hogar y, en forma particular, aquellos que han padecido una separación matrimonial traumática. Todas estas personas tienen en común un estilo de vida (ya sea elegido por ellos y/o determinado por las circunstancias) que es pleno de responsabilidades y exige un desenvolvimiento independiente. Es evidente que el dolor o la enfermedad, por ejemplo, podrían muy bien inducir un grado de alivio por parte del placebo. Se añade a esto el hecho de que un grupo importante de estos pacientes está, por conocimientos propios, familiarizado con muchos de los grandes avances técnicos de la medicina y esperan el mismo grado de beneficios –de su enfermedad o dolor– con las cápsulas que se les suministran. Existe en ellos una gran confianza por el probable inductor de la mejoría.

Por otra parte, ya nos hemos referido a un significativo número de enfermos parcial o totalmente inmunes a la acción del placebo e incluimos en este grupo a la señora casada sin hijos, al paciente con bajo nivel intelectual, al ama de casa y al trabajador no especializado, como anteriormente hemos señalado. En ciertos aspectos estos grupos comparten un estilo de vida con una relativamente baja responsabilidad y, en general, muy dependientes de otras personas, como podrían ser el esposo o el empleador. La dependencia a una enfermedad por muchos de estos pacientes no es tan lejana a su esquema de vida habitual como lo es en aquellos que sí responden al placebo. Requieren en menor medida el soporte artificial del placebo y, por lo tanto, no significa un reconocimiento –y que sepan discriminar– su verdadera actividad farmacológica.

Empleando una detallada evaluación personal, suplementada con test psi-

cológicos, Lasagna *et al.*¹⁵ y Joyce¹⁶ determinaron un minucioso perfil emocional y de personalidad entre los pacientes que responden al placebo (R) y los que no lo hacen (NR).

Los primeros, reactivos (R), eran más ansiosos, centrados en sí mismos, lábiles emocionalmente. Eran, además, más extrovertidos, sociables y dependientes de estímulos externos; sin embargo, no manejaban con dominio las relaciones personales. Tenían mayor conciencia de las funciones corporales, presentaban un mayor número de síntomas cuando eran sometidos a un estrés y empleaban con frecuencia analgésicos, sedantes y catárticos. Sus necesidades instintivas eran mayores. Si se pensara en una hipótesis unificadora para entender estas observaciones es evidente que se llegaría a una simplificación. Empero, en el plano de la teoría¹⁷, se ha dicho que la respuesta al placebo es un tipo de fenómeno de autohipnosis, resultante de necesidades de una excesiva dependencia oral. En soporte de este concepto es interesante recordar que el reactivos (R) presenta –utilizando placebos– un elevado número de efectos colaterales del SNC de características depresivas, sedación, mareos, trastornos del pensamiento. Asimismo los efectos colaterales gastrointestinales, más somáticos, son menos frecuentes. En parte es homólogo a ciertos aspectos del fumador que se corresponde con sus necesidades orales de dependencia y, por lo tanto, es significativamente menos reactivos al placebo, que competiría con el cigarrillo. Entrarían aquí en juego las teorías sobre la autosugestión que hemos esbozado en capítulos anteriores.

En conclusión, a pesar de que el reactivos (R), en forma superficial, sería fácil de complacer, probablemente sea el paciente que requiere mayores esfuerzos por parte del médico.

En 1949, Wolf¹⁸ se refirió a los efectos de la sugestión y el condicionamiento en la acción de agentes químicos usados en humanos, relacionado con la farmacología del placebo. Sus observaciones se basaron en un primer paciente, llamado Tom, que presentaba una larga fistula gástrica, a través de la cual era posible observar directamente la mucosa, correlacionando cambios de color y turgencia con mediciones de secreción y actividad motriz. Cuatro pacientes más completaron su grupo de estudio. El autor llegó a la conclusión que el efecto placebo se produce –como lo han demostrado también otros autores– debido a que los mecanismos del cuerpo humano son capaces de responder

no solamente a estímulos físicos y químicos directos, sino también a estímulos simbólicos, palabras y eventos que adquieren un significado particular para el paciente. Los efectos producidos son de gran variación en el tiempo y con las circunstancias. En el primer paciente, Tom, en el que se llevaron a cabo más de cien experimentos, se pudo calcular retrospectivamente que en más del 50% de las respuestas pudieron objetivarse modificaciones significativas debidas a factores situacionales.

Entre los muchos factores involucrados con el efecto de un placebo en una prueba clínica, es interesante recordar uno bien documentado: el del cumplimiento de las indicaciones. El Proyecto de Drogas Coronarias fue un estudio randomizado¹⁹, doble-ciego, con placebo y de tipo multicéntrico. Se efectuó para evaluar la eficacia y seguridad de varias drogas que alteran los niveles de lípidos en el seguimiento a largo plazo de la enfermedad coronaria. La mortalidad a los cinco años de 1103 pacientes medicados con clofibrate (agente hipolipemiante) fue del 20.0%, comparado con un 20.9% en 2785 pacientes medicados con placebo ($P=0.55$). Sin embargo, los pacientes con buen cumplimiento de las indicaciones médicas, que ingerían un 80% o más de la prescripción que señalaba el protocolo durante el período de seguimiento de 5 años, presentaron una mortalidad sustancialmente inferior con respecto a los que se adhirieron en forma pobre al tratamiento con clofibrate (15,0 versus 24,6%; $P=0,00011$). Resulta particularmente interesante que se registraran hallazgos similares en el grupo placebo (15,1% de mortalidad para los pacientes de buen cumplimiento y 28,3% para aquellos que no se adhirieron fielmente a las indicaciones [$P=4,7 \times 10^{-26}$]).

Estos resultados muestran una seria dificultad, quizás imposibilidad, para evaluar la eficacia de tratamientos en subgrupos determinados por la respuesta de los pacientes al protocolo de tratamiento luego de la randomización. El análisis de los datos del Proyecto de Drogas Coronarias demostró los obstáculos para extraer conclusiones válidas. En este caso fue sobre mortalidad y morbilidad en subgrupos definidos por la respuesta de los pacientes como también por su cumplimiento a las instrucciones dadas por el médico tratante.

La magnitud del efecto placebo en el dolor posquirúrgico ha sido repetidamente demostrada por Lasagna *et al.*²⁰ en el Massachussets General Hospital de Boston. Cuando a pacientes posquirúrgicos, con severo y continuo dolor en

la herida, se les inyectaba en forma subcutánea 1 ml. de solución fisiológica, tres o cuatro de 10, referían una sustancial disminución del dolor. Ya hemos definido a dichos pacientes como reactivos (R). Jellineck²¹, basado en estudios realizados en pacientes con cefaleas recurrentes, sugirió que el reactor puede enmascarar las verdaderas diferencias entre las drogas por la imposibilidad de discriminar agentes potentes de aquellos que no lo son. Beecker *et al.*, estudiando también el dolor posquirúrgico, llegaron a las mismas conclusiones.

Los estudios de Lasagna *et al.*²² originaron ciertos enfoques psicológicos: la primera cuestión es si el reactor es una persona reconocible. La segunda pregunta se centra en cuáles son los rasgos psicológicos más importantes del reactor. Los resultados permitieron sospechar que existe una estructura psicológica que predispone anticipadamente a una atenuación del dolor y por ende a una respuesta positiva al placebo. La presencia de estos rasgos no constituyen un fenómeno de todo o nada y sí una respuesta graduada. Existen otros factores, como la severidad del dolor que también afecta la respuesta a las sustancias denominadas inertes. La resultante de estos factores, psicológicos y no psicológicos, determina si una dosis de placebo produce efecto en un determinado paciente. Entre las conclusiones de estos autores se indica la presencia de varias y significativas diferencias en actitudes, hábitos, educación y personalidad, entre reactivos y no reactivos.

Otros autores, entre ellos Matre, Casey y Knardahal²³ utilizan al dolor como modalidad de injuria o amenaza de injuria con respecto a la acción del placebo, llegando a la conclusión que la percepción del dolor depende de factores biológicos y psicológicos. Sin embargo, en el dolor espinal no reconocen si este último factor modifica la sensibilidad espinal o si sus efectos se limitan a procesos corticales. En su investigación encuentran que, con el uso de modelos analgésicos de placebos, se afecta el proceso nociceptivo en la región espinal del hombre: el mecanismo de la hipoalgesia es mucho mayor que el área estimulada, lo que revela la actividad supraespinal a través del control central. Estos nuevos datos indican que sobre dolor y analgesia el control cognitivo central es fundamental.

Pero pasaron algunos años y muchas experiencias y Levine *et al.* (*Lancet*, Sept. 23, pág. 654, 1978), sugirió que la analgesia por placebo es mediada por la liberación de endorfinas, en base a que la naloxona tiene un efecto antipla-

cebo en los reactores. Estos autores no efectuaron ninguna valoración sobre endorfinas. Pronto vino la crítica. Skrabanck²⁴ comentó que si los efectos analgésicos del placebo eran mediados por la liberación de opiáceos endógenos; este “placebo” que libera endorfinas no podría ser un placebo. Por definición el placebo debería ser farmacológicamente inerte. Hemos reanalizado la definición en el inicio y conocemos que tiene estas propiedades en el hombre inconciente y en los animales.

Comenzamos este capítulo analizando algunas hipótesis que vinculan al placebo (en su efecto analgésico, por ejemplo) a determinadas estructuras de la personalidad. Resulta interesante recordar los trabajos de Houde *et al.*²⁵, en el sentido que, luego de varias aplicaciones de placebos en pacientes con dolores provocados por carcinomas, el 90% de los mismos informaron –por lo menos en una oportunidad– acerca de una notable disminución de su malestar. Esto hace suponer que la mayor parte de los enfermos poseen la capacidad de experimentar alivio del dolor gracias al placebo. La sugestión –lo hemos reiterado– podría desempeñar un papel en el efecto placebo. Ya Beecher²⁶, en 1950, había informado un mayor efecto placebo en pacientes con dolor inducido experimentalmente. La intensidad del dolor también se debe tener en cuenta: Levine *et al.* registraron menor efecto placebo en dolores poco acentuados que en aquellos más intensos. Muchas observaciones señalan que la hiperemocionalidad, el temor, el estrés inducido experimentalmente en animales, cursan con analgesia^{27, 28}. Montaigne²⁹ en 1985, escribía: “*nous sentons plus un coup de rasoir du chirurgien que dix coups d’épée en la chaleur du combat*”. Es momento de recordar la liberación de ACTH y de endorfina, su relación con una molécula madre (POMC) y de preguntarse si, en el caso especial del dolor acompañado de estrés, el ACTH liberado cumple con las clásicas funciones descriptas por Baxter y Tyrrell³⁰ y si el sistema de opiáceos endógenos no actúa a nivel de la percepción del dolor y a nivel de la conducta de respuesta al mismo.

En un plano central, los estímulos dolorosos que arriban a la médula espinal alcanzan el tracto espinotalámico, la formación ventricular, el tálamo y la corteza sensoriomotora. Una parte de los estímulos que alcanzan la formación ventricular llegan a otros sistemas funcionales, por ejemplo, el sistema límbico. Existe un sustrato anatomofuncional entre el dolor y la afectividad. Se supone que existe un sistema inhibitor del dolor con fibras descendentes desde la

sustancia gris central hasta el aparato de células de conexión en la zona gelatinosa de la médula espinal. Recordemos la presencia de receptores opiáceos en la sustancia gelatinosa de la médula espinal (en esta última existen solamente encefalinas), y que participa en la transmisión de aferencias (*inputs*) sensoriales. Reiteremos también la presencia de receptores opiáceos en los núcleos de los pares IX y X (reflejo tusígeno, motilidad gástricas, secreciones) y dentro del sistema límbico, en la amígdala.

En el último tiempo se ha tratado de relacionar el accionar de los mediadores clásicos (dopamina, acetilcolina, adrenalina, noradrenalina, serotonina, etc.) con los opiáceos endógenos. Hay opiniones coincidentes^{31, 32} en que la serotonina (5-hidroxitriptamina) participa en el umbral doloroso y/o en la regulación de respuestas de conducta frente a los dolores. El efecto analgésico de las endorfinas, antagonizado por la naloxona, es un hecho bien demostrado.

Es temprano para expresar que la analgesia por placebo se desarrolla a través de la activación de mecanismos inhibidores del dolor (como podría ser la activación del sistema serotoninérgico y/o endorfinico). La analgesia experimental³³ habla de la elevación del umbral doloroso por el placebo.

Han pasado casi 10 años desde el trabajo de Levine *et al.*³⁴ en donde se informaba que los pacientes que respondieron positivamente al placebo, experimentaban un aumento del dolor luego de la administración de naloxona. Ello hace suponer que, según lo relatado, la analgesia por placebo es mediada a través de péptidos opiáceos endógenos.

Las encefalinas en su accionar, remedan a los transmisores sinápticos, rápidamente inactivados por mecanismos enzimáticos. Si consideramos que el ACTH (a través de los glucocorticoides) está íntimamente vinculado con la respuesta metabólica-somática al estrés y que el sistema endorfinico se relacionaría a estímulos emocionales dolorosos en el SNC, podríamos recordar una vez más la antigua observación de la ausencia de respuesta o respuesta disminuida ante una situación de estrés. Como la inyección endovenosa de A β -endorfina no produce ninguna analgesia, falta por dilucidar cómo las endorfinas de origen pituitario pasan directamente al SNC.

Recapitulando, las primeras observaciones sobre el placebo se refieren a perfiles psicológicos. Valor simbólico de determinadas circunstancias, condicionamiento autohipnosis, rasgos caracterológicos, sugestión, etc.

El descubrimiento de los receptores opiáceos y de los mediadores de acción similar a la morfina, introdujo –por lo menos para el dolor y la respuesta al mismo– la posibilidad de encontrarnos con una estructura biológica en que apoyarse. Ambas concepciones y su concatenación son fundamentales para la comprensión integral del mecanismo de accionar del placebo. Por el momento solamente disponemos de algunos datos parciales a nivel del placebo/dolor.

El espectro es infinitamente más amplio.

Sociedad tecnológica y terapéutica

En forma un tanto espuria trataremos de agrupar y resumir algunos aspectos de la terapéutica humana y la sociedad tecnológica. Obviamente entendemos por esta última a la que transcurrió en el siglo pasado y en lo que va de éste donde, luego de un comienzo lento y costoso, la tecnología avanzó sobre todas las formas de construcción o investigación, haciéndonos francamente dependientes de ella. Empezaremos por la autosugestión, para enlazarla con formas de la terapéutica en las grandes civilizaciones, para seguir con un breve resumen de los aspectos psicológicos y terminaremos con los fisiológicos.

La autosugestión: El método curativo o de inducción a la curación que emplearon y emplean las antiguas civilizaciones, los hechiceros de antaño y los de las primitivas tribus de hoy es el de la autosugestión. Obraba de especial catalizador en este menester la neta separación entre la personalidad del chamán y la del enfermo. Particulares señas físicas y psíquicas adornaban al brujo. El receptor del tratamiento, por su parte, aportaba su total ignorancia en el tema a la vez que su consabida cualidad de credibilidad. Este mismo método iba a ser usado, posteriormente, por los médicos, las más de las veces sin su conocimiento y daría origen a las maneras más experimentales y generalmente menos documentadas de la medicina, un poco antes y después del psicoanálisis. Qué difícil resulta establecer cuándo la medicina se constituye en una ciencia.

En Francia se inicia la hipnosis y –desestimando a Mesmer– podemos mencionar a Liébeault (1823-1904) quien sugestionaba a los pacientes con afecciones psicósomáticas para inducirlos a creer en la desaparición de sus enfermedades. Se lo puede considerar el padre espiritual de quien con mayor

ardor se afiliaría a este sistema curativo.

Emilio Coué, estudió en 1885 y 1886 con Liébeault y, en Nancy, fundó –en 1910– la escuela que lleva el nombre de esta ciudad. Fue maestro de Bernheim, aunque se duda que haya sido médico y se lo considera solamente farmacéutico. Coué resumió y readaptó el cúmulo de conocimientos psicopedagógicos que circulaban –en esa época– entroncados con la medicina: educación de la voluntad, fuerza del pensamiento, autosugestión, *self-control*, etc. En realidad no fue un real creador pero se internó por meandros ya explorados, enriqueciéndolos con su experiencia. Supo ordenar lo disperso e insistir con una investigación deficiente. Aunque contemporáneo de la escuela de Zurich, de Freud y de Breuer, es decir del psicoanálisis, el camino de Coué tenía otro basamento. Había encontrado en la autosugestión la fuerza poderosa de la cual la sugestión hipnótica –utilizada empíricamente– era aplicable.

Coué fue un trabajador que, arrastrado por una precaria situación económica o, por qué no, por una verdadera vocación médica, recibía alrededor de 100 personas por día que le proporcionaban una media anual de cuarenta mil pacientes. Sus escasos escritos se publicaron en el boletín trimestral de la Sociedad Lorenesa de Psicología Aplicada de Nancy. Además hizo interesantes presentaciones en el Congreso de Psicología de París de 1913.

Baudouin³⁵, quien se considera discípulo de Coué, y divide a la sugestión en espontánea, reflexiva y provocada, dice que “el conocimiento de la sugestión espontánea es el fundamento necesario de toda sugestión reflexiva. No se combate, no se corrige la naturaleza más que en la medida en que se puede responderla por sus propias armas, es decir, en la medida en que se la puede imitar. Y no se la puede imitar más que en la medida en que se la conoce. Ahora bien: la autosugestión bajo su forma espontánea es un fenómeno natural de nuestra vida psicológica, tan natural como el fenómeno de la emoción o como el de la idea, y podemos decir que tan frecuente; no es que juguemos con las palabras y que amplíemos el sentido de la palabra sugestión hasta el punto de hacerla abarcar la emoción y la asociación de ideas”.

Y agrega más adelante que “hay otras sugestiones motoras que actúan sobre músculos que no domina la voluntad consciente y que regulan o desarreglan el funcionamiento de nuestras vísceras.

“En todo tiempo han obtenido los curanderos resultados singulares allí

donde la Medicina había fracasado. El hecho mueve a reflexionar. ¿Cómo curan esos curanderos? No sugestionan hablando propiamente, al enfermo; pero tienen tras de sí una gran reputación, debida al azar y a la leyenda misma; se cree en ellos; tienen, por otra parte, prácticas bizarras, cuya bizarría y falta de lógica, dan la impresión de lo maravilloso y ponen al enfermo en el estado de emoción que facilita la autosugestión espontánea; en esas condiciones, la fe cura”.

Baudouin³⁶ analiza los efectos de la sugestión en la curación de las verrugas simples, hecho que, por lo frecuente y comprobado, no pasaremos a examinar. También este autor ensaya una explicación científica de los fenómenos de la sugestión y dice que “la acción sugestiva no es radicalmente diferente en los casos funcionales y en los casos orgánicos. Si se admite en los primeros —que es lo que ocurre hace tiempo— no debe haber dificultad en admitirlo en los segundos. Para ciertos espíritus pseudocientíficos, para quienes todo lo que perturba sus hábitos de pensar es ‘incomprensible’, la sugestión orgánica es ‘inadmisibles’ antes (y aún después) de la experiencia. Los que piensan así no dan pruebas de ser lógicos. Admiten que la sugestión, por mediación de los nervios vasomotores, actúa sobre la circulación, sobre las secreciones, y esto mismo, de una manera localizada, sobre ésta o la otra parte del cuerpo. Ahora bien: supongamos que los nervios vasomotores activen o inhiban, por el contrario, de un modo continuo, la circulación de los capilares de un grupo de células; bien pronto este grupo de células será nutrido abundantemente, o, por el contrario, verá cortado sus víveres; prosperará como parásito o se desecará. Así se explica muy simplemente la acción sugestiva en los casos de los tumores y las deformaciones locales, sin apelar siquiera a otras leyes que las leyes comunes”.

En un curioso libro de Collin de Plancy³⁷ titulado *Diccionario infernal* se define a la sugestión como aquella influencia que ejerce un individuo hipnotizador sobre el hipnotizado, “acto psíquico extraordinario por el cual se hace creer y obrar al sujeto en estado hipnótico cuanto se le pueda ocurrir al hipnotizador”. Evidentemente le otorga poderes enormes y no menciona la autosugestión.

Sobre la acción curativa todavía este autor va más lejos. “Se entiende por sugestión terapéutica a la aplicación del hipnotismo en la curación de ciertas

enfermedades. Aunque muchos autores sostengan que con esta ciencia se pueden curar todos los males, no lo creáis. La sugestión es natural que obra de una manera benéfica en cualquier enfermedad, pero no es aquella suficiente para curarla siempre”. Se ponen las cosas en su lugar y se delimitan los alcances de esta terapéutica.

Volviendo a la escuela de Coué, Rodríguez Casanova y Venticinque³⁸ la retoman y sientan algunas premisas que están inspiradas en los trabajos del profesor Granone:

1. La sugestión no actúa sobre la voluntad sino sobre la imaginación.
2. Cuando la voluntad y la imaginación se encuentran en oposición, vence siempre la última.
3. Cuando ambas están de acuerdo sus poderes no se suman, se multiplican.
4. La imaginación puede ser educada.

Para los autores citados “la sugestión obra solo en cuanto puede producir autosugestión, la cual, para ser realmente operante, debe actuar en estado consciente”. En realidad postulan un sistema terapéutico basado en la imaginación positiva y en distintos sistemas de estimulación que contribuyen a formar imágenes positivas. “La preparación de los programas positivos debe ser elaborada con toda libertad por el terapeuta; lo que juzgamos que no debe hacerse es implantar emociones positivas para usar a éstas como medio vehiculizador de otras ideas extrañas a las emociones positivas que se quieran introducir en la mente subconsciente.

“Daremos algunos ejemplos de emociones positivas con las cuales se pueden organizar distintos programas: felicidad, tranquilidad, paz, valor, alegría, serenidad, amor, confianza en uno mismo, optimismo, sentir que nada ni nadie los puede dañar, armonía, bienestar, salud, energía, vigor, vitalidad, plenitud, equilibrio, buena voluntad, libertad, alegría de vivir, humildad, perdón, etc.”.

Aspectos psicológicos

Los fenómenos que analizan el poder de la mente sobre la curación humana se inician —en este siglo y en las postrimerías del anterior—, enlazados con la mencionada escuela de Liébeault y su ayudante Bernheim, con Sigmund

Freud. Este, trabajando con Charcot, emplea la hipnosis como recurso terapéutico pero atisba que el principio de autoridad es la base que lo conforma. Así acude –como hemos dicho– a Nancy y a su regreso a Viena, bajo la inspiración de Breuer, realiza las primeras observaciones psicoanalíticas. Ambos asisten a una joven histérica que, bajo hipnosis, recuerda y confiesa sus vivencias que hasta ese entonces no habían sido reveladas, logrando su curación. Freud, –y ese es uno de sus méritos– elimina la hipnosis e introduce la libre asociación. Aquello reprimido ejercía una fuerte influencia, desde el inconciente, sobre la personalidad.

Abuchaem³⁹ diría que “el problema de la dinámica del proceso curativo psicoanalítico hoy día, es bastante más complejo. El descubrimiento de la contratransferencia (las reacciones que el analizado provoca en el analista) y otros hechos clínicos impusieron al analista otros criterios o factores de curación. Estos factores curativos son múltiples. Uno de ellos está constituido por la sugestión que el médico ejerce sobre el paciente a través de la transferencia. Otro agente que participa en el proceso es la compulsión a la repetición, descrita por Freud en 1920, en *Más allá del principio del placer*, donde descubre, como resultado de sus investigaciones, una tendencia general de la materia viva muy singular, que consiste en repetir obsesiva y compulsivamente todas las experiencias pasadas, ancestrales, históricas, prehistóricas, humanas y prehumanas. La compulsión a la repetición es la que permite al analista comprender el pasado del paciente, pues el presente de éste es siempre el pasado”.

Otros se apoyaron en Freud. Así apareció la teoría del inconciente colectivo de Jung (1875-1961) o del complejo de inferioridad de Adler (1870-1937), que no tuvieron una decidida aplicación terapéutica. No ocurrió lo mismo con Stekel quien hablaba de la “terapéutica sorpresiva”, es decir la actuación rápida, intuitiva del médico, que combate los conflictos actuales.

Pronto encontraría el psicoanálisis su aplicación clínica. De la mano de von Weizsäcker surge el pensamiento antropológico, lo que lo lleva a decir que “la medicina psicosomática beberá en las fuentes de la psicología profunda o no será nada”; abrazando con pasión la teoría psicoanalítica.

Con una concepción científico-natural, Jores postula que si bien no se limita a una postura solamente biológica –ya que algunas enfermedades de las que nombrará no aparecen en el animal– deberían existir influencias psicológicas

inherentes a la condición humana. Emergería aquí lo de las afecciones psicósomáticas: hipertensión arterial, asma bronquial, úlceras gastroduodenales, colitis y eczema, que son patrimonio exclusivo del hombre. Afecciones generalmente crónicas no responden con dificultad al tratamiento.

Es un hecho probado, pese a las debilidades que ofrece una concepción tan simplista, que las emociones influyen en las funciones orgánicas.

Hoff²⁰ se ocupó con dedicación de la medicina psicósomática y en algún momento opinó que “aunque esta doctrina ha logrado irrumpir lentamente en muchos medios científicos, falta todavía mucho para que entre en la Medicina práctica. Nuestros tratados más importantes y la actividad de la mayoría de los médicos se rigen por las directrices de la Patología Orgánica. La inseparable ligazón entre las lesiones orgánicas locales y el conjunto de los mecanismos de regulación de todo el organismo en su unidad psicósomática, a menudo no logran la atención que es necesaria”.

Las ideas básicas de Hoff tienen los siguientes puntos de sustento: 1. No considera aisladamente lo normal y lo patológico sino dentro de una interdependencia conjunta. 2. Es fundamental la influencia psíquica. 3. La regulación neurovegetativa involucra una corta fase vagotónica (no siempre presente), seguida por una de tipo simpaticotónica que culmina en otra parasimpaticotónica. 4. En cuanto a la terapéutica: tratamiento del individuo en su totalidad, consideración de las interdependencias entre los trastornos funcionales somáticos y los fenómenos anímicos, apoyo a las fuerzas naturales del proceso curativo, empleo crítico y no polipragmático de los medicamentos y cuidadosa atención a los efectos secundarios de las drogas.

Alexander (1891-1964) relacionó las teorías expuestas en general con el sistema neurovegetativo (tal como lo haría Hoff) y mencionó entonces la preparación corporal de tipo simpático o parasimpático y desde allí derivó la serie de síntomas que se desencadenaban según el predominio de uno o el otro.

Con cierta diferencia Schur (1897-1969) hablaría de “desomatización” y “resomatización”, atribuyéndole a la maduración psíquica y a la aparición de la reflexión y del control del instinto, toda una serie de afecciones ya que en ciertos momentos se experimentaría una regresión a los momentos de formación mental del individuo.

Aquí no terminaría la cosa. Von Uexküll desarrollaría la teoría de los tras-

tornos de conversión; Sifneos, Marty, M'Uzan y Freyberger se ocuparían de la alexitimia (falta de resonancia emocional); Freyberger de la “pérdida efectiva, inminente o imaginada de un objeto” y Schäfer del concepto de la medicina sociopsicosomática⁴¹. El desarrollo de estos temas escaparía a la característica de este libro.

Aspectos fisiológicos

Un modelo de acción de la curación por la autosugestión o por la acción que pone en marcha el placebo puede ser el del dolor. La sociedad tecnológica ha realizado y realiza ingentes esfuerzos con el objeto de vencer al dolor. Nunca como ahora la ciencia se ha puesto tan decidida a alcanzar un logro total en ese aspecto.

El daño de los tejidos –principio de todo dolor– produce liberación de enzimas proteolíticas y la formación de sustancias irritantes que estimulan las terminaciones nerviosas. La inyección intraarterial o la aplicación tópica sobre un epitelio de bradiquinina, serotonina, acetilcolina, histamina, prostaglandinas y otros péptidos similares, provoca dolor.

Las sustancias mencionadas son consideradas mediadoras del dolor. Las experiencias sensoriales que resultan de los varios modos de estimulación de la piel, de las estructuras musculoesqueléticas y viscerales, difieren en calidad. Un estímulo cutáneo en su nivel mas bajo de intensidad provoca sensaciones táctiles, térmicas y de presión. Cuando se lo incrementa a un punto cercano a la destrucción tisular aparece dolor –en el individuo conciente–, resultando, de este modo, una sensación mixta.

Algunos analgésicos periféricos, como los salicilatos, ejercen un efecto de inhibición sobre la síntesis de prostaglandinas pero no antagonizan los efectos de la bradiquinina y de la histamina. Las prostaglandinas son potentes estimulantes de las terminaciones dolorosas.

Los opiáceos tiene una acción analgésica central y se hallan receptores específicos para los derivados del opio en las astas posteriores de la médula, el núcleo trigeminal, la sustancia gris periacueductal, el tálamo, el núcleo amigdalino, el núcleo caudado y la corteza frontotemporal.

La amplia distribución de estos receptores sería la explicación de los aspec-

tos sensoriales y afectivos que causan el dolor. El ácido gammaaminobutírico y la glicina serían potentes inhibidores, las endorfinas modularían la acción de los opiáceos. Los opiáceos, a su vez, inhiben las funciones celulares por disminución del AMP cíclico. Es decir, existen sustancias inhibitoras y estimulantes.

En 1973, utilizando opiáceos con marcadores radioactivos, se estableció que su efecto se ejerce en el sistema nervioso central y por su unión a estos receptores específicos. Estos últimos serían los mediadores de sustancias endógenas –es decir producidas por el mismo organismo– análogas a los opiáceos.

Ya descubiertos los receptores específicos, se pudieron aislar en el sistema nervioso central, dos pentapéptidos: La met⁵-encefalina y la leu⁵-encefalina, ambas con actividad analgésica. Luego se pudieron extraer, de la misma molécula, varios polipéptidos con idéntico valor farmacológico: las endorfinas alfa, beta, gamma y delta.

Las endorfinas fueron ubicadas en el hipotálamo de los porcinos y en extractos de distintas zonas del cerebro. También fueron halladas en el aparato digestivo y en la médula suprarrenal.

Diversos son los efectos de las endorfinas en el animal: analgesia, hipotermia, hipertermia, sedación, irritabilidad, agitación, etc. En altas dosis sobrevienen violentas alteraciones del comportamiento, catatonía, catalepsia y narcolepsia. Estos efectos son bloqueados por un antagonista de la morfina: la naloxona.

Ha sido una preocupación constante del médico moderno el conocer la causa de la acción de las drogas. Ese poder –a veces maravilloso, en otras ocasiones retaceado, la mayor parte de las veces desconocido– emerge con enorme fuerza. Cuántas veces hizo preguntar al médico: ¿cómo llegó la curación? ¿a través del tiempo de evolución, o mi presencia, o la autosugestión, o bien residió en la exacta elección de la droga? Médicos con muchos años de ejercicio profesional no siempre han visto revelado este acertijo.

Este problema existencial y ético no le habrá quitado el sueño a ningún médico durante el período de la medicina sacerdotal: curaba el dios de turno. Tampoco al hechicero que hacía uso de la medicina mágica: eran las fuerzas benéficas de los espíritus del bien o del mal las responsables de producir la muerte o la curación del enfermo.

El método cartesiano y más tarde Claudio Bernard –con las bases de la

experimentación— complicaron la pacífica credulidad de la que hacían gala los yatrofísicos y los yatroquímicos y aún de los afiliados a los sistemas médicos y de los mismos médicos finiseculares contemporáneos y de inicios de este siglo. El bocio se debía a la presencia de gusanos alargados que habían hecho de la tiroides su preferido hábitat, el yodo era favorable para la curación de los depósitos ateromatosos de las arterias y, porque no, las sales de calcio aplicadas en forma intravenosa mejoraban el estado general y la calcificación ósea. Y no se discutía.

Pero el espíritu científico no podía quedarse con la explicación baladí o, más que eso, con el razonamiento superfluo y la apreciación ligera. Cuántas veces declarábamos: “Esta droga anda bien”, o “Tal producto es de utilidad para tal enfermedad”, sin la adecuada experimentación científica. Lo increíble es que nos basábamos en algunos casos aislados, elegidos sin rigor estadístico. Todavía nos quedaría para hablar del “ojo clínico” o del empirismo. Afortunadamente nuestra ciencia debe su arrollador avance de los últimos cincuenta años a la estricta rigurosidad de la experimentación clínica.

Si aún con la intervención de importantes laboratorios de investigación se cayó en el uso de drogas indebidas (nótese que no decimos “uso indebido de drogas”), como el caso de la talidomida o el triparanol, tenemos que reflexionar sobre aquellos casos donde una particular reacción del paciente hace droga activa de una sustancia que resultaría inerte en estado de inconciencia o en su uso veterinario.

La utilización del placebo en medicina es un tema fascinante con connotaciones que van desde lo experimental hasta lo legal, pasando por la terapéutica. Florencio Escardó, que sabía escribir pero también sabía pensar, dijo: “La gran mayoría de quienes realmente curan no son médicos titulados y buena parte de los médicos que curan no lo hacen en cuanto a médicos. El más brillante y riguroso paso por la mejor Facultad no dota ni poco ni mucho a quien de ella regresa de la condición (no digo capacidad) de curar. Dicho de otro modo, la escuela lo hace médico pero no puede hacerlo terapeuta. En última instancia, esa imposibilidad resulta de que la Facultad no sabe lo que es la curación (y en consecuencia no puede enseñar su técnica operativa) porque no sabemos de un modo dialécticamente respetable qué es la salud”. Podríamos agregar que algo muy similar ocurre con los medios utilizados para esa terapéutica: poco

se sabe —aunque los grandes avances se realizaron en la última década— de su modo de acción.

Escardó termina diciendo que “compadecer es ‘padecer-con’ y ello no puede hacerse tan sólo con la píldora o el bisturí. Es lo que consciente o intuitivamente pero de modo decidido hacen los que ejercen el poder de curar: chamanes, brujos, curanderos, santones, magos milagreros y alguno que otro médico; es decir, los amados de los enfermos, únicos jueces”.

Empero, no pecamos de ingenuidad. Una cosa es curar o “conducir al paciente a que cumpla los altos fines de su existencia” como expresaba Hahne-mann —figura tan cara a Florencio Escardó— y otra es realizar una experiencia clínica para valorar las cualidades farmacológicas de una droga, donde ese efecto placebo se debe evaluar con la mayor minuciosidad.

El tema viene a cuento puesto que, en nuestra experiencia es el grupo de personas que han superado los 60 años, las que consumen mayor número de medicamentos. La razón de peso que significan las enfermedades degenerativas (artrosis, arteriosclerosis, disminución de la absorción intestinal, etc.) darían pábulo a pensar de que siempre están perfectamente indicadas. Sin embargo, cuando repasamos las indicaciones nos encontramos con que las drogas que cumplen su acción con un efecto placebo son las más numerosas.

A diario, los medios de comunicación exaltan la importancia de los jóvenes a quienes hacen depositarios de vigor para la empresa, belleza física e inteligencia, y dejan relegados a los ancianos las quejas permanentes sobre su triste destino económico. De ahí que la venta de esa fuente de Juvencia en forma de píldoras, jarabes o inyectables atraiga y desvele a quienes ven menguadas sus aptitudes y aumentadas las hojas del calendario.

Conocemos las dificultades que se nos presentan cuando tratamos de quitar uno de estos medicamentos cuya acción se basa en el efecto placebo pero que está dirigido a recuperar el vigor perdido.

Una de las premisas fundamentales que legó Balint al psicoanálisis (en 1969 fue Presidente de la Sociedad Psicoanalítica Británica) es aquella que dice que “las emociones humanas pueden comprenderse solamente en relación con un objeto”, lo cual le indujo a formular una tipología humana en término de relaciones objetivas. El anciano hace del médico su “objeto” en función de que con él y sus medicamentos podrá volver a la juventud o, en el peor de los

casos, mantenerse en su estado actual.

Antes de entablar el diálogo de la primera consulta con el enfermo (y en este caso la senectud se toma como una afección), el médico debe conocer que este estado no es un mero conjunto de síntomas o de nuevas experiencias, sino un proceso que irrumpe en la vida del individuo, le produce ansiedad y el despertar de nuevas vivencias propias y ajenas –adquiridas por la lectura o el coloquio– que inducen a ese ser a profundas transformaciones físicas como psicológicas.

Tal es la importancia de este fenómeno –el de la enfermedad– que además de los problemas económicos, sociales y afectivos que conlleva, puede influir para que de ella se obtengan réditos de tipo individual en las relaciones interpersonales. Se obtienen gratificaciones y beneficios secundarios que antes, en salud, no se lograban. Ya los niños aprenden a sacar producto de esta situación.

No ocurre lo mismo con el anciano. De la vejez se saca poco rédito y tal vez genera pérdida, tanto en lo económico como en lo afectivo. La enfermedad o la decrepitud traen nuevas limitaciones degradantes. ¿Cuál es el medio para mitigar o revertir esa situación? El medicamento, administrado por el médico que, aunque a veces fastidiado, cumple otra función similar con su sola presencia.

Se ha demostrado, insistimos, la excelente respuesta al placebo por parte de pacientes con elevada educación, profesionales, señoras que desarrollan su trabajo fuera del hogar y, en forma particular, aquellos que han padecido una separación matrimonial traumática. Todas estas personas tienen en común un estilo de vida (ya sea elegido por ellos y/o determinado por las circunstancias) que es plena de responsabilidades y exige un desenvolvimiento independiente. Es evidente que el dolor o la enfermedad podrían ser inducidas favorablemente por el uso del placebo. Se añade a esto que un grupo muy importante de estos pacientes está, por conocimientos propios, familiarizados con los avances técnicos de la medicina y esperan un alto grado de beneficio por las cápsulas que se les suministran. Existe en ellos una gran confianza por el probable inductor de la mejoría.

El placebo y sus efectos son, en la actualidad, aspectos notables de la farmacoterapia a los que se les brinda la mayor estima y confianza, a pesar de la escasa intencionalidad del médico cuando escribe su receta. Día tras día arriban gran número de muestras gratis y artículos médicos sobre productos

que actuarían como panaceas y que llenan los anaqueles de los consultorios médicos. Solamente una parte de ellos han sido rigurosamente probados y pocos de ellos han demostrado una real actividad farmacodinámica. En 1955, Moddell afirmaba que “ningún médico puede decir con total certeza que nunca ha empleado un placebo; solamente lo ha empleado sin total conocimiento de sus múltiples efectos. El problema no radica en si un médico debe usar o no un placebo, pero sí de qué manera debe efectuar el mejor uso de su omnipotente presencia”.

Colofón

Barrett *et al.*⁴² sostienen que los placebos pueden, para los médicos teóricos o clínicos prácticos, ser un don o un veneno. Para unos, el placebo es un elemento útil para las pruebas clínicas doble-ciego, donde sus mecanismos aún resultan desconocidos; para otros, son ignorados, minimizados. La intención, las expectativas, la cultura y la voluntad son elementos centrales para el fenómeno placebo y determinantes sustantivos para la salud humana. Los autores dan una lista de ocho acciones clínicas específicas que relacionan con el placebo:

1. Hablar positivamente sobre el tratamiento
2. Proporcione estímulos
3. Devolver la confianza
4. Proporcionar confianza
5. Sostener la relación
6. Respetar el género
7. Explorar valores
8. Producir cumplidos

En indudable que el efecto placebo también puede ser relacionado con las terapéuticas marginales, circunstancia constantemente negada por sus cultores. Numerosos trabajos científicos así parecen atestiguarlo. Por ejemplo, Kong *et al.*⁴³ en una experimentación tal vez exigua por la población utilizada –17 individuos la completaron– estudiaron el efecto analgésico de la acupuntura. Previo al estudio realizaron una RNM que compararon con otra efectuada al

terminar el mismo. Encuentran diferencias entre ambas en forma bilateral en la zona rostral anterior, en la corteza del cíngulo y en la lateral prefrontal, en la región derecha anterior de la ínsula, en el gyrus supramarginal y en el lóbulo parietal izquierdo inferior. La conclusión a que arriban es terminante: sugieren que la analgesia que produce el placebo puede configurar el cruce de múltiples mecanismos y caminos cerebrales. En ningún momento mencionan otro efecto que no sea el placebo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Shapiro AK, *The placebo response*, In Howells J. (ed.) *Modern perspectives in world psychiatry*, Edimburg, Oliver and Boyd, 1968.
2. Haegerstam G, Hultfeldt B, Nilsson BS, Sjöiall J, Syuäläht E and Wahien A, "Placebo in Clinical Drug Trials- a Multidisciplinary Review", *Exptl. Clin. Pharmacology*, 4 (4): 261-278, 1982.
3. Modell W, *The relief of symptoms*, Philadelphia, W. B. Saunders Co., 1955.
4. Conference of Therapy, "The use of placebos in therapy", N. Y. State, *J. Med.*, 46: 1718, 1946.
5. Id. *Ibidem*.
6. Hofling CK, "The place of placebo in medical practice", *Gen. Practice*, Kansas City, 11: 103-107, 1955.
7. Bok S, "The ethics of giving placebo", *Sc. Amer.* 231, 17-23, 1974.
8. Cabot RC, "The use of truth and falsehood in medicine. An experimental study". *Am. Med.* 5: 344-349, 1903.
9. Silber TJ, *J.A.M.A.*, July 20, 1975. Vol. 242, N° 3, pág. 245-246.
10. Moerman DE, "Cultural variations in the placebo effect: ulcers, anxiety, and blood pressure", *Med. Anthropol Q*, 14 (N° 1): 51-72, 2000.
11. Marsahl MF, "The placebo effect in popular culture", *Sci. Eng. Ethics*, 10 (N° 1): 37-42, Jan 2004.
12. Green SA, "Surgeons and shamans: the placebo value of ritual", *Clin. Orthop. Relat. Res.*, 450: 249-254, Sept 2006.
13. Hyland ME, Whalley B and Geaghty AW, "Dispositional predictor of placebo respon-

- ding: a motivational interpretation of flower essence and gratitude therapy”, *J Psychosom. Res.*, 62 (Nº 3): 331-340, Mar 2007.
14. Muertel CG, Taylor WF, Roth A and Tyce AJF, “Who responds to sugar pills”, *Mayo Clin. Proc.*, 51: 96-100 Feb. 1976.
 15. Lasagna, L.; Mosteller, F.; Felsing, J. M. von and Beecher HK, “A study of de Placebo Response”, *Am. J. of Med.*, 16, Jun. 1954.
 16. Joyce CRB, “Consistent differences in individual reactive to drugs and dummies”, *Br. J. Pharmacology*, 14: 512-521, 1959.
 17. Muertel CG *et al.*, *op. cit.*
 18. Wolff S, “The pharmacology of placebos”, *Pharmacological Reviews*, 2: 689-704, 1959.
 19. The Coronary Drug Project Researcher Group, “Influence of adherence to treatment and response of cholesterol on mortality in de Coronary Drug Project”, *The New England J. of Med.*, 303 (Nº 18): 1038-1041, Oct 30, 1980.
 20. Lasagna L *et al.*, *op. cit.*
 21. Jellinek, EM: “Clinical tests on comparative effectiveness of analgesic drugs”, *Biometrics*, 2: 87-91, 1946.
 22. Lasagna L *et al.*, *op. cit.*
 23. Matre D, Casey KL and Knardahl S, “Placebo induced changes in spinal cord pain processing”, *J Neurosci.*, 26 (Nº 2): 559-563, Jan 11, 2006.
 24. Skrabanck, P: “Naloxone and placebo”, *The Lancet*, pag. 791, Oct. 7, 1978.
 25. Houde RW; Wallestein MS and Rogers A: “Clinical pharmacology of analgesics”, *Clin. Pharmacol. Ther.*, 1, 163, 1966.
 26. Beecher HK: *Measurement of subjective responses*, Oxford University Press, N. Y., 1950.
 27. Chance WT; White AC; Krynocok GM and Rosecrans JR: “Autoanalgesia Acquisition blockade and relationship to opiate bilding”, *Europ. J. Pharmacol.*, 58, 461, 1979.
 28. Rpsocrans JA and Chace WT: “Emotionality induced antinociception”, *Proc. Soc. Neurosc.*, 2, 919, 1976.
 29. de Montaigne ME: *Essais*, edited by J. Leclerc, Paris, 1865.
 30. Baxter JD and Tyrrell JB: *The adrenal cortex*, in *Endocrinol. and Metab.*, N. Y. Mc Graw Hill Book Company, p. 385-510, 1981.
 31. Müller P: “Vergleichende. Untersuchung nicht narkotischer”, *Dtsch. Gesundh. Wes.*, 28, 398, 1973.
 32. Zimmerman M: “Neurophysiologische. Mechanism von Smerz und Noziception” *Therapiewoche*, 28, 5117, 1978.

- 33.Orne MT: "Hypnotic control of pain toward clarification of the different psychological processes involved. Pain", *Raven Press*, N. Y., 155, 1980.
- 34.Levine JD; Gordon NC and Fields HL: "The mechanism of placebo analgesia", *The Lancet*, (II), 654, 1978.
- 35.Baudouin C: *Sugestión y autosugestión*, Madrid, Francisco Beltrán, 1922.
- 36.Id. Ibidem.
- 37.Collin de Plancy M: *Diccionario infernal*, Buenos Aires- México- La Habana, Maucci Hnos. (no tiene fecha).
- 38.Rodríguez Casanova EM y Venticinque R: "La imaginación positiva en el tratamiento de los problemas nerviosos", *La Nación*, Buenos Aires, 22 de julio de 1979.
- 39.Abuchaem J: "La dependencia nuestra de cada día", *La Nación*, Buenos Aires, 3 de mayo de 1987.
- 40.Hoff F: *Modernos aspectos de la medicina clínica*, Barcelona, Científico-Médica, 1953.
- 41.Luban-Plozza B y Pöldinger W: *Psychosomatic disorders in general practice*, Basilea, Ed. Roche, 1985.
- 42.Barrett B, Müller D, Rabel D, Marchand L and Scheder JC, "Placebo, meaning, and health", *Perspect Biol. Med.*, 49 (Nº 2): 178-198, spring 2006.
- 43.Kong J, Gollub RL, Rosman IS, Webb JM, Vangel MG, Kirsch I and Kaptchuk TJ, "Brain activity associated with expectancy-enhanced placebo analgesia as measured by functional magnetic resonance imaging", *J Neurosci.*, 26 (Nº 17): 381-388, Jan 11, 2006.

~ CAPÍTULO VIII ~
LAS TERAPÉUTICAS MARGINALES



Se denominan terapéuticas alternativas a todos los tratamientos que difieren de la medicina clásica y cuyas bases son habitualmente empíricas. Algunas de ellas han demostrado sus bondades a través de la sugestión o el “efecto placebo” (§ capítulo VII) y, en contados casos porque han puesto en marcha mecanismos cerebrales con la producción de neurotransmisores. Cuando decimos medicinas clásicas nos estamos refiriendo a todas aquellas que utilizan una metodología basada en medios científicos racionales donde la investigación y la estadística juegan un papel fundamental.

¿Por qué no las llamamos medicinas alternativas? Porque a pesar de lo difundido de esta denominación no cumplen, en su mayoría, con la metodología semiológica y la clínica propedéutica y se limitan a tratar el síntoma, generalmente el dolor.

Introducidas en general por individuos con una gran fe sobre lo que practicaban, con entusiasmo por la curación del otro, en otros casos los fines fueron y son puramente lucrativos. En los casos de médicos diplomados la práctica de estas terapéuticas ha rozado ampliamente con el charlatanismo. En caso de legos, directamente en el curanderismo.

Han sido designadas también como “medicinas” marginales, complementarias, naturales, paralelas, suaves, tradicionales, diferentes o no clásicas. Justamente, hemos mencionado que se las denomina “suaves” y esa ha sido una de las causas de su supervivencia. Excepto en el caso de la acupuntura, los procedimientos terapéuticos que se emplean no son invasivos y excepcionalmente dolorosos.

¿Cuál es el fundamento para que ocupen un capítulo en un libro sobre antropología médica y aún tengan la vigencia que evidentemente poseen? Uno de ellos lo hemos señalado. Cumpliendo un designio tradicional, en algunas regiones del planeta con escasez de médicos, son las terapéuticas a las que acude la mayor parte de la población ante afecciones en general benignas (dolor por artrosis, infecciones catarrales de las vías respiratorias, alteraciones digestivas pasajeras, etc.), tal como ocurre con el ayurvedismo en la India y la acupuntura en China.

Está comprobado que la mitad de la población latinoamericana concurre o ha concurrido en alguna oportunidad a estas terapéuticas. Es que el curandero suplanta al médico que está ausente. Y, además, estas terapéuticas solucionan

problemas de los que no se ocupa o ignora la medicina clásica. Fundamentalmente, como hemos dicho, porque esta última no llega a la totalidad de la población. Las poblaciones de los países periféricos carecen del número suficiente de médicos y toman como suya un tipo de terapéutica que surge de la medicina doméstica o familiar y caen en manos de quien –por división de trabajo– se especializará en ella. La fitoterapia tiene ese origen pero también, debemos admitir, fue hasta no hace mucho tiempo la base terapéutica de la medicina clásica.

En otros casos y para esa misma masa de individuos, la medicina clásica resulta muy costosa por la carga de rebuscados estudios y un gran número de medicamentos. Un buen porcentaje de las afecciones que tratan y curan estas terapéuticas responden a trastornos donde el mecanismo de sugestión que realiza el curandero resulta eficaz. Esa tal vez sea la causa primordial del porqué tantos pacientes defienden a capa y espada las terapéuticas alternativas.

En la cresta de la ola de esta concepción está el Naturismo que, según Guerra¹ “es un sistema terapéutico basado en la creencia de que es en el propio organismo humano donde únicamente reside la capacidad curativa frente a las enfermedades”.

Como se verá más adelante en su clasificación, en otros casos se apela a los masajes o a los movimientos coordinados, o también a indicaciones dietéticas o a ingestión de elementos naturales. De ninguna manera queremos indicar que esa sea la terapéutica de elección de los individuos de bajo nivel cultural o socioeconómico. Guerra² revela que, en los Países Bajos (creemos que esta tendencia no se ha modificado con los años), el 40% de la población concurre a la atención de las terapéuticas alternativas y, de ellos, el 80% recomienda esa práctica porque se encuentra satisfecha con ella.

En Estados Unidos, por ejemplo, a comienzos del siglo XX, tanto la osteopatía (consideramos que el término no es lingüísticamente correcto) como la quiropraxia alcanzaron un éxito inusitado y aún hoy sus seguidores se encuentran por doquier. En otros tipos de terapéutica el fundamento es prácticamente espiritual y encuentra adeptos hasta en el ámbito de los artistas cinematográficos, que constituyen un buen *marketing*, como ocurrió con la *Christian Science*.

El auge y el ocaso de buena parte de estas terapéuticas podemos situarlo en

el siglo que transcurrió entre 1750 y 1850. Tiene motivos para su principio y su fin. Christian Federico Samuel Hahnemann vivió entre 1755 y 1843. Fue el Padre de la Homeopatía y podremos ver en el relato que haremos sobre esta disciplina que una buena parte de estas prácticas, exceptuando algunas como la acupuntura y el ayurvedismo, entre otras, se desarrollaron en ese periodo. Entre los principios en que Hahnemann basó la homeopatía existió uno –vigente en la actualidad– que fue crucial para su éxito: insistió en la terapéutica con monodroga. Lo hizo en el tiempo de los menjurjes y de la célebre –por los desastres que causó– triaca o teriaca. Sostener que los medicamentos se debían indicar de a uno, a pesar de la limitada cartera terapéutica, fue una elección importantísima.

¿Y por qué llegó el ocaso? Porque en la mitad del siglo XIX un químico y biólogo genial como Luis Pasteur asestó un golpe definitivo a la teoría de la generación espontánea, a la que Giuseppe Redi había herido mucho antes y, en 1877, explicó las causas de la infección. A partir de allí, con Claude Bernard, la antisepsia, la analgesia, la anestesia, etc., etc., la medicina comenzaría a cambiar. De una disciplina blanda, abierta a cualquier aventura, intentó convertirse en una ciencia dura.

La concepción general de estas terapias alternativas que el organismo es el que debe defenderse de las enfermedades (la *physis* de los griegos), que los medicamentos son venenos o noxas que actúan contra el enfermo, comenzó a perder adeptos. En realidad, la medicina de la época anterior a Hahnemann, la alopatía, consistía en medicamentos violentos: sangrías, vomitivos, enemas, la mencionada triaca... Esa misma agresividad le retiraba el favor del paciente. La medicina ortodoxa o clásica ganaría su reputación con el método científico, el descubrimiento de eficaces medicamentos y la irrupción de la industria del medicamento que produjo sensibles adelantos.

Pero el aprecio del público por las terapéuticas marginales no ha cesado y, a compiten a diario con la medicina ortodoxa.

A título de demostrar la cantera inacabable de estas prácticas vaya la clasificación poco ortodoxa pero lo suficiente clara: “Las medicinas alternativas se caracterizan por emplear medios naturales, como el agua, el sol, los vegetales o los minerales, para mantener y equilibrar la salud. Las diversas terapias empleadas para ello se pueden clasificar en estructurales, activadoras de la fuerza

vital y reguladoras del estado emocional.

“Las terapias estructurales, o manuales, se basan en la manipulación de las diferentes partes del cuerpo con objeto de curar lesiones o malformaciones locales, favorecer su circulación y drenaje y ofrecer una mejoría en el estado general del organismo. En este grupo de terapias se incluyen la osteopatía y la quiropraxia, el masaje terapéutico, el drenaje linfático manual, el shiatsu y la kinesiología.

“Las terapias activadoras de la fuerza vital pretenden estimular los procesos curativos del organismo. Este grupo engloba las terapias nutricionales, las terapias con plantas y las terapias físicas. Los métodos terapéuticos empleados se pueden aplicar solos o combinados: regulación de la alimentación (dietoterapia), empleo de las terapias físicas (hidroterapia, ejercicios, etc.), aplicación de medidas de higiene natural y adaptación a un correcto estilo de vida.

“Las terapias nutricionales, a través de las modificaciones en la alimentación propuestas por la dietética, y con la suplementación de los nutrientes que aportan la terapia ortomolecular y la oligoterapia, equilibran las desviaciones por exceso o por defecto que generan disfunciones orgánicas. Por su parte, la fitoterapia aprovecha las virtudes de las plantas, que ofrecen efectos terapéuticos no agresivos y proporcionan un estado de armonía y equilibrio, ya que aportan a los tejidos los nutrientes necesarios para restablecer sus funciones. La aromaterapia, basada en aceites esenciales extraídos de las plantas, y la terapia floral, que utiliza elixires extraídos de las flores, presentan también funciones curativas.

“Un tercer grupo de terapias alternativas enfocan la curación a través de procesos mentales. Ciertas enfermedades se generan o empeoran a causa de factores psíquicos o emocionales, y las preocupaciones, la depresión y la ansiedad, por ejemplo, tienen una repercusión importante sobre la salud. En este grupo se incluyen, entre otras, la meditación o el reiki.

“También existen sistemas terapéuticos basados en una completa filosofía o un verdadero concepto vital, con su propio abanico de tratamientos. Es el caso de la medicina tradicional china y de la ayurvédica de la India, ambas milenarias.”³

Observará el lector que, en este párrafo reproducido de un libro de circulación popular se mencionan prácticas higiénico dietéticas que los médicos

utilizan prácticamente a diario instruyendo a sus pacientes para una mejor calidad de vida.

En nuestra práctica profesional, con total tolerancia y comprensión, los pacientes nos manifestaron prácticas sugeridas por amigos o parientes para el tratamiento de diversas enfermedades. Por ejemplo, té de alpiste o de hojas de zanahoria para la diabetes, té de “uña de gato” peruana para el lupus eritematoso disseminado o un diente de ajo ingerido entero para la hipertensión arterial. Son manifestaciones de la “medicina” familiar o doméstica, método que siempre inicia todo medio terapéutico y es más, a veces es la única forma de que se dispone para asistir a un familiar cuando el médico no existe en el pueblo y el curandero no está. La madre que le da un baño tibio a su hijo o que lo pone a régimen porque presenta diarrea, está ejerciendo esta terapéutica.

Antes de entrar a tratar algunas de estas terapéuticas esbozaremos una clasificación de las mismas –sin duda incompleta– con la dificultad que muchas imbrican sus presuntas propiedades:

1. *Terapias conductuales*: ejercicios físicos, yoga, alimentarias, naturismo.
2. *Terapias biomecánicas*: masoterapia, ayurvedismo, quiropraxia, osteopatía, hidroterapia, drenaje linfático manual.
3. *Terapias psicoenergéticas*: yoga, Christian Science, flores de Bach, homeopatía, hipnotismo, sugestión, imposición de manos, oraciones y ruegos, acupuntura, iridología.
4. *Terapias a través de sustancias químicas*: fitoterapia, preparados del curandero o hechicero, dietoterapia.

La celuloterapia, por ejemplo, se nos escaparía de esta clasificación. Por su parte, la fitoterapia ha estado ligada hasta no hace mucho tiempo a la terapéutica de la medicina clásica y la materia Botánica fue parte del currículo de la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires un siglo atrás. No desconocemos, no obstante, su utilización espuria.

Terapéutica astrológica o yatromatemáticas

Ligada a la astrología con leyes que se aplican a la medicina, el mundo planetario (macrocosmos) se asigna al individuo (microcosmos). Los cálculos matemáticos le dan su sinonimia. Iniciada en la Mesopotamia pasó a los grie-

gos y, a través de los árabes, llegó en la Edad Media al Occidente Cristiano.

Obras de Claudio Ptolomeo como el *Tetrabiblos* y de Galeno (*Días críticos*) ejercieron su influencia.

El Zodíaco, el orden astronómico de los planetas con la Luna y el Sol, sus colores y exóticas propiedades adjudicadas, eran interpretados por los astrólogos.

“Conforme a la ‘correspondencia’ entre el macrocosmos y el microcosmos –dice Schwerz⁴– se subordinaban cada una de las partes del cuerpo humano a los signos del Zodíaco y los planetas; así, por ejemplo, la cabeza del hombre se subordinaba a Capricornio, el cuello a Tauro, el pecho a Cáncer, etc. El célebre astrónomo Tycho Brahe (1546-1601) creía todavía que el corazón, como fuente de calor del organismo correspondía al Sol, el cerebro a la Luna, el brazo a Saturno, etc., y Gerónimo Cardano (1501-1576) fue más allá todavía, pues en su *Metoposcopia*, *80 facile humamae eiconibus complexa* establece la correspondencia de las arrugas de la frente con los planetas. La relación del macrocosmos con el microcosmos era representada en la Edad Media por una figura humana, el ‘Hombre del Zodíaco’, al cual hay que referir los conocidos ‘Muñecos de Sangría’ [...] Los procesos vitales, ciertas intervenciones, como la sangría, no debían ser practicadas sino en determinadas épocas.”

Esta esotérica terapéutica no finalizó en la época medieval y, mucho después, algunos médicos consultaban a los planetas porque, por ejemplo, si la Luna y Júpiter se hallaban en conjunción no se debían administrar purgantes, aunque Ptolomeo, ante esas circunstancias los aconsejaba. Marte acarrea catástrofes y era el signo de la constelación de Escorpión. La conjunción de Júpiter, Marte y Saturno, habían ocasionado la explosión de una enfermedad sexual epidémica, tal como lo había vaticinado el médico y teólogo Paul von Middellburg, a fines del siglo XV. La constelación de Escorpión, se creía, dominaba la esfera sexual.

En las Misiones Jesuíticas, el Padre Pedro Montenegro⁵, ya que en siglo XVIII, aconsejaba la época y el estado de la Luna para recoger las plantas curativas.

Fue muy dificultoso desterrar del centro de Europa, sobre todo de Alemania, estas supersticiosas creencias aplicadas a la terapéutica médica. En la actualidad quedan restos de estas ideas pero más volcadas a los negocios y al amor que, felizmente, a la medicina.

El magnetismo animal

En virtud de las características que surgieron de este tipo de terapéutica se hace necesaria una introducción que separe la paja del trigo. Es que el llamado magnetismo animal fue el germen inicial del hipnotismo (del griego *hypnos*, significa sueño) y mal haríamos aquí en criticar un método que, con fortuna pendular, llegó hasta nuestros días.

“Los fenómenos hipnóticos probablemente habían existido –dice Spiegel⁶ de una u otra forma desde el principio de la existencia del hombre–. Sin embargo, estos fenómenos fueron mencionados como herramienta terapéutica en el siglo XVIII por Mesmer, quien se refirió a la hipnosis como ‘magnetismo animal’. En el siglo siguiente, Braid, Charcot, Liebeault, Bernheim, Janet, Freud y muchos otros estudiaron el fenómeno hipnótico. Desde el principio de la década de 1930, ha resurgido el interés por el uso médico de la hipnosis en Estados Unidos, del que fue pionero M. H. Erikson, la influencia del cual ha sido de gran importancia.”

Fue Braid quien rebautizó el magnetismo animal como hipnosis. El marqués de Puységur había reconocido, claramente, la posición central del sonambulismo como una de las manifestaciones del magnetismo de Franz Anton Mesmer, quien también había hecho esa observación sin otorgarle la debida importancia.

Pero, ¿quién fue Franz Anton Mesmer?

Antes de referirnos a él es necesario mencionar cómo surgió la idea de esta práctica. Tanto en China como en Medio Oriente se suponía que, así como el imán atrae al hierro, también podía hacerlo con las enfermedades. El imán “suprimía” el dolor gotoso de las manos y de la podagra. “Indudablemente –dice Kaech⁷–, el primero que utilizó el imán en realidad con fines terapéuticos fue Paracelso. Pretendía haber descubierto en los seres animados una virtud secreta análoga a la del imán, virtud que procedería de los cuerpos planetarios. Todas las enfermedades que Paracelso atribuye a la influencia de Marte, es decir, los derrames de sangre y los males que parten del centro del cuerpo a la periferia pueden ser tratados con la aplicación de un imán, pues este último retiene el manantial del mal en el centro del cuerpo. Si se aplica el imán sobre la región enferma, cesan los derrames y las enfermedades.”

El mismo autor citado nombra a precursores de esta terapéutica, tales como Sebastián Wirdig, Robert Fludd, William Maxwell y Athanasius Kircher, o aquellos que experimentaron con el magnetismo, como Girolamo Cardano, Rudolph Gokkel, Friedrich Klaerich, Abraham Kästner, Charles Marie de La Condamine, entre otros.

Franz Anton Mesmer fue quien puso al magnetismo animal en la punta del viento. Nació el 23 de mayo de 1734, en Iznang, región de Suabia que, en esa época pertenecía a Austria, y se graduó doctor en medicina en Viena, en 1766, con la tesis “De planetarum influxu”, con la cual, tal vez emprendía el camino que no iba a desandar.

Dos años después de su graduación contrajo matrimonio con una acaudalada viuda de un teniente coronel del Ejército Imperial, una década mayor que él, y dedicó su tiempo a la música y a la práctica de la medicina.

Expresa Kaech⁸: “Mesmer gustaba de tocar la acordeón de vidrio, especie de instrumento en el cual los pedales hacían girar campanas de vidrio que se rozaban suavemente con los dedos humedecidos de agua para hacerlas sonar. El papel que desempeñó en él la música se revela más tarde en varias cosas: la enfermedad es una desarmonía, el magnetizador es una especie de afinador, el maestro acompaña con dulces melodías los tratamientos magnéticos alrededor de las cubetas, crea una sociedad de la Armonía, etc.”

Un hecho fortuito –la aplicación del imán de una joven con dolores abdominales que mejoró– lo impulsó a publicar –en 1775– su primer trabajo sobre el magnetismo que hablaba de excitabilidad disminuida o inhibida, desarmonía, que modificaba el imán. A partir de allí su consultorio vienés se vio concurrido por multitud de pacientes que ansiaban tratarse con el imán. Las críticas fueron numerosas y, sin su mujer que murió poco después, se instaló en París. “El terreno de la capital francesa se hallaba muy bien preparado para que prosperara la doctrina del magnetismo animal. París tiene la reputación de consagrar las grandes famas. Aquí ya se habían oído los grandes ecos del éxito del magnetismo, lo que hace suponer una hábil propaganda, que se encuentra constantemente en la historia del mesmerismo y que es una de las pruebas del aspecto ‘charlatán’ de su inventor. La protección del príncipe Elector de Baviera era lisonjera y la mala suerte del Maestro no se debía a otra cosa sino a persecuciones injustas”⁹.

Además de la atención personalizada, con modales suaves y actitudes recurrentes, habitualmente con la compañía de la música, cuando la cantidad de pacientes lo sobrepasó, Mesmer acudió a instalar un centro de salud. En sus salas, por las que transitaba elegantemente vestido y admirado por las mujeres a las que no desechaba, tenía cubas llenas de agua en cuyo fondo había colocado limaduras de hierro y vidrio molido, con botellas de donde emergían barras de hierro a las que se asían los pacientes, generalmente del sexo femenino.

El negocio marchaba de maravillas e instaló un nuevo local en el Hotel Bullion, cercano a la rue Montmartre. Cuando ya habían comenzado los disensos con la Facultad de Medicina de París, en 1779, publicó *Memoire sur la découverte du magnétisme animal*. Poco tiempo después fue traicionado por Charles Deslon, un médico de cierto predicamento a quien había solicitado ayuda para su aceptación, y bien pronto comenzó a ejercer el magnetismo en medios originales y bucólicos. Poco tiempo después, dio a luz sus estudios en *Observations sur le magnétisme animal*.

En 1781, publicó –en Londres– otro trabajo: *Précis historique des fait relatifs au magnétisme animal*. En ese año, reincidió en el matrimonio y abandonó París aunque por poco tiempo, pero ya su suerte estaba echada. Tres comisiones (de la Academia de Ciencias, de la Facultad de Medicina y de la Real Sociedad de Medicina) analizaron lo efectuado y las afirmaciones de Deslon –con gran enojo de los mesmeristas– y concluyeron con la inexistencia del fluido animal. Alguno de ellos no lo firmó aduciendo que el efecto era sobre la imaginación o la imitación, tema que se retomó posteriormente. No tuvo suerte en obtener derechos sobre su sociedad de la Armonía Universal y luego de recorrer algunas ciudades europeas se estableció en Suiza donde asistió a enfermos, domesticó pájaros y emitió algunas teorías de cómo preservar a los niños del contagio de la varicela y de cómo evitar los miasmas de la fiebre amarilla que no tuvieron ninguna aceptación.

Murió en 1815. En los últimos años de su vida tuvo la satisfacción de que el magnetismo animal comenzara a ser considerado en Alemania. Fue así que Friedrich Hufeland asoció el magnetismo con su teoría de la simpatía; Karl Christian Wolfart defendió el mesmerismo y publicó sus obras; el ministro Karl August von Hardenberg creó cátedras de esta disciplina en universidades alemanas; y un decreto señalaba que solo los médicos estaban autorizados a

practicar el magnetismo¹⁰.

Casi ya en el siglo XX, Liébeault de la Escuela de Nancy, como dijimos en el capítulo anterior, “demostró que se puede hipnotizar casi a todo el mundo y que una sexta parte de los hipnotizados son presa del sonambulismo. Bernheim afirma en 1887, que el sueño hipnótico no es ni un sueño patológico, ni una neurosis análoga al histerismo. ‘Indudablemente puede crearse en los hipnotizados manifestaciones de histerismo. En ellos puede desarrollarse una verdadera neurosis hipnótica que se repetirá a cada nuevo sueño’¹¹.”

El naturismo

Con remotos antecedentes en la medicina que practicaban Hipócrates y sus seguidores, el *Diccionario de la Real Academia Española* (2001) lo define como la “doctrina que preconiza el empleo de los agentes naturales para la conservación de la salud y el tratamiento de las enfermedades”. Resulta indudable que es bien atendible la primera parte de la definición y no tan clara –por lo operativa– la segunda.

El fundamento del naturismo y, por lo cual deviene de la medicina hipocrática, es el concepto clásico de los griegos que la curación dependía de la *physis*, que era la tendencia natural a desprenderse de la noxa que tenía el propio organismo. Esa idea fue retomada por Christoph Wilhem Hufeland, que nació en 1762, en Langensalza, Turingia, y estudió medicina en Weimar y Göttingen. Hijo de una dinastía de médicos, tuvo que asistir a los numerosos pacientes de su padre que había perdido la vista. Laín Entralgo¹² considera a Hufeland, junto con Blumenbach y Reil, los tres representantes del “vitalismo alemán”, aunque “no como doctrina excluyente, sino como parte de un pensamiento ecléctico y conciliador. Hufeland, típico representante del ‘buen sentido’ frente a los excesos de todos los forjadores de sistemas, fue uno de los prácticos más afortunados en la Alemania de su tiempo”.

En 1796, Hufeland publicó un libro donde condensa su doctrina: *Macrobótica, o arte de prolongar la vida humana*. En 1800, fue designado médico de cámara del rey de Prusia y director del hospital de la Charité de Berlín. Decano de la Facultad de Medicina de esa ciudad, creó la primera Cátedra de Historia de la Medicina. Falleció en 1836.

Otros dos alemanes siguieron sus pasos adoptando esta doctrina: Ernst Schweningen y Franz Schönerberger.

“La Medicina Naturista –dice Guerra¹³– sostiene que el estado de salud es consecuencia de un funcionamiento del organismo de acuerdo con las leyes naturales que le gobiernan, y que sobreviene la enfermedad cuando el organismo infringe esas leyes. Esto ocurre por errores en la dieta, excesos en el ejercicio o el mal uso de los agentes que mantienen la vida, como el sol, el aire o el agua [...]”.

Suponemos que en los fundamentos de estas prácticas debe encontrarse la observación animal. Por ejemplo, Gröning y Saller¹⁴ refiriéndose a la curación de los paquidermos dicen: “Los elefantes, en libertad, cuando sufren heridas o enfermedades, el instinto les garantiza un comportamiento lógico para su curación. Cuando tienen problemas de digestión, los elefantes realizan curas de ayuno, o se llenan el estómago de amargas hierbas y cortezas medicinales, o de tierra alcalina. Se lavan las heridas copiosamente y las frotan con lodo para contener las plagas de moscas o la aparición de lombrices. Cuando les atormenta un absceso en los incisivos, el animal lo golpea y hace palanca contra los árboles durante horas, hasta que consigue arrancárselo.”

El naturismo no ha perdido vigencia con el tiempo, además de haber aparecido la macrobiótica como una forma de terapéutica, los médicos que la ejercitan tienen toda una gama de alternativas y de regímenes¹⁵ y, además, algunos son más permisivos con el uso de drogas y tampoco se mantienen inflexibles en considerar solamente dos tipos de enfermedades: agudas y crónicas.

La hidroterapia

La terapéutica a través del agua es rica en evidencias y es probable que se haya iniciado –como ninguna otra– en la llamada terapéutica doméstica y familiar. Haremos un bosquejo de esta práctica, que ha llegado hasta nuestros días porque ya nos hemos ocupado extensamente del tema¹⁶.

La moderna hidroterapia tiene a dos precursores médicos oriundos de Silesia (Austria): Sigmund Hahn y su hijo mayor Johann Sigmund Hahn. Este último reafirmó sus creencias terapéuticas con su libro *Unterricht... Heilkräft des frischen Wassers* (*Novísimas lecciones acerca de las virtudes curativas de las aguas*, 1737).

No obstante, la fuerza con que esta práctica se difundió en toda Europa y llegó a América, Guerra¹⁷ se la atribuye –y es indudable que fue así– a otro silesiano: el alemán Vicente Priesnitz y al frustrado sacerdote H. Rausse (1809-1848), seudónimo de Heinrich F. Francke, quien nació en Mecklenburg. Ambos no tenían, como surge del relato, ningún conocimiento previo ni doctorado en medicina, es decir que se podrían considerar curanderos. Rausse, según describió en su libro *Reiseszenen aus zwei Velten (Escenas de viaje de dos mundos)*, vivió un año con los pieles rojas, donde contrajo fiebre amarilla. Regresó a Europa y fue Priessnitz quien lo “curó”. Desde ese momento abrazó y difundió el método. En Alemania, se denomina: *Kaltwasserkur* (cura por medio del agua fría). Este ferviente católico, que acompañaba todos sus actos con demostraciones de fe, observó en su vida de trabajo los beneficios de emplear compresas húmedas para tratar a los animales y de la utilización instintiva del agua por parte de los irracionales enfermos.

Según Macavio¹⁸, lo que le hizo adoptar este método fue que en “1828, en tiempo de la cosecha, Priesnitz recibió una patada de un caballo que lo tiró en tierra, y las ruedas del carro le pasaron encima, rompiéndole algunas costillas. Los médicos fallaron que el caso era grave y que quedaría estropeado toda la vida: ha sido entonces que tuvo la ocurrencia de curarse con agua fría al interior y al exterior, y salió de un modo tan airoso que sanó completamente en poco tiempo.” A partir de allí comenzó a emplear su método en los humanos.

Cuando decidió aceptar retribuciones económicas por su labor puso su interés en un instituto para estas curas en Gräfenberg, adquiriendo prontamente una inmensa fortuna. Según el autor citado, “en el año 1840, doce años después de la fundación del establecimiento, había 1.376 enfermos de todos los países y de todas las clases”. Su fama hizo sus pacientes a Chopin, Gogol, el archiduque Anton y María Theresa, la emperatriz de Austria, entre muchos otros personajes de la época. Una de sus hijas lo ayudó –era semianalfabeto– a escribir su única obra *Familien Wasserbuch (Libro familiar del agua)*.

Luego de la muerte precoz de Priesnitz (cincuenta y un años), la suerte favoreció a otro hidroterapeuta que utilizaba agua fría: Sebastián Kneipp (1821-1897), natural de Bavaria, pastor y tejedor en su juventud que estudió teología en el Instituto Dillingen, cerca del Danubio. Según Guerra¹⁹, tanto Kneipp como Priesnitz fueron examinados por las autoridades estatales por supuesto

ejercicio ilegal de la medicina, pero ambos pudieron eludir a la justicia. Como párroco de Wörishofen, Kneipp tuvo una importante clientela que acudía para sus curaciones con agua fría.

“A los pocos años de llegar a Wörishofen, Kneipp pudo abandonar su celda del convento e instalarse en una vivienda más confortable. Con los donativos y las rentas procedentes de sus libros construyó diversos asilos para sacerdotes enfermos, niños y, por último, adultos. En los alrededores del pueblo se levantaron también sanatorios y centros privados donde se aplicaban sus métodos terapéuticos. Los remedios preconizados por Kneipp eran muy simples y estaban al alcance de cualquiera, tal como refleja su célebre libro *Meine Wasserkur* [Mi curación por el agua], donde además de exponer la técnica y las indicaciones de las curas hidroterápicas, describe las plantas medicinales de la zona y sus aplicaciones. La última parte es un informe acerca de las enfermedades más frecuentes y de los métodos terapéuticos más eficaces. La primera edición fue publicada en 1886, y desde entonces ha conocido numerosas reediciones que han contribuido a difundir sus teorías y métodos. Tras los enfrentamientos iniciales, Kneipp consiguió, por fin, el reconocimiento de los médicos y su sistema fue considerado una terapéutica médica en toda regla, acuñándose incluso el concepto de *kneippismo* para designarlo. En 1890, sus seguidores formaron una Asociación, que un año más tarde inició la publicación de una revista especializada, la *Kneipp-Blätter*”²⁰.

Los antecedentes remotos de la cura con agua se pierden en el tiempo de la historia. Dice Macavio²¹: “Moisés prescribía a los leprosos frecuentes abluciones de agua fría; Eliseo sanó de la lepra a Naaman, general de los ejércitos del rey de Siria, con los baños fríos del Jordán, ‘descendió y se lavó en el Jordán siete veces según las órdenes del hombre de Dios, y su carne se limpió y quedó como la de una criatura’ (Libro 4 de los Reyes, c.v., vers. 14). Los escitas y los medos la usaron como un medio tónico y preservativo. Los baños fríos hacían parte de los ejercicios gimnásticos en Grecia; y una ley especial los hizo obligatorios en Esparta para todos los sexos y todas las edades: pues bien los espartanos eran los más bellos, vigorosos y ágiles entre los griegos.

“En Roma hasta el año 335, el agua ha sido el remedio más universal y el agente principal de la higiene: hay que notar que los romanos conservaron hasta entonces una fuerza corporal que igualaba la grandeza de sus almas. Los

médicos griegos y romanos como Hipócrates, Asclepiades de Prusa, Prodicus, Filotas, Galeno, Musa, Charmis, Celso, Alejandro de Tralles, Rufo, Decio, Pablo de Egina, etcétera, prescribían el agua fría en muchas enfermedades.”

Otros antecedentes, más cercanos a Prietsnitz y Rausse, en los siglos XVI y XVII son los del holandés Herman van der Heyden (1572- circa 1650) y John Floyer (1649-1734). Fue este último quien, además de otras obras referidas al tema, escribió *Psychrolusia* (Londres, 1702), que fue traducida al alemán. Dice Buess²² que “en esta obra, escrita en forma de cartas, que ofrece también una orientación histórica, el autor atribuye el aumento del raquitismo a la debilitación o afeminamiento producido por haber modificado la ceremonia del bautismo, es decir, por haber sustituido la inmersión en agua fría por el derramamiento de la misma. Además de esta extraña hipótesis, la *Psychrolusia* contiene una serie de indicaciones que se basan en ideas razonables. Así, por ejemplo, Floyer prescribe también el uso de medicamentos además de la cura de agua fría y recomienda como complemento un régimen especial. En su opinión los baños de río restablecen el vigor de las fibras y expulsan la acritud del cuerpo; los baños fríos deben tomarse desde la más tierna infancia, no solamente al aire libre sino también en casa. Este libro, que contenía atractivas historias clínicas y que apareció en repetidas ediciones, no dejó de producir su efecto. Floyer abrió en Lichfield un establecimiento de baños y bebidas de aguas, en el cual fueron curados muchos enfermos por su procedimiento. Bien es verdad que algunos de sus contemporáneos y sus discípulos, entre ellos varios teólogos, llegaron en su entusiasmo a la exageración.”

A partir del siglo XVIII comienza una verdadera campaña a favor de este método de trabajo. Federico Hoffmann, catedrático de la Universidad de Hall, publicó una disertación en la cual calificó al agua de “remedio universal”, preconizándola en “enfermedades agudas y crónicas, en las fiebres ardientes, en los infartos crónicos de las vísceras y de las glándulas, en la inflamación de los riñones, en la podagra y el escorbuto, etcétera”. Su libro *De la bebida saludable de agua fría* causó tal revuelo que a partir de ese momento el uso de agua fría como método terapéutico se expandió por toda Europa “produciendo curaciones increíbles”, imprimiéndose numerosos escritos sobre la materia.

El *marketing* sobre esta terapéutica llegó lozano hasta el siglo pasado. Muchos libros se editaron indicando cómo y cuándo se debía apelar a la hidro-

terapia. En otros casos era parte de las indicaciones higiénicas de textos dedicados a las madres y sus niños. Eran los primeros meses del siglo pasado cuando circulaba con ediciones importantísimas el libro *La mujer, médico del hogar*, con el subtítulo de Obra de higiene y de medicina familiar de la Dra. Fischer-Dückelmann²³, voluminoso libro con gran cantidad de grabados donde la hidroterapia ocupa una parte importantísima, y obsérvese el hecho de que se menciona a la medicina familiar.

Tampoco se escapó nuestro país al uso del agua –en forma de chorro intenso– en los hospitales psiquiátricos (manicomios en esa época), donde los enfermos eran sometidos a ese tipo de tortura.

La homeopatía

Fue Christian Friedrich Samuel Hahnemann, que vivió entre 1755 y 1843, casi completando el siglo que le asignamos arbitrariamente al auge de las terapéuticas alternativas, un verdadero innovador de la medicina. Pero no por el método que propugnaba: la homeopatía, de la que descreemos en sus principios iniciales en forma absoluta, sino porque introdujo el concepto de la monodroga en los tratamientos.

Hahnemann comenzó sus estudios médicos en Leipzig y los finalizó –en 1779– en Erlangen. Fue un médico exitoso y, junto con un segundo casamiento ventajoso, pudo finalizar sus días millonario, a los 88 años, en París.

Las ideas fundamentales de su doctrina son las siguientes:

1. Las enfermedades o sus síntomas se curan con drogas que producen efectos similares a sus síntomas, es decir, que adhiere al axioma *Similia similibus curantur*.
2. Las drogas mantienen su efecto dinámico e incluso lo aumentan cuando son sometidas a una dilución extrema. Contraponiéndose a la ley de Avogadro, sostenía que había que diluir la droga en 99 partes del solvente, agitarla intensamente y repetir la operación durante 30 veces (en su época se ironizaba que era como querer embriagar a los pobladores de Londres tirando un barril de coñac al Támesis).
3. Teoría del *psora pruriginoso*, es decir que todas las enfermedades se manifiestan en la piel.

4. Impone el concepto de la monodroga, luchando contra los preparados donde se introducían gran número de ingredientes, tales como la recordada triaca o teriaca. Y ese es su gran logro.

Con respecto a la teoría de la dilución, es bueno recordar un hecho de mala fe que tuvo lugar hace más de una década en Francia. El físico francés Benveniste obtiene inmunoglobulina β de leucocitos basófilos, los diluye, agitando la solución como lo indica la homeopatía y encuentra que las propiedades biológicas se mantienen. La revista *Nature* publica su trabajo, pero la Academia de Medicina de Francia desconfía, convoca a dos grupos de investigadores para que repitan la prueba y comprueban la superchería.

Paschero²⁴, un reconocido homeópata argentino, reflexiona sobre lo que denomina Filosofía de la Homeopatía y, como ejemplo esclarecedor, queremos transcribir sus conceptos sobre enfermedades crónicas que sostengo que no resiste el menor análisis científico:

“1. Las enfermedades crónicas están caracterizadas por su progresión desde afuera hacia adentro y de abajo hacia arriba, y, en tanto que los síntomas pueden variar, ellos nunca desaparecen en el mismo orden de su aparición, sino en el inverso.

“2. De acuerdo con el estado de los conocimientos actuales, existen sólo tres enfermedades crónicas: psora, sífilis y sicosis.

“Estas enfermedades pueden ser activas o latentes.

“Ellas pueden presentarse en tres formas:

A.- Un miasma simple.

B.- Dos o tres miasmas coexistentes y separados, pero solamente uno en actividad cada vez.

C.- Dos o tres miasmas pueden formar un complejo y éste puede más adelante complicarse por la enfermedad provocada por una droga.

“Si dos o más miasmas forman un complejo, el remedio que le corresponda lo disociará y entonces el más activo debe ser atacado, pero para esto se requiere una máxima precaución, pues un error en el diagnóstico del medicamento puede causar de nuevo la combinación y ya nunca volverán a separarse.

- “3. Estas enfermedades crónicas frecuentemente permanecen latentes por un largo tiempo, pero pueden ser puestas en actividad por enfermedades agudas, malas condiciones de vida, pesares, etcétera.
“Estando en estado latente, sus síntomas son muy similares y el paciente puede sentirse enfermo en forma indefinida.
“Los nosodes son frecuentemente de gran servicio, racionalizando los síntomas de cada caso y permitiéndonos hallar el remedio de fondo apropiado.
- “4. Estas enfermedades son siempre tomadas en el estado en que existen en la persona infectada. Por ejemplo: la esposa de un hombre con sífilis secundaria tomará la enfermedad en este estado y no en el del chancro primitivo.
- “5. Un hombre con sífilis o sicosis puede no infectar a su esposa si ella está sufriendo de otra enfermedad disimilar, como, por ejemplo, tuberculosis, pues ésta actúa de enfermedad protectora, en consonancia con el principio de que las enfermedades disimilares se repelen.”

Entre una serie de disquisiciones, de difícil comprensión para la medicina científica clásica, Paschero menciona lo que considera “Conceptos fundamentales de la homeopatía” y, en los acápites que llevan los números 3º y 4º dice lo siguiente:

“3º) *Los síntomas*, para el homeópata, son el lenguaje con que el individuo expresa su desarmonía funcional y psíquica. La totalidad de síntomas dan la imagen del remedio similar. Esa totalidad incluye los *síntomas mentales y los síntomas generales* (reacciones a condiciones meteorológicas, al tiempo, a las funciones del cuerpo, al alimento, a las influencias psíquicas, etc., es decir, todo lo que revela *cambio, movimiento, transformación*, en el dominio de la dinámica pura de todo el individuo: *las modalidades de los síntomas particulares*, es decir, la *dinámica* de las afecciones locales del organismo: *los síntomas raros, extraños y peculiares* que carecen de explicación fisiológica, llamados “keynotes” por su singularidad; *los factores causales* como susto, pesar, humillación, vejación, enfriamiento, supresiones, etc.: las transgresiones de vida en la higiene, alimentación, sexualidad, relaciones humanas, intoxicaciones, medica-

ciones, etc.; finalmente, los síntomas patológicos indicativos de la afinidad electiva del remedio por ciertos tejidos u órganos.

“4º) *Enfermedad aguda*. Para la homeopatía la enfermedad aguda es una crisis exonerativa que, manejada homeopáticamente, debe dejar al organismo en mejor estado de salud. Si el episodio agudo no es una respuesta a la ley de curación puesta en marcha por el remedio constitucional, debe aplicarse el remedio *simillimum* del cuadro actual. Si la respuesta a la exaltación vital del remedio crónico amenaza la vitalidad del enfermo, debe medicarse, de lo contrario se dejará cumplir su curso. No deben quedar permanentes secuelas después de un tratamiento homeopático del caso agudo; las secuelas son manifestaciones del estado crónico, exaltado por la afección aguda.”

Pese a todos estos dislates que podemos eximir de todo comentario, la homeopatía mantiene su fuerza. Es probable que sea porque los enfermos le temen a los medicamentos de la farmacopea actual como ocurrió en el inicio de esta doctrina, porque a veces resulta más económico, porque no es invasiva, porque con algunas posologías horarias algunos pacientes viven pendientes de su médico y, finalmente, porque tiene una cuota de misterio.

La fitoterapia

Es tal vez la terapéutica con raíces antropológicas más profundas. La observación de los animales da motivo a que, aún en la actualidad, el hombre le otorgue valor. Habitualmente, el grueso de la población supone que, cuando gatos y perros ingieren las finas hojas de pasto están buscando purgarse. No saben que le están aportando a su dieta el ácido fólico que le escasea. Ese y muchos otros hechos no deben haber pasado inadvertidos y así el hombre apeló a las tisanas para muchos de sus males, generalmente gástricos.

Lo que es indiscutible es que la farmacopea vegetal fue la fuente donde abrevó la medicina por siglos enteros debido a que carecía de otras posibilidades²⁵.

Según testimonios de Guerra²⁶, el uso de la fitoterapia comenzó en el Antiguo Egipto como lo cita el Papiro de Ebers (circa 1500 a.C.), aunque la tradición señala como el primer tratado de esta materia al *Pen-ts'ao king*, de

alrededor 300 a.C. y donde se mencionan 375 drogas, muchas de ellas vegetales. Ya en nuestra era, cercano al primer milenio, en el *K'ai-pao Pen-ts'ao*, se describen 983 elementos, en su mayoría plantas.

Pedáneo Dioscórides primero, y luego Andrés Laguna, en el Renacimiento, se ocuparon de la terapéutica vegetal. América, recién descubierta, significó un venero para la farmacopea española. De ella se ocuparon fundamentalmente Nicolás B. Monardes y Francisco Hernández. En Brasil fue el holandés William Piso que escribió *El libro de los vegetales de Brasil*, al que nombra repetidamente el padre Pedro de Montenegro que se ocupó de la flora de las misiones jesuíticas y que escribió un libro que Trelles denominó *Materia Médica Misionera*²⁷ y editó la Biblioteca Nacional.

La fitoterapia siguió gozando de gran predicamento y las distintas regiones de nuestro país –Córdoba sobre todo– cuentan con quienes se encargan de resaltar las bondades de tal o cual vegetal que, habitualmente, se ingiere como té. Las preparaciones con manzanilla y *Aloe vera* están siendo profusamente utilizadas por la dermatología.

La revista porteña *Caras y Caretas*, que complementó las lecturas de la clase media de los diarios *La Prensa* y *La Nación*, es una muestra acabada de la vigencia –hace un siglo– de la fitoterapia. Unos pocos ejemplos serán suficientes.

En varios de sus números, como se lee en marzo de 1900²⁸, a toda página se hace referencia al compuesto de Apio de Paine y es más, aparece el testimonio del juez estadounidense L. J. Hilden que expresa “ansiaba morir” por estar afectado de asma y reumatismo y el medicamento lo curó. “Después de las primeras dosis, me sentí aliviado. Después de tomar tres botellas me volvió el apetito bueno, un sueño tranquilo y no más asma. El compuesto de Apio de Paine salvó a mi hija y a mí de una muerte segura.”

Cuando despuntaba el siglo XX, en octubre de 1901, en otro número de *Caras y Caretas*²⁹ compiten tres marcas de digestivos: el Digestivo Demarchi, el Digestivo Mojarrieta y el Elixir Estomacal de Saiz de Carlos. Todos se venden en farmacias, no nombra los componentes pero se presume vegetales y tienen una extensa gama de indicaciones: úlcera de estómago, clorosis, anemia, diarrea, estreñimiento, catarros intestinales, etc.

Unos números después, la farmacia y droguería Diego Gibson anuncia la venta de la Pepto-cocaína Gibson en sus cinco formas: ácida, con boldo, con

cáscara sagrada, neutra y con bismuto (Bismuth) también para las afecciones del estómago³⁰.

Los ejemplos de estas terapéuticas llenarían páginas y más páginas.

Quiropraxia y osteopatía

Por su aparición casi simultánea como terapéuticas alternativas las tratamos en conjunto. La quiropráctica tuvo su iniciada en Palmer y la osteopatía en Still, el primero canadiense y el segundo nacido en Estados Unidos. La base de ambos sistemas sugiere que la compresión nerviosa causada por reacomodamientos vertebrales es motivo de enfermedades. La cervicalgia, por ejemplo, en auge en este último tiempo por la función sedente y estática de la columna que ocasiona las largas horas frente a la computadora o Internet, darían la pauta de que la práctica de ambas es un acierto. Pero no siempre es así.

El mundo anglosajón (Estados Unidos, Gran Bretaña y Canadá, especialmente) tienen un gran aprecio por estas prácticas y en algunos momentos tuvieron una gran influencia social.

Andrew Taylor Still (1828-1917) estuvo dedicado a tareas agrícolas y ejerció como curandero de las tribus indígenas. Posteriormente realizó un curso en el *School of Physicians and Surgeons* de Kansas y se dedicó a la política. En 1864, su vida tuvo un cambio importante: murieron tres de sus hijos de meningitis, entonces descreído de la medicina de la época pensó que una fuerza curativa, vital, existía en sus manos al manipular la columna en la zona del dolor. Aunque comenzó con mialgias y luxaciones, pronto extendió su poder curativo a otras afecciones (tuberculosis, litiasis biliar, tumores, etc.). Los médicos se opusieron a su doctrina pero aumentó el número de sus pacientes y, 1894, fundó el *American School of Osteopathy* y dio a luz el *Journal of Osteopathy*.

Daniel David Palmer, una generación menor que Still, se estableció en Estados Unidos donde practicó el magnetismo animal. Fue un médico quien lo inició en la osteopatía y lo introdujo en las generalidades de la medicina. En una oportunidad, con sus manos, aparentemente corrigió la posición de una vértebra cervical y el paciente recuperó la audición. A partir de allí, esa manipulación reemplazó a sus pases magnéticos y denominó a su nueva técnica “la manifestación de los impulsos”. En 1897, fundó la *Palmer School of Chiropractic*.

tic, donde se graduó –en los tres meses que duraba el curso– su hijo Bartlett Joshua Palmer, quien lo reemplazó a su muerte en un accidente automovilístico. La lucha de los quiroprácticos y los osteópatas fue interminable. El mismo Daniel D. Palmer estuvo preso por ejercicio ilegal de la medicina y muchos de sus seguidores corrieron la misma suerte. El uso del título de Dr. o Doctor por parte de éstos, hizo que los médicos adoptaran el de MD o *Medical Doctor* (Doctor en Medicina).

A mediados del siglo pasado, la Asociación Quiropráctica Americana, amplió sus programas educativos con materias que, entre otras, se encuentra hasta Geriatría. No llegaron a conformar una enseñanza cercana a la de los médicos pero, en 1962, se estableció un tribunal en Estados Unidos para regular su actividad.

En la actualidad algunos médicos se han entrenado en esta práctica complementaria.

La acupuntura

Para entender esta técnica, que sus cultores no se cansan de decir que es milenaria, circunstancia que no nos parece que le otorgue brillo, es necesario remontarse a dos libros del Antiguo Imperio.

El *Ling-Chu* menciona por vez primera la disección anatómica, el tamaño de las vísceras, el *K'i* (sangre o neuma) y la de la sangre en los doce vasos. A lo largo de los 12 pares de vasos se encuentran distribuidos los 365 puntos utilizados en la acupuntura.

Es la base de la medicina tradicional. Todas las partes del cuerpo se relacionan entre sí a través del yin y en yang, de los cinco elementos y de los síntomas internos y externos, por medio del neuma y de la sangre que circulan por los vasos. La salud es la consecuencia de un equilibrio doble: exterior, entre el organismo y el medio ambiente, e interior, entre los distintos elementos del cuerpo. La enfermedad –de acuerdo con esta teoría– era debida a una obstrucción en el flujo del neuma o de la sangre, lo cual originaba el estancamiento en los vasos por encima del obstáculo y un vacío por debajo³¹.

El *Kia-Yi-King* fue escrito por Huang-Fu Mi y es el texto clásico de la acupuntura. La técnica, según el relato, consiste en introducir cierto número

de agujas muy finas de plata, oro, acero o hierro, de 3 a 24 cm. de largo para penetrar en los canales o vasos o *chin*. La punción tiene por objeto remover eventuales obstrucciones. Frecuentemente se la acompañaba de la moxibustión (de *moxa* o *mogusa* que significa hierba ardiente). Se preparaban esferas de *Artemisa vulgaris*, pulverizadas, que se aplicaban sobre determinados lugares de la piel y se quemaban con incienso.

Occidente conoció esta técnica tardíamente. “Las primeras referencias datan del siglo XVII y los cirujanos más destacados de épocas posteriores aluden repetidamente en sus obras a ambos procedimientos (la acupuntura y la moxibustión), ilustrándolos con dibujos detallados. A pesar de que la técnica y las indicaciones de han descrito con toda minuciosidad, los mecanismos de actuación no se conocen todavía con exactitud. Lógicamente el carácter exótico de estas técnicas ha actuado en muchos casos de acicate, despertando la curiosidad de los médicos europeos”³².

En la actualidad se pudo conocer que la punción de la piel despierta una descarga de endorfinas cerebrales que tienen efecto analgésico.

Resulta curioso que Sun Yat-Sen, primer presidente de la primera República China, que era médico recibido en Hong Kong, prohibió el ejercicio de la acupuntura en su país. Con la llegada de Mao al poder esta práctica fue rehabilitada como medicina popular.

En la actualidad, sobre todo con la inmigración oriental, en nuestro país es una práctica frecuente que cobra adeptos en pacientes con dolores musculares u osteoarticulares tal vez por la acción analgésica que hemos mencionado^{33, 34}.

Justo es reconocer que, en junio de 1979, la Organización Mundial de la Salud celebró un Seminario Interregional sobre Acupuntura, Moxicombustión y Anestesia por Acupuntura en Beijing, República Popular de China, donde se debatieron las “posibilidades de determinar prioridades y normas en los sectores de la práctica y la formación, el trabajo clínico, la investigación y la transmisión de tecnología en materia de acupuntura”³⁵. Se pasó lista a su empleo en diversos países y aparece una larga nómina de afecciones que pueden tratarse, entre ellas gastritis y úlceras duodenales que la ciencia, con el paso del tiempo, reveló que en su mayor parte responden a la infección con *Helicobacter pylori*.

El ayurvedismo

“Probablemente la curación y los sanadores han formado parte de la civilización india desde sus más remotos orígenes. Aunque es probable que la civilización tecnológicamente avanzada de Harappa, que surgió allá por el 3000 a.C., si no antes, tuviese terapeutas, hoy día resulta imposible saber en qué medida su oficio estaba relacionado con el Ayurveda, el sistema médico que se desarrolló a partir de los antiguos libros de sabiduría conocidos por los vedas”³⁶.

Los escritos eruditos, que no son solamente simples ensayos de contenido médico, que enseñan la doctrina del Ayurveda o medicina clásica hindú son los de Sushruta, Caraka y Bhela- Sambita³⁷.

I. *La colección médica de Sushruta*: fue escrita en los últimos siglos antes de Cristo, aunque se duda de su verdadera existencia. Su colección es, probablemente, un manual médico utilizado por una escuela que lo ha elegido como maestro. Tiene seis secciones, aunque en realidad la sexta es un libro complementario.

En la primera parte se mencionan instrumentos y técnicas quirúrgicas; se describen tumefacciones supuradas y no supuradas, las heridas y su tratamiento, las úlceras, etc. Se establecen diferencias entre los climas y sus efectos sobre la salud y, entre los medicamentos, se nombran los ungüentos, las drogas, las bebidas y algunos alimentos.

La segunda parte trata sobre la patogenia y etiología de las enfermedades. En ella se estudian las hemorroides, los cálculos vesicales, las fístulas anales, las dermatosis y la orina y sus alteraciones. Tampoco olvidan a la hidropesía, las adenopatías, las afecciones genitales, las luxaciones y las fracturas.

La tercera denota la gran observación clínica de los médicos. La inicia una embriología muy desarrollada y se continúa con un estudio de los temperamentos y una enumeración de los elementos anatómicos. Describe los *marman* o puntos vitales vasculonerviosos de la anatomía hindú, los vasos y la flebotomía.

La cuarta trata sobre la terapéutica de las enfermedades, sobre las inflamaciones y la higiene general.

La quinta es un tratado sobre toxicología en donde se mencionan diferentes clases de venenos, animales venenosos, picaduras y mordeduras.

Aunque escrita en forma muy posterior, la sexta parte completa la terapéutica de las secciones precedentes. Contienen un tratado de oftalmología, otro de otorrinolaringología y uno de ginecología dividido en dos partes, una médica y otra religiosa. También se mencionan —junto al tratamiento a emplear— enfermedades mentales a las que asignan un origen natural y otro divino.

II. *La colección de Caraka*: concuerda en líneas generales con la anterior, si bien en ésta se le concede menor importancia a la cirugía.

Resulta difícil situar históricamente las épocas de los supuestos autores de estos textos, aunque Caraka parece ser más real que Sushruta, y su existencia pudo haber tenido lugar en el siglo anterior o posterior al nacimiento de Cristo. Según algunos autores el texto de Sushruta sería posterior y más evolucionado.

El libro de Caraka trata de los preparados medicinales, de las fiebres, de la higiene y de la terapéutica en general. Estudia las enfermedades de la sangre y de la bilis, los tumores, la orina y sus alteraciones, la locura y la epilepsia. El diagnóstico juega un papel preponderante en todo este libro.

III. *La obra de Bhela-Sambita*: es el tercero de los “corpus” médicos de la India tradicional. Al igual que el texto de Caraka está dividido en 8 partes, y su identidad con éste es muy estrecha. Su redacción es muy concisa y quizá más antigua que la de aquél.

“Como causa principal de las enfermedades se considera el comportamiento licencioso del hombre, pero más adelante esto se limita a los casos cuya etiología es desconocida para el médico”³⁸.

La *enfermedad*, para el ayurvedismo, resultaba del desequilibrio de los tres *dhatu* que se traducían por perturbaciones o *dosha*. Caraka indica ochenta enfermedades producidas por el *vata*, cuarenta por el *pitta* y veinte por el *kapha*. Sus causas son: influencias climáticas, del hábitat, del género de vida, de los alimentos, de la voluntad divina y de los demonios.

Las afecciones se dividían en curables, con posibilidad de mejoría e incurables. Caraka considera a las enfermedades crónicas como incurables.

El Ayurveda admite también, como las mencionadas *Sushruta* y *Bhela-Sambita*, que las enfermedades dependen de las malas acciones y de la culpa

de las vidas anteriores y que, por lo tanto, sólo pueden ser sanadas con penitencias. Las clasifica en externas (dermatosis, hemorroides, tumores), internas (diarreas, fiebres y enfriamientos) y medias (hemiplejía, enfermedades del corazón). Esta nosología rica y variada, que muestra un progreso real en relación con el período védico, asocia los síntomas en grupos morbosos. Los síntomas aislados no son ya considerados como enfermedades.

En la medicina védica domina la idea del pecado y del castigo divino como causa de la enfermedad humana; el enfermo es un pecador contra el orden físico y moral del cosmos y la enfermedad una pena y al mismo tiempo expresión de la falta.

Consideraban que cinco sustancias formaban tanto el microcosmos como el macrocosmos: éter, viento, fuego, agua y tierra. Tres eran los más importantes:

- 1) El *viento* es el responsable de todos los movimientos del organismo.

Se presenta como soplo o corriente corporal, idéntico al que recorre el universo, conocido con el nombre de *Vata* o *Vayu*. Es seco, ligero, frío, delicado, crudo y predomina en los viejos. Su punto de partida es la base del tronco y se divide en 5 soplos o *prana*: el *udana* que circula por la garganta y el pecho y produce la palabra; el *prana* que circula por la boca y, como fuente de vida, sustenta al cuerpo (es la respiración); el *samana* que reside en el estómago e intestinos, ayuda a la digestión “soplando” sobre el fuego que los cuece; el *apana*, en la base del cuerpo, que expulsa los restos de la digestión y excreción (heces, orina, espermia) y el *vyana* que provoca la división y la circulación de los fluidos. Esta concepción es una verdadera teoría neumatológica.

- 2) El *fuego* que se presenta bajo la forma de bilis o *pitta*, que es espesa, caliente, fluida y acre; predomina en la edad madura. Comprende 5 divisiones: *pacaka* o *paktikrit* que es el fuego digestivo que cuece los alimentos; *rañjaka* que es el que enrojece el jugo orgánico *rasa* para transformarlo en sangre (que es la bilis del hígado); *sadbaka* –el fuego que realiza– que reside en el corazón determinando la memoria, la vista y la decisión, provocando los deseos; *alocaka* –el fuego que “ve”– que reside en los ojos y permite la visión y, finalmente, *bhrajaka* –el fuego que “ilumina”– que luce en la piel, que absorbe los ungüentos, etcétera.

- 3) El *agua* (*shleshman* o *kapha*) que es pesada, fría, aceitosa, dulce, estable

y flemática. Brinda fortaleza, resistencia y energía. Se halla localizada en 5 partes. *Kledaka*, reside en el estómago, ejerce las funciones del agua en todo el cuerpo y humedece los alimentos; *avalamkaba*, lo hace en el corazón, conserva el pecho, asegura la unión de la cabeza y los brazos y hace firmes a los miembros; *rasana*, está en la garganta y en la lengua, mantiene la gustación; *snehana*, ocupa la cabeza, favorece las facultades sensoriales, “engrasa” y refresca a los órganos de los sentidos y *shleshana*, habita en las articulaciones, haciéndolas flexibles y asegurando su coaptación.

“Durante la colonización británica de la India –en 1835– se dejó de financiar la enseñanza del Ayurveda en las escuelas médicas gubernamentales. En la actualidad –según Shankar y Manohar³⁹–, el país cuenta con al menos cinco publicaciones importantes relacionadas con el Ayurveda. El número de institutos de enseñanza de los SMI (Sistemas Médicos Indios) –que era de 57 en la época de la independencia– ha pasado a 120. Existen más de 100 escuelas no universitarias que enseñan Ayurveda y 24 instituciones que imparten estudios de graduado y títulos de doctorado. La capacidad anual de admisión de estudiantes de esas escuelas es de 3.882 alumnos.”

Los mismos autores citados dicen que “la actitud y las políticas favorables con respecto al Ayurveda del gobierno de la India durante el período posterior a la independencia han sido un paso necesario –pero no suficiente– hacia la revitalización de la ciencia. El problema reside en la crisis de confianza tanto dentro como fuera de la comunidad ayurvédica, por lo que ha llegado el momento de concentrar los futuros esfuerzos para hacer efectiva la revitalización”.

Hemos pasado revista a los fundamentos de la doctrina ayurvédica y se nos ocurre pensar que la India deberá aumentar el número de médicos por habitantes con los conocimientos científicos actuales para poder desterrar prácticas que han quedado en el arcano de los recuerdos.

Las flores de Bach

Algunos autores colocan este descubrimiento de Edward Bach dentro de la fitoterapia y es posible que en un afán reduccionista pueda así considerarse.

Sin embargo, como una de las últimas adquisiciones –1930– de las terapéuticas alternativas la consideraremos especialmente.

Bach nació en Gales, en 1886 recibió su título de médico en la Universidad de Birmigham (Gran Bretaña) y luego de ejercer como clínico incursionó por la homeopatía y fue cuando preparó 38 preparados naturales “no farmacológicos con propiedades curativas que poseen dos vertientes de influencia: la terapéutica y la filosófica”⁴⁰.

Basándose en el principio homeopático de la desarmonía (que corrobora en su libro *Cúrese usted mismo* de 1930), la medicina antropofísica alemana de Rudolf Steiner y la filosofía hindú desarrolla su doctrina, a la que le agrega un soplo de inspiración divina al expresar: “Ninguna ciencia, ningún conocimiento es necesario, aparte de los sencillos métodos explicados aquí, y los que recibirán mayor beneficio de este Don enviado por Dios serán los que lo conserven tan puro como es, libre de ciencia, libre de teorías, porque todo en la naturaleza es simple. Este sistema de curación se nos ha revelado divinamente.” Así sencillamente, como quería Bach, abandonaba la ciencia para abrazar la religión.

Bach preparó una solución hidroalcohólica, utilizando *brandy*, donde agregó flores de especies silvestres o naturalizadas (previamente las hirvió media hora en agua mineral).

Los principios activos que Bach encontraba en esas flores maduras también los obtenía, además de la cocción, por exposición al sol durante tres o cuatro horas para que transmitieran su “energía espiritual”.

La dilución era tal que, aún siendo tóxicas, no causaban daño y su acción era por efecto placebo.

Para Bach, la enfermedad era “el resultado de un conflicto entre el alma (espíritu, ser) y la mente (personalidad) [y] que jamás puede ser erradicada si no es por medio de un esfuerzo mental o espiritual”. Dentro de esta postura, tuvo la virtud de proponer su terapéutica para trastornos psicológicos o emocionales (ansiedad, depresión, insomnio) pero el defecto de aconsejarla para afecciones físicas que no podían aceptar esas medicaciones. En el primero de los aspectos, Bach clasificó siete grupos de males que son corregidos por distintos tipos de flores: temor, incertidumbre, desinterés, soledad, influenciabilidad, desaliento y preocupación excesiva por el otro. Por poner un solo ejemplo, en

el desaliento emplea las flores de:

1. Pino (*Pinus sylvestris*). Sentimiento de culpa.
2. Castaño dulce (*Castaña sativa*). Angustia extrema, desolación.
3. Olmo de montaña (*Ulmus procera*). Angustia por no poder cumplir.
4. Roble (*Quercus robur*). Alto sentido del deber.
5. Maillo (*Malus sylvestris*). Vergüenza de sí mismo.
6. Alerce (*Larix decidua*). Falta de confianza.
7. Sauce (*Salix vitellina*). Autocompasión y resentimiento⁴¹.

Todas estas especulaciones –hemos visto similitud en todas estas doctrinas– no resisten el análisis científico, aún el menos riguroso. Tal vez llenaron el espacio que dejó sin ocupar la despreocupación del médico por contener al paciente y, en otros momentos, otros largos momentos, la ignorancia de la misma ciencia médica que no encontraba explicación a fenómenos que, pacientemente y con gran esfuerzo, fueron desentrañándose^{42, 43}.

En oportunidad de dictar una clase de antropología médica se nos preguntó el porqué de ese despectivo tratamiento con respecto a estas terapéuticas de denominarlas marginales. Creemos que la contestación está implícita en el hecho de que en el centro de la ciencia médica está la investigación científica, básica o aplicada, es decir aquellos biólogos, físicos y químicos que en el recoleto laboratorio trabajan en forma incansable para lograr la verdad. En la periferia, en sus márgenes, todo lo que liga al hombre a la superstición, los mitos y las creencias exóticas. No existe otra causa.

BIBLIOGRAFÍA

1. Guerra F, *Las medicinas marginales*, Madrid, Alianza, 1976.
2. Guerra F, *Ibidem*.
3. *Guía práctica de las medicina alternativas*. Barcelona, Plaza & Janes, 2000.
4. Schwerz F, “Las yahomatemáticas”. *Actas CIBA*, Buenos Aires, N° 8, pp. 227-231, agosto 1938.

5. Montenegro P de, *Materia Médica Misionera*, Buenos Aires, Imprenta de la Biblioteca Nacional, 1945.
6. Spiegel H, *Hipnosis; una ayuda para la psicoterapia*. En Freeman AM, Kaplan HI y Saddock BJ, *Tratado de psiquiatría* (tomo II), Barcelona, Salvat, 1982.
7. Kaech R, "Fuentes y precursores del magnetismo animal". En Kaech R, *Mesmer y el magnetismo animal. Actas CIBA*, Buenos Aires, N° 11-12, pp. 306-312, noviembre-diciembre 1946.
8. Kaech R, "La vida y la doctrina de Mesmer". En *Mesmer y el magnetismo animal. Actas CIBA*, Buenos Aires, N° 11-12, pp. 314-334, noviembre-diciembre 1946.
9. Kaech R, *Ibidem*.
10. Kaech R, "El magnetismo animal después de Mesmer". En *Mesmer y el magnetismo animal. Actas CIBA*, Buenos Aires, N° 11-12, pp. 336-344, noviembre-diciembre 1946.
11. Kaech R, "La herencia legada por el magnetismo animal". En *Mesmer y el magnetismo animal. Actas CIBA*, N° 11-12, pp. 345-346, noviembre-diciembre 1948.
12. Laín Entralgo P, *Historia de la medicina moderna y contemporánea*, Barcelona, Editorial Científica-Médica, 1963.
13. Guerra F, *op. cit.*
14. Gröning K y Saller M, *El elefante en la naturaleza y en la historia*. Barcelona, Könemann, 2000.
15. Alfonso F, *Curso de Medicina Natural en cincuenta lecciones*, Buenos Aires, Kier, 1943.
16. Pérzola F y García Puga A, "Crónica histórica de la hidroterapia". *Historia*, Buenos Aires, 19 (N° 74): 103-118, junio-agosto 1999.
17. Guerra F, *op. cit.*
18. Macavio, "La hidroterapia", traducción del Dr. Carlos Fossati, *Revista Médico-Quirúrgica*, Buenos Aires, año 4, N° 1, 8 de abril de 1867.
19. Guerra F, *op. cit.*
20. Goerke H, *3000 años de historia de la medicina*, Barcelona, Gustavo Gili, 1986.
21. Macavio, *op. cit.*
22. Buess H, "Acerca de la historia de la hidroterapia", en *El agua*, Actas CIBA, 9-10, setiembre-octubre 1947.
23. Fischer-Dückelmann A, *La mujer, médico del hogar*, Barcelona, Maucci (4° edic.), circa 1910.
24. Paschero TP, *Homeopatía* (sin otro dato), 1973.
25. Pérzola F, *Brujos y cuasi médicos en los inicios argentinos* (2° edición), Buenos Aires, El

- guión, 2007.
26. Guerra F, *op. cit.*
 27. Pέργola F, *op. cit.*
 28. *Caras y Caretas*, Buenos Aires, Año III, N° 75, 10 de marzo de 1900.
 29. *Caras y Caretas*, Buenos Aires, Año IV, N° 159, 19 de octubre de 1901.
 30. Id., Año IV, N° 168, 21 de diciembre de 1901.
 31. Pέργola F y Okner OH, *Historia de la medicina*, Buenos Aires, Edimed, 1986.
 32. Goerke H, *op. cit.*
 33. García Soto F, “La acupuntura, un éxito en Tucumán”, *La Nación*, Buenos Aires, 31 de agosto de 2003.
 34. “Una mujer que innovó en las aulas de la UBA. Dio el primer curso de acupuntura”, *Ibíd.*
 35. “El moderno empleo de la acupuntura”, *Jano. Medicina y Humanidades (edición argentina)*, N° 1, pp. 24-35, marzo de 1981.
 36. Svoboda R, “Teoría y práctica de la medicina ayurvédica”, en *Las medicinas orientales*, Barcelona, Integral, 1995.
 37. Pέργola F y Okner OH, *op. cit.*
 38. Hemneter E, “Las pases de desarrollo de la antigua medicina india”, en *El desarrollo de la medicina india*, Actas CIBA, Buenos Aires, N° 10, 1935.
 39. Shankar D y Manohar R, “La medicina ayurvédica en la actualidad. El Ayurveda en la encrucijada”, en *Las medicina orientales*, Barcelona, Integral, 1995.
 40. Curros ML, “Terapéutica con flores de Bach: una forma de medicina alternativa”. Monografía para el Curso de Formación Docente Pedagógico en Ciencias de la Salud, Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, 2007.
 41. Rossomando F, *Homeopatía y terapias florales*, Buenos Aires, Lugar, 2001.
 42. Pέργola F, “Brujos, magos y habladores”, *Jano. Medicina y Humanidades (edición argentina)*, N° 27, pp. 30-40, mayo de 1983.
 43. Pέργola F, “Sugestión, autosugestión y charlatanismo”, *Jano. Medicina y Humanidades (edición argentina)*, N° 29, pp. 35-38, julio de 1983.

~ CAPÍTULO IX ~
 EL HERMÉTICO LENGUAJE DE LOS MÉDICOS



執令心先示雪

脹氣不消符


 北方水甚聽明東方龍神是我親
 我奉祖師勅壺遍收退南方赤眼睛
 赤眼睛
 電電電祖師令氣煞

治火眼符

La vida en sociedad requiere de la adaptación del hombre al lenguaje. Más aún, el pensamiento abstracto requiere de la simbología de las palabras. La vida gregaria, para la organización de la sociedad, precisa de lenguajes refinados: el verbal y el escrito. Hasta los insectos que viven en comunidad han desarrollado la forma de comunicarse: las abejas con su danza indicando la paralaje con el sol¹, las hormigas con la levedad del contacto entre sus antenas². Los animales más evolucionados han perfeccionado sus métodos: las ballenas lo hacen por medio de las ondas sonoras que ellas mismas emiten y se propagan a través del mar, los primates –de escalas menores al hombre– nos asombran día tras día con su capacidad de comunicación que, pacientemente, los etólogos y científicos han logrado descifrar³.

No obstante, cierto es reconocer que Benveniste⁴ no opina de tal forma y, con fundamentos lingüísticos que resulta inevitable compartir, dice que un carácter de comunicación entre las abejas se opone rotundamente a las lenguas humanas. El mensaje de las abejas no se deja analizar; tiene un contenido global, ligado a la diferencia de la posición espacial del objeto citado. Es imposible descomponer este contenido en sus componentes formadores, en sus morfemas, de manera que corresponda cada uno de estos a un elemento del enunciado. El lenguaje humano se caracteriza, precisamente, por que cada enunciado se reduce a elementos que se dejan combinar libremente según reglas definidas, es decir que un número de morfemas bastante reducidos permiten un número considerable de combinaciones de donde nace la variedad del lenguaje humano. Un análisis más detenido del lenguaje demuestra que estos morfemas, elementos de significación, se resuelven a su vez en fonemas, elementos de articulación despojados de significación, todavía menos numerosos, cuyo ensamble selectivo y distintivo suministra las unidades significantes. Estos fonemas vacíos, organizados en sistemas, constituyen el fundamento de toda lengua. El lenguaje de las abejas no permite aislar semejantes constituyentes, no reductibles a elementos inidentificables y distintivos. En conclusión, según Benveniste, el modo de comunicación empleado por las abejas no es un lenguaje sino un código de señales.

De ahí que la capacidad verbal del hombre no implique tanta importancia como habilidad –también la poseen los animales– y posibilidad para reunir, como con una red o cubriendo con un mismo manto, a los individuos de la

especie. A los hombres, los medios infinitos que le brinda la comunicación verbal, el lenguaje, les permite el conocimiento abstracto a través, como hemos dicho, de los símbolos, un fundamento que los diferencia en forma sustancial de los animales. Otro lenguaje, no verbal, mímico, puede llegar a crear una atmósfera, un clima, pero no llega a la profundidad de la palabra. La comunicación verbal y no verbal actúan en forma mancomunada para relacionarnos⁵.

Análisis de la palabra

Convengamos que “la palabra encierra dos cosas notables: 1) La representación de la idea; 2) El sonido. La Palabra, considerada como signo de idea, es en muchos aspectos la base más sólida que tiene la sociedad humana. Nada de todo lo que forma la sociedad en cuyo seno vivimos se daría si no existiera la palabra. Ella no sólo trasmite a los demás las ideas que poseemos, sino que por medio de las modificaciones que recibe, trasmite también las relaciones respectivas y recíprocas de estas ideas”⁶. A medida que la civilización avanza, la expresión de las ideas se hace más ingeniosa y se aleja de los sencillos medios naturales, concretos, generalmente pobres e insuficientes, de gran contenido emocional. La palabra, por lo tanto, tiene más importancia como expresión de ideas que como sonido.

José Martí, el prócer cubano, dirá que no es el caballo quien lleva el pensamiento sino su jinete.

Sin embargo, el sonido también tiene su importancia: hace de la palabra hablada el más importante de los lenguajes: su variedad en las formas, la posibilidad de llegar ampliamente al auditorio, su difusión a la distancia, el librar a las manos para que realicen otras tareas... Una nueva ciencia, creada en el siglo pasado, como es la comunicación, se encargaría de aportar nuevos términos en este sentido: codificador, encodificador, *feedback*, etc.

“La principal función del habla es social. Las palabras se pronuncian para que alguien las oiga y, por lo general, se escriben también para que alguien las lea. Además, los esquemas del lenguaje gráfico y oral se definen, en cierto modo, por las situaciones sociales en que se utilizan. Aun las mismas palabras, usadas en contextos diversos, no siempre significan lo mismo. Ese uso distinto del lenguaje, según la situación, ayuda a determinar los significados. El *slang* es un ejemplo

exagerado de esa dependencia del lenguaje del contexto social”⁷. El idioma de las cárceles, llamado por algunos el “lenguaje canero” –lunfardo en su expresión más hermética– puede dar origen a glosarios como el *Lexicón de 12.500 voces y locuciones lunfardas, populares, jergales y extranjeras* de Rodríguez⁸.

“La palabra, cuando es palabra de verdad, es la fuerza creadora que eleva al hombre sobre la naturaleza inhumana y bruta; el hombre es hombre por la palabra.” Y estas hermosas reflexiones de Miguel de Unamuno son tan habitualmente aceptadas que nunca nos detenemos a pensar en lo profundo e importante de este acto. Platón –dice Herrero Mayor⁹– aseguraba que “el lenguaje es un fenómeno natural como el comer o el dormir. Y como el comer y el dormir tienen sus respectivos contrastes, así el idioma –que es el modo propio de hablar de una sociedad– tiene sus gramáticas y sus licencias. En saberlas interpretar mesuradamente consiste la clave del acierto. Y en esto hay que ser platónico a medias, pues por natural que parezca el fenómeno comparado, el sueño tiene sus insomnios y el yantar sus dispepsias. Que lo digan, si no, los poetas vegetalista. Toda comida excesivamente condimentada causa pesadilla y despertar amargo”.

Vale la pena repetir la advertencia de Herrero Mayor: el lenguaje médico debe ser medido, de palabra justa y de neologismos solamente imprescindibles. Los vicios y los excesos atentan contra su belleza y exactitud y generan angustia.

Lenguaje es el conjunto de sonidos articulados con que el hombre manifiesta lo que piensa o siente. “La lingüística –dice Lyons¹⁰–, puede definirse como el estudio científico del idioma. Esta definición inobjetable dentro de sus limitaciones, es la que se encontrará en gran número de manuales y de conocidas introducciones a esta materia. El término lingüística se empleó por primera vez a mediados del siglo XIX, y muchos estudiosos actualmente dedicados a la investigación o a la enseñanza en el campo de la lingüística, dirían que la especialidad misma no tiene mayor antigüedad que el término lingüística.”

Asegura Martinet¹¹, profesor de la Sorbona, que “la lengua es una estructura. A esto se agrega la idea de función, pues una lengua es sobre todo un instrumento. Para que funcione, es necesario que tenga una estructura, es decir, que sus partes imbricadas tiendan hacia un mismo fin. El lenguaje es en principio un instrumento de comunicación que posee su propia estructura,

que le permite funcionar”. Dice Piaget¹² que “ni la imitación, ni el juego, ni el dibujo, ni la imagen, ni el lenguaje, ni siquiera la memoria (a la que hubiera podido atribuir una capacidad de ‘registro’ espontáneo comparable al de la percepción) se desarrollan y se organizan sin la ayuda constante de la estructuración propia de la inteligencia”.

Sánchez de Zavala¹³, que dedica todo un tratado a la semántica estructural, manifiesta conceptos parecidos a la mayoría de los especialistas, cuando escribe: “De este modo vemos que la investigación lingüística más afinada y de mayor profundidad hoy se dirige por sí sola hacia la idea de que el lenguaje, como actividad peculiar que es de la especie humana, es capaz de servirnos de guía para penetrar en la especificidad del hombre. Habrá quien piense que el lenguaje es la casa del ser, y el hombre su pastor, y quien admita que la esencia humana estriba en el lenguaje, así como otras muy diversas cosas al respecto, mas lo que no puede negarse es la vinculación constante entre lenguaje y ser humano, ni, con ella, la ventana que un estudio lingüístico general nos abre sobre la constitución del hombre.” Todos los fenómenos cognoscitivos e incluso la actividad motriz animal (para diferenciarla de la sensitiva en el aspecto de sentido) llevan la influencia directa de la cadena que la especie forma con la expresión oral o escrita. Si bien estas palabras desestiman en cierto modo a las expresadas por Unamuno, no dejan de atribuirle al lenguaje una importancia capital.

Resultaría redundante señalar la importancia del lenguaje en la sociedad, con todo su simbolismo, donde está insito –en el transcurso de los siglos– el valor mágico de las palabras, hecho tan caro a las primitivas civilizaciones. Octavio Paz¹⁴ escribió un inteligente trabajo sobre el tema.

Para Bühler¹⁵, “la respuesta más profunda de la conciencia interrogada es el silencio. En cambio, otros sostienen que hablar y ser hombre vienen a ser lo mismo, o que el modo de expresión del lenguaje (más exactamente, de la lengua materna) es el medio en que se nos dan y pueden manifestarse únicamente el mundo exterior y el mundo interior; por lo menos, pensar y hablar han de ser lo mismo, a saber: logos, y el pensamiento mudo, solo un hablar que no se puede oír”. El hombre es lenguaje y reacciona, incluso ante una situación premeditada, con todo su cuerpo. No puede hacerlo en forma separada, ni manual, ni verbal, ni visceralmente, y tampoco en distintas épocas. El aprendizaje se desarrolla conjuntamente: manos, laringe y vísceras.

Es tentador emitir una hipótesis del comienzo de este sorprendente hecho dentro de la escala animal. Lenneberg¹⁶, a quien citamos por su autoridad, dice que “es razonable suponer (aunque no absolutamente necesario) que el hombre de Cro-Magnon, cuya cultura material pudo no estar muy alejada de las culturas actuales más primitivas, y que tenía las características físicas del hombre moderno, se encontraba en posesión del lenguaje tal como hoy lo conocemos. No hay nada que nos obligue a considerar que su lenguaje era sustancialmente más primitivo que el nuestro o a postular una teoría del *uk-uk* (se refiere a un origen en sonidos animales simples). Es probable que los hombres de Cro-Magnon y Neanderthal fuesen criaturas hablantes. No disponemos de ningún medio para decidir si los homínidos anteriores tuvieron una forma de comunicación que no fuese de algún modo semejante a la de Cro-Magnon. Los intentos de fechar el origen de los tipos modernos de desarrollo del lenguaje parecen injustificados”.

En estos últimos años se ha esbozado una interesante teoría. Atribuye la capacidad de hablar al descenso de la laringe, hecho que impide respirar y comer a la vez, a la que los hombres no estamos capacitados como el resto de los primates. La antropología trata de dilucidar –parece que la paleontología lo confirma como hecho positivo– si el hombre de Neanderthal poseía esa propiedad. Un trabajo de investigación de un equipo internacional, según se publicó en octubre de 2007 en la revista *Current Biology*, destaca que los neandertales presentaban las mutaciones de un gen implicado en la capacidad de hablar, lo que haría pensar que ese otro antropeide, el hombre de Cro-Magnon, más cercano al *Homo sapiens* en la escala evolutiva, también tendría esa propiedad.

Las palabras u ordenamientos de palabras evocan actitudes simplemente como sonidos o bien como asociaciones de los mismos. Son de poca importancia sus efectos directos como cualidades sonoras y sólo cobran magnitud por acumulación, decantación y la sugestión que producen la rima y el ritmo. De ahí la relevancia de los efectos emocionales, concomitantes con la pasada experiencia, que no requieren rememoración para ser captados. Esos efectos emocionales no se toman en cuenta en el uso científico del lenguaje, aunque pueden estar presentes en el lenguaje médico o técnico. Su inclusión puede ser que adquiera una doble función: deberemos distinguir entre intelecto y emo-

ción. La sola mención de unas pocas palabras y la recreación de sus efectos sobre el paciente, sus familiares y aún el mismo médico pueden servir de ejemplo para este aserto: cáncer, tumor, curación, gravedad, intervención quirúrgica...

El lenguaje vocal es, dice Collingwood¹⁷, “solo uno entre muchos otros lenguajes posibles o clases de lenguajes. Cualquiera de éstos podría ser desarrollado, por una civilización en particular, en una forma de expresión emocional altamente organizada. Se imagina algunas veces que aún cuando cualquiera de estos lenguajes podría expresar emoción, el lenguaje vocal tiene una función exclusiva, o cuando menos preeminente, en la expresión del pensamiento”. El mismo autor señala la sutileza del uso preeminente de los labios en los franceses –articulación fricativa–, de la laringe en los alemanes y de los dedos en los campesinos italianos que “tienen una más larga tradición de gestos digitales controlados, que se remonta al antiguo juego *micare digitis*”.

Además del lenguaje hablado y escrito existen múltiples formas del mismo. El arte, como forma de expresión, también es un lenguaje. Pero el hecho de la escasez de signos, ante el cúmulo de sensaciones, colores fríos y cálidos que manifiestan sentimientos, texturas, estructuras, composiciones espaciales, equilibrios y concepciones psicológicas, hacen necesario que el intérprete aprecie el momento emocional o bien tenga conocimientos previos –lo cual es más enriquecedor– para entenderlo. Precisa entonces un “diccionario”, tal como lo han comprendido los autores que han escrito libros de cómo se debe apreciar una obra de arte. Las manifestaciones de la personalidad del artista deben saltar de la esfera intimista, individual, privada y personal, a la generalización, al entendimiento de la sociedad. De ahí que, como dice Hauser¹⁸, cuando se intentó un cambio de estilo se asistió al “espectáculo de un combate ininterrumpido contra ese desmoronamiento del contenido”. No por los mismos motivos que el lenguaje médico, sino como “cualquier otra forma de expresión, el arte tampoco es el inolvidable e insustituible idioma materno de la humanidad, sino un idioma dialecto de vigencia limitada”. Esa misma restricción cabe para el idioma científico, pero no en el sentido temporal –de vigencia– sino en el sentido sectorial, por estar limitado a los médicos.

“Todas las diferentes clases de lenguaje tienen una relación semejante con el gesto corporal. El arte de la pintura se halla íntimamente vinculado por la expresividad de los gestos hechos con la mano al dibujar, y de los gestos

imaginarios por los cuales el espectador de una pintura precisa sus valores táctiles. La música instrumental tiene una relación similar con los movimientos silenciosos de la laringe, los gestos de la mano del intérprete, y con los movimientos reales o imaginarios, como los de la danza, en público. Toda clase de lenguaje es, de esta manera, una forma especializada de gestos corporales y, en ese sentido, puede decirse que la danza es la madre de todos los lenguajes”, manifiesta Collingwood¹⁹.

Cada lenguaje tiene algo de obra concluida y algo de devenir constante. Una equivalencia semántica de estatismo y dinamismo. El movimiento se acelera en el lenguaje técnico, como el médico, donde un conocimiento enlazado con otro y otro más, van dando la necesidad del nuevo vocablo. “La evolución necesita a toda costa del tiempo, sin el cual ningún sincronismo psicológico madura la expresión”²⁰.

Las teorías del lenguaje

Casi todas las teorías que tratan de indagar sobre el origen del lenguaje se apoyan en el nacimiento y evolución del lenguaje infantil. Giambattista Vico estableció por primera vez en 1725, una comparación concreta entre el lenguaje infantil y el origen del lenguaje. Lo hizo en su obra *Principi di una scienza nuova d'intorno a la comune natura delle nazioni*. Luego aparecerían investigadores de todas las lenguas cuyos estudios llegan hasta nuestros días.

Chomsky²¹ considera suficiente motivo para estudiar al lenguaje el hecho de considerarlo “un espejo del pensamiento”. Su análisis permite descubrir los principios abstractos que gobiernan su estructura y su uso, principios que son universales por necesidad biológica y que derivan de las características mentales de la especie.

Una lengua humana es un sistema notablemente complejo y para una criatura humana que no estuviera dotada específicamente para esa tarea, adquirirla sería un logro intelectual extraordinario. Un niño normal adquiere el lenguaje ante escasos estímulos lingüísticos y sin necesidad de un entrenamiento especial. Una vez que lo aprende, sin gran esfuerzo, puede hacer uso de una intrincada estructura de reglas específicas con la finalidad de comunicar su pensamiento y sus sentimientos a los demás. También Bruner²² alude a la ra-

pidez y al poco esfuerzo con que el niño adquiere el lenguaje, aunque reconoce –a diferencia de Chomsky– la ayuda que recibe de los adultos y del mundo social que lo rodea.

El lenguaje es un espejo de la mente en el sentido de que es un producto de la inteligencia humana, creado en cada individuo mediante operaciones que se encuentran fuera del alcance de la voluntad o de la conciencia. Chomsky plantea una posición que en ciencia se denomina “idealizar”: consiste en retirarse del objeto de estudio –el lenguaje–, colocarse fuera de él y construir un modelo abstracto de su funcionamiento. Si se pueden abstraer los principios generales que hacen al funcionamiento del lenguaje se podrá hacer lo mismo con los principios generales del funcionamiento de la mente. Nos encontramos ante un sistema que funciona independientemente de la voluntad o de la conciencia.

“Por lo que nosotros sabemos, el primer intento de registrar la evolución lingüística infantil fue el del biólogo alemán Tiedemann (1787), motivado por su interés en iniciar la recolección de datos normativos acerca del desarrollo infantil. Un verdadero estímulo para estudios serios y cuidadosos de la adquisición del lenguaje en la infancia fue la teoría de la evolución de Darwin, que proponía la existencia de una continuidad evolutiva entre el ser humano y los animales, y el mismo Darwin contribuyó con un estudio pionero (1877), como lo hizo Taine (1877). Pero, en realidad, el verdadero fundador del estudio del lenguaje infantil fue el fisiólogo alemán Preyer con su magnífica y cuidadosa investigación (Preyer, 1882); resultado de las detalladas notas que había tomado diariamente durante los tres primeros años del desarrollo de su hijo”²³.

Todos estos casos tienen un sentido evolucionista. En el otro extremo se encontraría Federico II (1194-1250), rey de las Dos Sicilias y emperador del Sacro Imperio Romano, nieto de Federico I Barbarroja, nacido en el sur de Italia, famoso por sus desvelos intelectuales que le valieron el sobrenombre de *Stupor Mundi*. Deseoso de conocer si el idioma del Paraíso Terrenal había sido el hebreo o el arameo, colocó –según cuenta la historia– a un grupo de niños huérfanos al cuidado de nodrizas que tenían la consigna de no dirigirles palabra alguna. Al cabo de un tiempo todos los niños habían muerto. En el siglo pasado René Spitz bautizó este proceso, que ocurre durante el hospitalismo, como depresión anaclítica, que finaliza siempre con la muerte o un

grave deterioro cognoscitivo. Está determinado por el síndrome de abandono o, simplemente, por la falta de cariño que reciben estas criaturas.

Las etapas evolutivas del lenguaje serían las siguientes: luego de una comunicación prelingüística, mediante gestos, siguen las palabras monosilábicas que expresan emociones internas; a continuación palabras onomatopéyicas, denominación de hechos concretos e intuitivos y finalmente conceptos abstractos. Esos mismos, dentro del terreno de las hipótesis, podrían ser los pasos del origen y transformación del lenguaje del hombre. Vico piensa que el lenguaje originario de la humanidad fue una especie de canto. Darwin sostiene que el hombre primitivo usó su voz para cantar, pero le otorgó una connotación definida a la atracción sexual. Carlos Darwin tituló una de sus obras *La expresión de las emociones en el hombre y en los animales*, tratando de explicar, en relación con su conocida teoría de la selección natural, como la herencia habitual de los signos que caracterizan las emociones permiten la comunicación entre los hombres por una parte y los animales por otra. Resumió toda su proposición en tres principios fundamentales: 1) de la asociación de las costumbres útiles; 2) de la antítesis y 3) del instinto (puesto que el lo llama “principio de los actos debidos a la constitución del sistema nervioso, completamente independientes de la voluntad y, hasta cierto punto, de la costumbre”). En el primero de los ítems mencionado destaca la importancia o el beneficio para responder o satisfacer a ciertas sensaciones. El arrastrar ciertos estados, que son útiles, lleva a un acostumbamiento tal que vuelven a presentarse, aunque ya no ocasione el mismo efecto y aún se haga notar ante una fuerza nerviosa generada con exceso y acostumbrada a la misma respuesta, que actúa directamente sin necesidad de la vivencia de esos estímulos.

El lenguaje en el niño normal comienza tras una fase de balbuceo espontáneo que transcurre entre los seis y los once meses, pero que tiene un período anterior que se denomina “senso-motor”, en el cual todavía no tiene pensamiento ni afectividad. Es éste un momento crucial porque el desarrollo mental de sus primeros dieciocho meses de vida está íntimamente ligado a sus reacciones afectivas elementales y a las operaciones ulteriores del pensamiento. Por esa razón es de vital importancia darle la oportunidad de comunicarse con su mundo a través del fenómeno verbal, ya que depende del mundo social y ambiental que lo rodea.

La educación es necesaria para el paso del lenguaje explícito al implícito. Entre los tres y los cuatro años conoce un único lenguaje para pensar acerca del mundo, de sus habitantes, de las cosas y es de forma explícita. En ese momento, los adultos, con la educación, comienzan a corregirlo para que surja el lenguaje implícito y, con él, el proceso subvocal.

Existen adultos que continúan leyendo o pensando en forma explícita, es decir, no pueden dejar de gesticular, mover los labios o articular la palabra en forma exagerada. Naville²⁴ expresa que “el pensar abarca el uso subvocal de cualquier clase de lenguaje: por ejemplo, la repetición implícita de una frase o de un verso, soñar despierto, la formación de proposiciones en términos lógicos, la conversación sobre los acontecimientos de la jornada, la programación implícita del día siguiente o el comentario de las situaciones contradictorias de la vida”.

Si los argumentos teóricos fueran pocos para señalar que el hombre es hombre por la palabra, por su lenguaje, abundarían los ejemplos prácticos para hacerlo. En la internación de los niños menores de dos años, en aquellos aquejados por el síndrome de abandono u hospitalismo al que hemos hecho referencia, por el descuido de sus padres de un elemento indispensable de la crianza: el afecto, se observa gran retraso motor, social y también auditivo. No se comunican con sus semejantes, no caminan aunque puedan mantener la bipedestación y no hablan. Si el tratamiento es precoz pueden, con dificultad, equipararse a los niños normales. Si el descuido persiste, el mal se hace irreversible y termina en la idiocia.

Las numerosas historias de “niños-lobos”, como la mitológica figura de Rómulo y Remo, criados por animales o que han sobrevivido en bosques, no admiten un razonamiento crítico, pero serían un buen ejemplo del retraso en el lenguaje. Cuando se pudo constatar un hecho de esta naturaleza, los niños presentaban un profundo grado de incapacidad mental que parecía congénita.

El lenguaje no se desarrolla en el niño hasta que no alcanza un crecimiento determinado: la maduración y una capacidad aparentemente autoprogramada propician su aparición y su perfeccionamiento entre los dos y los tres años. Su habilidad básica, esa posibilidad de repetir lo que adquirió en los primeros meses de vida, le permitirán emitir nuevas palabras. La capacidad de aprendizaje del lenguaje primario no es la misma en el tiempo que va de la niñez

a la senescencia. Los programas intensivos para la adquisición de lenguajes efectuados en niños no han incrementado el mismo en forma ostensible. Esa maduración, donde va lateralizándose –hemisferio cerebral izquierdo en su mayoría– la función cerebral, es paulatina.

La teoría de la recapitulación –de principios de siglo pasado– estableció paralelos entre la ontogenia y la filogenia. La relación evolutiva del lenguaje y los juegos de los niños con toda la historia de la humanidad logró firmes argumentos. Jaspersen emite dos especulaciones: la del desarrollo de la palabra a partir de la exclamación expresiva de los sentimientos y la de la imitación de los sonidos de la naturaleza. Hace, además, una extraordinaria observación con dos gemelos de cinco años de edad, criados por su abuela sorda que apenas habló con ellos. Ingresados a un asilo, llamaron la atención al hablar entre sí en un lenguaje totalmente incomprensible para el resto de las personas. Cuando aprendieron el danés –sin olvidar su particular lengua– Jaspersen supo hacerse traducir por los niños su propia jerga, compuesta por palabras inventadas y otras con raíces danesas muy alteradas²⁵. Con esta observación hubiera quedado satisfecha la observación de Federico II: el hombre es capaz de inventar su propio lenguaje.

Similar origen tuvo la jerga –de raíces inglesas– que conformaron los habitantes de la isla Pitcairn. Estando deshabitadas, en 1790, desembarcaron nueve amotinados del buque inglés *Bounty* con seis hombres y doce mujeres de Tahití. En una década, luego de asesinarse mutuamente los ingleses y los tahitianos, quedó un solo sobreviviente varón –inglés– con ocho o nueve mujeres y varios niños. Cuando ocho años más tarde la isla es redescubierta, las vallas geográficas y la particular evolución lingüística habían hecho que esta escasa población modulara un idioma ininteligible, aún para los propios ingleses.

La lingüística moderna ha perfeccionado los métodos de sus estudios y su técnica merced a los adelantos científicos, siguiendo la ruta de las lenguas a través de los continentes^{26, 27, 28}.

Otros hechos de aislamiento –por necesidad, al acumularse los conocimientos– han motivado la predicción de que en el futuro dos lenguas dividirán al mundo: la científica y la no científica²⁹.

Toda esta extensa introducción tiene por objeto resaltar la importancia del lenguaje en la comunicación, sobre todo, del médico con el paciente, en virtud

de que la especialización –en todas las disciplinas– modifica el idioma y establece una valla entre los interlocutores.

El origen del lenguaje médico

El nacimiento del lenguaje médico es como el de cualquier otro idioma técnico. “La formación del lenguaje –dice Proudhomme³⁰– supone la designación de cada objeto al que un hombre está unido. La definición de las cosas ha sido necesariamente posterior a su designación. Los objetos físicos se han designado fácilmente por el gesto, y en este caso el acuerdo sobre la denominación de las cosas percibidas se ha establecido con facilidad.

Pero cuando se trató de designar los objetos morales, es decir, los fenómenos del pensamiento y del sentimiento, la nominación directa no era ya tan fácil. Se podía muy bien por el grito, el suspiro, las lágrimas, la risa y los gestos que los acompañan expresar ciertos estados morales, el dolor y la alegría en general; pero una infinidad de pasiones y de emociones delicadas y complicadas permanecían sin designación directa. Ha sido preciso que, situando ciertas circunstancias favorables a los dos interlocutores en condiciones morales idénticas, hubiese creación simultánea del signo verbal, y este signo fuese naturalmente tomado de la nomenclatura ya hecha de los objetos físicos y de las percepciones que a ellos se refieren.

Los médicos nos ocupamos de prevenir las enfermedades y tratar de curar los trastornos de salud de nuestros congéneres, buscando remedio para diversos padecimientos. Las alteraciones se reconocen por los síntomas que expresa el paciente y los signos que recogemos como observadores y exploradores del cuerpo y la psiquis. Otros datos –que solamente tienen importancia indirecta aunque pueden resultar indispensables para el diagnóstico– implican recurrir a métodos y técnicas de imágenes y laboratorio.

Cuando la experiencia supera los límites de la oportunidad individual se hace necesario, como finalidad de referencia y comunicación, aceptar el hecho de que, en diferentes personas, ocurren y vuelven a presentarse grupos similares de alteraciones de la salud que forman referencias generales respecto de esos grupos similares. Estas constituyen conceptos de enfermedad y se simbolizan con nombres. A medida que pasa el tiempo y se extiende el ámbito y la

complejidad se hace preciso revisar el grupo de referentes. Se halla implicada entonces la simbolización y es necesario inventar un nuevo símbolo, una nueva palabra, y en ocasiones conservar la denominación anterior para un solo grupo de los anteriores referentes.

Es indispensable distinguir entre la lengua literaria y la lengua natural. La primera, de la que deriva la escritura científica, se mantiene —una vez formada— más o menos estable, puesto que trata de no apartarse de la letra escrita. Los términos que se suceden en el tiempo, a través de la evolución de la civilización, son estudiados por la lingüística diacrónica. Saussure³¹ dice que “la inmovilidad absoluta no existe; todas las partes de la lengua están sometidas al cambio; a cada período corresponde una evolución más o menos considerable. Esta puede variar de rapidez y de intensidad sin que el principio mismo quede invalidado; el río de la lengua fluye sin interrupción y que su curso sea apacible o torrencioso es una consideración secundaria”.

El lenguaje escrito del médico difiere de aquel del escritor. El médico publica como medio de informar a sus colegas un descubrimiento, un hallazgo o la formulación de una estadística. Hasta la firma del trabajo difiere del literario: a menudo sólo cuentan las iniciales del nombre y el número de colaboradores puede ser elevado. Viene a cuento en este momento una irónica referencia de Herrero Mayor³². “Los nombres de pila abundan en nuestra onomástica y en literatura. No se podría decir, verbigracia... de Urquiza, sin el Justo José, ni... de Estrada sin el Juan Manuel. Alguna vez se dudó de Joaquín V. (Venancio o Víctor) González y de José S. (Santos o Sixto) Álvarez, a causa de la omisión de la escritura del segundo nombre, sustituido en radiofonía por una simple letra. Recuerdo una travesura periodística: ‘Ayer el doctor MarcelinoTe de Alvear conversó con el general Agustín PeJusto’.”

Cuando se descubre una nueva enfermedad o la verdadera naturaleza de una ya existente aparece el neologismo. Lo que hace al lenguaje médico herético es solamente un simbolismo necesario.

El lenguaje médico reconoce un prístino origen. Independientemente de las probabilidades de autenticidad —en el sentido de agregados muy posteriores a la vida del médico de Cos—, las obras hipocráticas dan lugar a gran cantidad de términos médicos. Modelo interesante del valor de la palabra como elemento de cultura es el hecho de que los escritos hipocráticos están redactados en dia-

lecto jónico. Es notable, puesto que Cos y Cnido fueron invadidas y gobernadas por los dorios. El prestigio intelectual de las colonias jonias era tan grande que su idioma era considerado ejemplo de elegancia y sabiduría³³.

“Instrumento y lenguaje pertenecen –dice Bühler³⁴–, según es sabido, de antiguo a lo más humano del hombre: el *Homo faber* utiliza cosas elegidas y transformadas como instrumentos, y el *zoon politikón* introduce el lenguaje en el trato con sus semejantes. Es posible y se está realizando una interpretación más profunda de esta simple sabiduría, desde la antropología física y psicológica. En la serie de los cultivadores de la anatomía comparada fue Charles Bell, el genial fundador de nuestro conocimiento de la estructura del sistema nervioso central, el primero que remató y coronó su consideración comparativa de los órganos con una teoría fundada biológicamente de la expresión humana. De acuerdo con su estructura corporal entera, el hombre está destinado al instrumento y el lenguaje”. Las armas y las palabras que el médico utiliza. El instrumento del cirujano y el lenguaje del clínico, como tantas veces se manifestó. A medida que la técnica hace más y más compleja la ciencia, cuando irrumpe la tecno-ciencia, el instrumento se perfecciona y la palabra evoluciona. En su crecimiento ininterrumpido la cultura multiplica las disciplinas intelectuales: se hace frondosa y requiere de esa maraña de nombres técnicos.

“El lenguaje es una creación perpetua, lo que se expresa una vez con la palabra no se repite más que como reproducción de lo ya producido; las siempre nuevas impresiones dan lugar a cambios de sonidos y significados, o sea, a expresiones siempre nuevas. Buscar la lengua modelo es, entonces, buscar la inmovilidad del movimiento. Cada uno habla y debe hablar, según los ecos que las cosas despiertan, es decir, según sus impresiones. Con razón el más convencido partidario de cualquier solución del problema de la unidad de la lengua (de la lengua latinizante, o del siglo XIV, o la florentina, o de cualquier otra) no se atreve a aplicar su teoría cuando trata de comunicar sus pensamientos o de hacerse entender por los demás”³⁵.

Loudet³⁶ efectúa el siguiente resumen: “El lenguaje técnico tiene particularidades absolutamente independientes del lenguaje ordinario, común o vulgar, aunque su trama fundamental subsiste siempre”. Los lenguajes técnicos tienen una fisonomía distinta. Señalan algunos autores que “no es igual un lenguaje relativo a los objetos reales que otro que se refiere a los objetos ideales; no se

puede examinar del mismo modo el lenguaje como instrumento científico y el lenguaje como función social”. Respecto a la clasificación del lenguaje en cognoscitivo y en emotivo, los primeros son llamados también enunciativos y referenciales, y los segundos designados como evocativos. Quienes así lo hacen sostienen que los lenguajes cognoscitivos son lo que luchan por lo que es o lo que no es o si una proposición es verdadera o falsa. Los lenguajes emotivos representan simplemente el acontecer psíquico de un sujeto y por eso no puede deducirse de sus proposiciones si son verdaderas o falsas. ¿Cuáles son los ejemplos de ambos? Las ciencias pertenecen a los primeros y los lenguajes poéticos a los segundos. Sin embargo, existen metáforas de hechos científicos que traducen imágenes poéticas que los embellecen. Esto nos lleva a la concepción del lenguaje reversible, como señala Ferrater Mora. Los irreversibles están compuestos por expresiones cuyo orden no puede ser alterado sin que se modifiquen los modos de su expresión. El lenguaje poético es un ejemplo de reversible.

Las líneas divisorias –entre uno y otro– no son estrictas y son violadas con facilidad. Hay términos ocurrentes que llevan más de poético que de científico, como eso de llamar *cubomanía* a la pasión por el juego y *cibofobia* (de *cibo*: cebo) al rechazo anormal del alimento³⁷.

Alonso Schökel³⁸ dice que “una lengua es un sistema vivo que ordena. A ella han colaborado los hombres y los siglos”. Todavía le otorga un mayor alcance cuando expresa que “una lengua es un cosmos” o bien que “el que habla una lengua, piensa en esa lengua y vive en esa lengua”.

Bratosevich y Rodríguez³⁹ clasifican el lenguaje con un concepto social y según el prestigio cultural de esta forma:

1. *Lengua culta*: usada por los hombres idiomáticamente cultivados. Ponen como ejemplo los cambios que se suceden según los pueblos y hacen hincapié en el seseo (igual pronunciación de la s, la c y la zeta), que se considera culto en América y mal mirado en España. También mencionan la s final de los santiagueños (no aceptada en Buenos Aires).
2. *Lengua vulgar*: usada por personas de poca cultura (*nadies* por nadie, *bronca* por rabia, *pior* por peor).

3. *Lengua rural*: como es obvio, hablada en los medios rurales (*mareao* por mareado, *tirao* por tirado, *sejo* por sesgo).
4. *Lenguas específicas de determinadas profesiones*: médica, militar, forense, comercial, de la lingüística, del deporte, de la germanía.

La trayectoria de las palabras médicas

El nudo gordiano del lenguaje médico podría situarse en Gondishapur. La secuencia histórica es la siguiente. La Iglesia entra en guerra contra el paganismo. Los perseguidos se convierten en perseguidores, los torturados en torturadores, las víctimas en victimarios. Aunque Nestorio de Constantinopla –de origen persa– persigue ferozmente a los arrianos de su ciudad natal, a los macedonios de Helesponto y a los cuatrodécimanos de Asia, Lidia y Caria, no puede escapar –a su vez– a la persecución del patriarca San Cirilo, a raíz de desafortunadas expresiones vertidas sobre la Virgen María. Los nestorianos son excluidos, finalmente, de los grupos religiosos y se dedican al arte de la curación. Emigran al norte de la Mesopotamia, a Edessa –ciudad asiria, babilónica e israelita–, primitivamente hitita. También se encaminan a Nisibis. Un eremita sirio, luego San Efraín, que comía frugalmente alimentos vegetales y se vestía con harapos, construye el primer hospital de Edessa. Rabbula, hijo de un sacerdote pagano y de una cristiana, que se convierte tardíamente al cristianismo y abandona a su familia, funda una enfermería exclusiva para mujeres sobre las ruinas de los templos paganos. Serían éstos los primeros hospitales del mundo fundados por los cristianos⁴⁰.

En virtud de su importancia científica, Edessa llegó a ser considerada una nueva Atenas o una nueva Alejandría. La medicina adelanta con los nestorianos y cesa de hacerlo cuando el obispo Cirilo de Alejandría sugiere al emperador Zenón, sin equivocarse, que éstos eran los mismos que decían que María era la madre de Cristo, no de Dios. Sobre los escombros de la escuela nestoriana de medicina se dedicó un templo a honrar a María, madre de Dios.

Expulsados de Edessa, los nestorianos se refugiaron en Persia y en la escuela médica de Gondishapur, que sería el vínculo entre Oriente y Occidente. Cabades y su hijo y sucesor, Cosroes, los admitieron –a pesar de su condición

de herejes— y este último fue quien, en un tratado de paz con Roma, consiguió que estos neoplatónicos griegos pudieran vivir sin zozobras en el imperio sasánida⁴¹.

Cuando en el 838 los árabes se apoderaron de Gondishapur respetaron a estos colegios de clérigos. Su fanatismo no fue el que triunfó en Alejandría. A estos hospitales cuidados por sacerdotes acudían estudiantes y médicos griegos, sirios, persas, judíos e hindúes. Allí se leían Aristóteles, Euclides, Porfirio y Plotino, Ptolomeo, Hipócrates, Galeno, Dioscórides y otros más, y se los traducían a diversos idiomas. Empiezan a conformarse los diversos términos médicos...

Los herejes de Nestorio salvaron a la cultura de Occidente. Las palabras médicas surgieron de esta conjunción de conocimientos orientales y occidentales. Valga como ejemplo *El libro de Farmacia o Farmacopea o Kitab al-Saydanah* del árabe Al-Biruni, quien presenta las especies vegetales curativas por orden alfabético y, además de su nombre árabe, agregó 900 palabras persas, 700 griegas, 400 siríacas y 350 indias. En esta obra inconclusa, quien fuera un sabio eminente e ignorado por Occidente⁴² citó a Dioscórides, Galeno y Aristóteles. Su tarea estaba facilitada por el dominio de las lenguas, persa, árabe y del dialecto jwarizmiano.

El *Canon* de Avicena se imprimió durante tres siglos, 29 veces en latín. El *Colliget* de Averroes, donde se reúnen los trabajos de Nicómano, Galeno y Avicena, fue traducido al latín por Bonacosa, judío de Padua, en 1255.

En definitiva, el lenguaje médico nace con los traductores. Los médicos de la época que traducían estos escritos trabajaban con lenguas complicadas, llenas de arcaísmos y tecnicismos. Los neologismos surgían por necesidad. El latín medieval, lengua fundamentalmente eclesiástica, no facilitaba —por la escasez de términos— una traducción adecuada. Se copiaban literalmente las palabras árabes y hebreas que hicieron que Europa adquiriera un vocabulario con términos químicos, astronómicos, matemáticos y médicos que han perdurado hasta nuestros días⁴³.

El origen múltiple de la medicina favoreció que todos los pueblos aportaran un granito de arena para la base gramatical de sus palabras técnicas.

En la escuela de Salerno se radicó hacia 1060 Constantino el Africano, hombre ilustradísimo nacido en Cartago. Transmitió la ciencia árabe a Occi-

dente y por ella el pensamiento griego. Polígloto y humanista, tuvo enorme fortuna con las traducciones: sus versiones de textos árabes, griegos y bizantinos ensancharon los horizontes de la medicina de la época y en la escuela salernitana se desarrolló una literatura médica genuina. En el siglo XIII el desenvolvimiento de la traducción se situó en Sicilia. Federico II, *Stupor Mundi*, que ya hemos mencionado, que dominaba varias lenguas, la alentó con fervor de intelectual.

Tiempo después, el lenguaje científico médico trató de adoptar un solo idioma: el latín. La obra de Guillermo Harvey sobre la circulación de la sangre apareció escrita en latín en 1628 y casi un siglo después en su idioma vernáculo: el inglés. Esa forma de comunicación entre los médicos y entre éstos y los farmacéuticos, a través del latín, hizo que Sournia⁴⁴ llamara a esta lengua “madre castradora”. Como es de suponer, cuando el médico se dirigía al enfermo lo hacía en su propio idioma.

Dos factores de poder coligados trataban de mantener la supremacía del latín: la Iglesia y la Universidad. La Iglesia consideraba que –en Francia, por ejemplo– la difusión de *La Biblia* al francés y la difusión de los escritos de Calvino en ese idioma llevarían al pueblo a la herejía. Aunque esta actitud no era unánime en el clero se vio reforzada por la Universidad, que era categórica: debía proscribirse el uso del francés en los textos médicos. Un hombre inculto al punto de ignorar el latín no podía ser capaz de cuidar la salud de sus contemporáneos. Se aducían además razones de pudor para mantener ese lenguaje hermético para el resto de la población. Sournia cree que detrás de esto se escondía una situación de privilegio que querían mantener los médicos. Estos constituían un cuerpo social cerrado que los hacía llegar, poco a poco, a la nobleza.

Pero el mismo poder real se opuso tenazmente a esta situación. Francisco I promulgó un edicto por el cual todos los actos de la justicia de Francia –que hasta ese entonces eran relatados en latín–, lo fueran en francés, en un afán de unificar y reivindicar el idioma galo para la cultura. A fines del siglo XVI apareció en Francia un periódico médico en ese idioma: *El diario de los sabios*; mientras que en Inglaterra lo hizo –en inglés– *Las transacciones filosóficas*. Alemania permaneció por mayor tiempo fiel al latín, idioma en que aún ven la luz las *Actas eruditorum* en 1862 en Leipzig. De todas las ciencias fue la medicina

la que más tardó en abandonar para siempre el latín.

De ahí en adelante —por una verdadera “helenomanía”— todas las voces médicas tuvieron raíces griegas. En la actualidad, por un proceso de aculturación y por el avance tecnológico de los anglosajones, los neologismos tienen ese punto de origen. Peor es que se copien las siglas de las palabras compuestas de los términos químicos o médicos (se mencionaba el síndrome de inmunodeficiencia adquirida como *aids* en lugar de sida o HIV en lugar de VIH). El infarto agudo de miocardio es IAM y aquí, felizmente, la sigla tiene la nomenclatura española. Ejemplos de este tipo son cada día más frecuentes: *ulcus* (por úlcera), *vena cava* (que significa hueca), *stroke* (por accidente encefalovascular), *by pass* (por puente).

Se calcula que el lenguaje médico tiene más de 40.000 palabras^{45, 46}. Pero no debemos olvidar que el lenguaje es una estructura viva y la literatura anglosajona que nutre la bibliografía médica impone sus modas y sus palabras. A medida que los conocimientos científicos avanzan y nuevas drogas farmacéuticas irrumpen en el mercado de la salud, el lenguaje médico será más y más hermético, distanciándose del lenguaje vulgar pero también del lenguaje culto⁴⁷.

BIBLIOGRAFÍA

1. Webster B, “Observaciones sobre la danza de las abejas”, *La Nación*, Buenos Aires, 20 de diciembre de 1979.
2. Gallardo A, “El instinto de las hormigas”, *Revista de Filosofía*, Año I, N° 4, julio de 1915.
3. Patterson F, “Conversation with gorilla”, *National Geographic*, 154 (N° 4): 438-465, octubre 1978.
4. Benveniste E, *Problemas de lingüística general*, México, Siglo XXI, 1982.
5. Pérgola L y Pérgola F, “El lenguaje médico”, *Geriatría Práctica*, 2 (N° 9): 3-15, 1992.
6. López VF, *Curso de Bellas Letras*, Santiago de Chile, Imprenta del Siglo, 1845.
7. Smith KU y Smith WM, *La conducta del hombre*, Buenos Aires, Eudeba, 1963.
8. Rodríguez AE, *Lexicón e 12.500 voces y locuciones lunfardas, populares, jergales y extranje-*

- ras, Buenos Aires, Ed. Policial, 1989.
9. Herrero Mayor A, “El escritor ya la palabra”, *La Nación*, Buenos Aires, 30 de agosto de 1964.
 10. Lyons J, *Nuevos horizontes de la lingüística*, Madrid, Ed. Alianza Universidad, 1975.
 11. Martinet A, *Temas candentes de hoy*, Buenos Aires, Emecé, 1975.
 12. Piaget J, *Psicología del niño*, Madrid, Morata, 1977.
 13. Sánchez de Zavala V, *Hacia una epistemología del lenguaje*, Madrid, Alianza Universidad, 1972.
 14. Paz O, “Hablar en lenguas”, *La Nación*, Buenos Aires, 7 de febrero de 1982.
 15. Bühler K, *Teoría de la expresión*, Madrid, Alianza Universidad, 1980.
 16. Lenneberg E, *Fundamentos biológicos del lenguaje*, Madrid, Alianza Universidad, 1975.
 17. Collingwood RG, *Los principios del arte*, México, Fondo de Cultura Económica, 1960.
 18. Hauser A, *Fundamentos de la sociología del arte*, Madrid, Guadarrama, 1970.
 19. Collingwood RG, *op. cit.*
 20. Herrero Mayor A, “El lenguaje, creación del espíritu”, *La Nación*, Buenos Aires, 22 de noviembre de 1964.
 21. Chomsky N, *Reflexiones sobre el lenguaje*, Barcelona, Planeta, 1984.
 22. Bruner J, *Acción, pensamiento y lenguaje*, Madrid, Alianza Psicológica, 1984.
 23. Lyons J, *Ibidem.*
 24. Naville P, *La psicología del comportamiento*, Madrid, Guadarrama, 1970.
 25. “La palabra en medicina”, *Documenta Geigy*, Basilea, Suiza (sin fecha).
 26. Bellwood P, “La dispersión austronesia y el origen de las lenguas”, *Investigación y Ciencia*, N° 180, p. 68, setiembre de 1991.
 27. Gamkrelidze TV y Ivanov VV, “La protohistoria de las lenguas indoeuropeas”, *Investigación y Ciencia*, N° 164, p. 80, mayo de 1990.
 28. Renfrecó C, “Origen de las lenguas indoeuropeas”, *Investigación y Ciencia*, N° 159, p. 82, diciembre de 1989.
 29. “Biología de las palabras”, *MD en español*, Vol. VII, N° 4, abril de 1969.
 30. Proudhomme S, *La expresión en las bellas artes*, Buenos Aires, Joaquín Gil Editor, 1954.
 31. *Saussure y los fundamentos de la lingüística*, Buenos Aires, Centro Editor de América Latina, 1976.
 32. Herrero Mayor A, “El escritor y la palabra”, *La Nación*, 21 de mayo de 1964.
 33. Sartón G, *Historia de la ciencia* (tomo I), Buenos Aires, Eudeba, 1965.

34. Bühler K, *Teoría del lenguaje*, Madrid, Alianza Universidad, 1979.
35. Croce B, *Estética*, Buenos Aires, Nueva Visión, 1962.
36. Loudet O, *Filosofía y medicina*, Buenos Aires, Emecé, 1977.
37. *Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas* (9º ed.), Barcelona, Salvat, 1966.
38. Alonso Schökel L, *La formación del estilo*, Santander, Sal Terrae. 1957.
39. Bratosevich N y Rodríguez SC de, *Composición*, Buenos Aires, Guadalupe, 1972.
40. Pégola F, *Metodología del trabajo médico y científico*, Buenos Aires, Edimed, 1986.
41. Pégola F y Okner OH, *Historia de la medicina*, Buenos Aires, Edimed, 1986.
42. Gotthard S, "Al Biruni, el sabio que Occidente ignoró", *Investigación y Ciencia*, Nº 301, pp. 76-83, octubre 2001.
43. "Traducción y ciencia", *MD en español*, Vol. VIII, Nº 8, agosto de 1970.
44. Sournia JC, "Pour une histoire du langage medical", *La Presse Medicale*, París, 75 :18, 1967.
45. Ruiz V, *Lenguaje médico*, Buenos Aires, Médica Panamericana (sin fecha).
46. Fishbein M y Pi-Sunyer J, *Normas de literatura médica*, México, La Prensa Médica Mexicana, 1954.
47. Pégola L y Pégola F, *op. cit.*

~ CAPÍTULO X ~
UN HORROR TERAPÉUTICO: LA SANGRÍA



Se puede pensar, con cierta razón, que este tema está más relacionado con la historia de la medicina que con la antropología médica. Sin embargo, de su análisis, llegaremos a conclusiones importantes sobre la evolución de las ciencias terapéuticas. En principio, sostenemos que la sangría fue –durante mucho tiempo– una terapéutica alternativa que sirvió para demostrar fehacientemente que cuando se comprueba su inoperancia o su falacia o el daño que ocasiona cae en el desuso y en total descrédito. Suponemos que, tarde o temprano, todas las terapéuticas alternativas que no puedan demostrar bondades curativas seguirán el mismo camino.

En el primer capítulo hemos mencionado lo difícil que resultaba definir con claridad el término salud. Es el momento de hablar de una palabra con que más de una vez se designó el quehacer del médico clásico: alópata. Volquemos nuestra mirada sobre el término alopatía. Según el *Diccionario de la Lengua Española* (edición 2001) es la “terapéutica cuyos medicamentos producen en el estado sano fenómenos diferentes de los que caracterizan las enfermedades en que se emplean”. Tal galimatías, huérfanos de entender, nos lleva a los diccionarios especializados. El *Diccionario de Ciencias Médicas “El Ateneo”* en su novena edición de 1992, dice que es una “designación errónea del sistema médico y quirúrgico corriente”; y como segunda acepción el “método terapéutico que consiste en un tratamiento heroico en que se deben inducir en el paciente efectos violentos, distintos de los que produce la enfermedad”. Tampoco nos satisface totalmente y recurrimos al *Diccionario Médico Ilustrado de Melloni* (segunda edición en castellano de 1995), donde con definición parecida agrega una frase importante: “Método terapéutico que utiliza tratamientos heroicos de efectos violentos. En forma incorrecta se llamó alópata al médico graduado en las facultades autorizadas”. Finalmente, el *Diccionario Enciclopédico de Medicina Jims* (de 1980) dice que es una “doctrina fundada en el aforismo hipocrático *contraria contrariis curantur*”, con lo cual nos da la pauta de su oposición a homeopatía (*similia similitus curantur*).

La sangría, no cabe ninguna duda, es un tratamiento heroico de efectos violentos (no obstante, veremos que en la actualidad se la utiliza racionalmente) pero de ninguna manera se opone o es contraria a las características de la enfermedad que tiene múltiples facetas.

El porqué la consideramos un tipo de terapéutica alternativa es por su uso

indiscriminado, por la ausencia de motivos para su utilización, porque significó la expoliación de un tejido noble que empeoró la situación de miles de seres humanos durante más de 2000 años.

¿En qué consiste la sangría? Diversas etnias y desde la más remota antigüedad han recurrido a la extracción de sangre por los más diversos procedimientos con la idea de curar las más diversas afecciones. La piel y las mucosas, a veces a través de las mismas venas, fueron los lugares a los que accedió el curador para su procedimiento. Convendría reservar el término flebotomía cuando se trata de venas.

La sangría antes de Hipócrates

Sobre los orígenes de esta práctica podemos citar –lógicamente sin dar fe por ninguna de ellas– dos inicios: el mitológico y la observación biológica.

No existen referencias sobre la sangría ni en el Antiguo Egipto ni en el Antiguo Testamento pero estas aparecen en la mitología griega. Quirón, según los escritores antiguos fue el primero en practicar la sangría. Personaje importante de la mitología griega para los médicos porque su discípulo fue Asclepios, hijo de Apolo y de Corónide y padre de Macaón y Podalirio. Este último, huyendo del incendio de Troya, fue arrojado por un temporal hacia la costa del Mármara. Salvado por un pastor fue conducido ante la presencia del rey Damoete, cuya hija Sirmia se hallaba gravemente enferma a consecuencia de una caída. Ninguno de los médicos de la corte lograba mejorarla, hasta que Podalirio practicándole flebotomía en ambos brazos, con una abundante sangría, le salvó la vida. Así obtuvo por parte del rey su hija como esposa y más tarde el trono. Este relato fue tema de controversias.

Entre idas y venidas de esta poblada lista de nombres mitológicos, como recuerda Robert Graves¹, Apolo tuvo su desencuentro con Zeus “cuando su hijo Asclepios, el médico, tuvo la temeridad de resucitar a un muerto, y robarle de este modo un súbdito a Hades; naturalmente Hades presentó una queja ante el Olimpo, luego Zeus mató a Asclepios con un rayo, y Apolo para vengarse, mató a los Cíclopes”.

Igualmente increíble resulta la versión biológica del inicio de la sangría. Expresa Castiglioni²: “Plinio fue el primer escritor que atribuyó al hipopótamo el

origen de la sangría. Según él, este animal, cuando se siente enfermo, se dirige a la orilla del río y, acercándose a una gran rama de árbol o a una piedra aguda, se abre la vena del pie y deja correr la sangre, obturando después la herida con fango. Pero este concepto de que la sangría tenía su origen en los animales, se encuentra citado también por Aristóteles y fue repetido más tarde por Polidoro Vergilio, el historiador italiano del Renacimiento, el cual vuelve a contar la historia de la autosangría animal en su libro *De inventoribus rerum* (1507), que puede considerarse como la más antigua tentativa de escribir una historia de la Medicina. Por último, el clínico paduano del Renacimiento, Giovanni Battista Montano (fallecido en 1551) todavía cree que la oveja se hace por sí misma la sangría, frotando su pata contra una mata espinosa e incluso los caballos sabe practicarla [...] Aunque todo esto no prueba realmente la certeza de esta pretendida terapéutica, demuestra que fue generalmente creída y que formó una base de su popularidad.”

En el Talmud la sangría se menciona con cierta frecuencia con el consejo de no practicarla en los ancianos ni en días nublados; se prefieren los días soleados. Ejecutada con lanceta sus indicaciones precisas –según este texto– son los dolores de tórax, la difteria y la podagra.

Las escuelas médicas griegas

La aparición de la sangría tiene lugar en las escuelas médicas griegas. Según Celso³ fue Diógenes de Abdera, maestro de Hipócrates, quien recomendó esta práctica como terapéutica de enfermedades agudas. Como sus escritos no se han conservado ese testimonio tiene todas las vicisitudes de la transmisión oral. Los testimonios aparecen con Hipócrates quien –probablemente sus seguidores– en *De las enfermedades epidémicas* expresa con respecto a un tratamiento: “Fue atacado de fiebre alta con dolores continuos en la parte izquierda del tórax; tenía tos seca y sin expectoración durante los primeros días, sed, insomnio, orina de aspecto normal en abundante cantidad y, el sexto día, delirio. Las aplicaciones calientes en los costados no proporcionaron mejoría alguna. Séptimo día: el estado del enfermo se agrava, la fiebre aumenta, los dolores no disminuyen, la tos de hace atormentadora y comienza la disnea. Octavo día: practico la sangría en el brazo, abundante, como debía ser, y dis-

minuyen las molestias, pero persiste la tos. Al 11° día disminuye la fiebre, el enfermo tiene la cabeza sudorosa, la tos y la expectoración son más húmedas. Al 17° día comienza a tener una ligera expectoración y se siente aliviado [...] Al fin de la cuarta semana el enfermo expectora mucho, ya no tiene sed y la respiración es libre. Al 34° día hay sudores abundantes, cesa la fiebre y aparece la crisis definitiva”.

Un diagnóstico retrospectivo haría suponer que el paciente padeció una neumonía típica con remisión en crisis y también afirmar que el curso de la afección no varió en absoluto con la sangría efectuada. Es decir que se trataba de una terapéutica alternativa que el tiempo llegaría a desestimar como válida.

Fähræus⁴ intenta una explicación a la afición de la medicina griega por esta práctica: “Pero salta a la vista que el contenido vascular encerraba además un componente de índole interesantísima para los médicos hipocráticos. Si se agita con un batidor la sangre recién extraída, se fija sobre éste una materia blancuzca y viscosa. Todos sabemos hoy que esta sustancia es la fibrina, a la que los griegos llamaron ‘flema’ o mucosidad. Una vez que la flema se ha fijado sobre el batidor gracias al movimiento de la sangre, separándose así de ésta, pierde la mezcla restante la propiedad de coagularse. De tal observación dedujeron los griegos la conclusión de cardinal importancia para toda su patología (y por lo demás absolutamente acertada y exacta) de que la coagulación de la sangre obedece a la coagulación de la flema. Se consideró que este último proceso tiene su causa en el enfriamiento que se produce como consecuencia de que el contenido vascular haya abandonado el organismo, idea en verdad equivocada, pero que pareció lógicamente natural y conforme a la luz de la razón y que por lo demás fue aceptada hasta comienzos del siglo XIX.”

La sangría se practicaba de diversas maneras. Habitualmente el corte se efectuaba sobre una vena (las más utilizadas eran las del brazo) que, una vez turgente por la aplicación de una ligadura, se la abría con una lanceta. Más raramente se empleaba la arteriotomía, tal como se le aplicó a Séneca en su condena por conspirar contra Nerón. Cuenta la historia que, cortados estos vasos, no llegaba a desangrarse por lo que el mismo Séneca se introdujo en una gran fuente con agua caliente para apresurar el trámite.

Las escarificaciones eran otra forma de efectuar la expoliación de sangre. En algunos casos, como método para succionar la sangre, se aplicaban ventos-

sas. En una demostración de pericia, entre los bantúes, se tiraban flechas sobre los brazos para el fin mencionado.

El más moderno de los métodos, que consideraremos más adelante, el método biológico, que se inició mucho tiempo antes en la India, fue el de las sanguijuelas.

Retornando a los griegos, Wilson⁵ es más explícito en cuanto a sus teorías: “En patología humoral se define la enfermedad como disposición innatural de un miembro o de todo el cuerpo, por las que las acciones naturales son dañadas de un modo sensible e ‘inmediato’. En muchos casos, se entendía como su causa próxima la alteración de la mezcla formada por los cuatro humores que integran el organismo. Se clasificaban estas enfermedades según la presencia o ausencia de ‘materia’, es decir, de los productos terminales de la digestión de los humores alterados. Cuando estos existen, el desequilibrio en la cantidad, proporción, o cualidades de los humores puede conducir a la formación de un depósito o ‘apostema’, que se localiza en la zona donde se ha producido el desorden, y es el responsable de los signos y síntomas de la enfermedad. En el proceso de curación, la naturaleza pone en marcha mecanismos para digerir o expulsar del cuerpo el humor dañino coleccionado, dirigiéndolo hacia el exterior (*kinosis*) o hacia otro órgano (*metástasis*).

“El médico, como servidor de la Naturaleza, puede forzar esa expulsión activando mecanismos de excreción como el sudor, la orina o la defecación, o bien abriendo vías alternativas por donde esa exoneración tenga lugar. Estos procedimientos que pretenden corregir alteraciones o excesos humorales por medio de su eliminación por vías naturales, o por otras artificialmente provocadas, se denominaban ‘remedios evacuanes’. Entre ellos, el galenismo reconoció distintas categorías. Los clasificaba en universales y particulares, siendo aquellos los capaces de eliminar el exceso o alteración de todos los humores en cualquier parte del cuerpo, en tanto que estos centran su acción en un humor determinado o en una vía constante.

“Los evacuanes universales eran la sangría y los purgantes. Los evacuanes particulares eran las ventosas, las escarificaciones, las sanguijuelas y los cauterios.”

Es indudable que Wilson está recreando la teoría de la *physis* de los antiguos griegos.

Las zonas del cuerpo destinadas para la sangría fueron variadas y, en el curso de la historia de la medicina, fueron hallándose nuevas formas y diversos lugares. Se podían realizar en la oreja. Se hacía con un cuchillo largo, que llevaba en su extremo dos cascabeles que no tenían que sonar mientras se hacía la sangría, evidentemente con el objeto de que el corte sea hecho con una mano muy firme, probablemente para que el individuo no llegara a perder su oreja. También se hacían en las venas de las piernas y en el pliegue del brazo, en las venas cefálicas o basilicas, en el dorso de la mano o en uno de sus bordes. Pero en realidad no había vena que no fuera objeto de la sangría. También se efectuaba en la parte inferior de la lengua, por arriba del piso de la boca. Es decir que no había lugar del cuerpo, vuelvo a reiterarlo, donde estas prácticas no se realizaran.

Es evidente que durante el auge de la medicina hipocrática —reemplazada mucho después por la galénica— la sangría no constituyó un método terapéutico corriente. Su auge tuvo lugar en la era Alejandrina, en el siglo III antes de Cristo, aunque tanto Herófilo como Erasístrato, que pertenecían a esa escuela, la desaprobaban. En el siglo I a.C., la escuela de los metódicos y su principio *contraria contrariis*, con su significado de oposición al mal y que en el siglo XVII diera origen al término alopatía, uno de sus mentores, Temison de Laodicea (50 a.C.) aceptaba que la sangría no buscaba evacuar los humores de la conocida teoría de los griegos sino disminuir el impulso de la enfermedad, de donde surgió la tendencia a extender sus indicaciones realizándola en el lado opuesto al de la enfermedad (sangría revulsiva)⁶. Todo lo cual indica lo empírico de esta práctica cuasi aberrante al eliminar sin fundamento alguno, por lo menos en ese momento, un tejido del organismo.

La sangría en la Edad Media

No queremos hacer en este capítulo una historia de la sangría puesto que nuestro proyecto —esbozado al inicio— es darle una concepción antropológica. La salida de madre de este cauce es inevitable ya que esta práctica persistió hasta su ocaso definitivo por espacio de cientos de años.

La medicina medieval representa una repetición de siglo en siglo de las ideas y teorías de los médicos griegos, modificadas en algunos puntos por la

práctica de los árabes. Hubo mucha reiteración y poca adición. Las escuelas médicas se inclinaron respetuosamente ante Hipócrates y Galeno, tomando casi todo de ellos menos su espíritu. No hubo avances del conocimiento sobre la estructura y funciones del cuerpo humano. En los primeros tiempos de la Edad Media, los restos de la ciencia clásica sobrevivieron en los monasterios, donde los antiguos manuscritos fueron copiados y estudiados. El más notable personaje intelectual que nutrió este período fue Aristóteles quien, con los aportes de Galeno y de los comentaristas árabes Avicena y Averroes, se transformaron para la Iglesia, junto con la Biblia, en fuente de todo conocimiento. En Occidente sobrevoló entonces el fantasma carcelario del dogmatismo que decretó un cinturón de hierro para las expectativas de la ciencia que así vivió su época de mayor atraso⁷.

La medicina galénica perduró durante mil años. Durante el renacimiento Carolingio (siglos VIII y IX) fueron casi exclusivamente los clérigos los encargados, junto con los legos que con ellos convivían, de efectuar las sangrías.

La práctica estaba tan extendida en los monasterios que, en ciertos casos, constituía un verdadero peligro para la salud. Cuenta Du Cange⁸ que en el claustro de San Víctor de París se obligaba a los monjes a practicarse cinco sangrías anuales que no podían eludir a no ser que (vaya paradoja del tratamiento) estuvieran cursando una grave enfermedad. Tal era la sólida estructura de esta reglamentación que éstas debían realizarse en fechas determinadas: la primera en setiembre, la segunda antes del Adviento, la tercera antes de la Cuadragésima, la cuarta después de Pascuas y la quinta pasado Pentecostés. Muchos laicos con sus familias se reclusaban para esas fechas para lograr ese mismo propósito. La sangría adquirió tal difusión en Francia que San Luis, que murió de peste bubónica en Túnez en 1270, le prohibió a los sacerdotes—por un edicto especial— que se hicieran sangrar más de cinco veces por año y, además y como gentil agregado, en el día de sus cumpleaños.

Toda esa locura de los monasterios cedió a partir del siglo XII cuando el poder eclesiástico a través de disposiciones conciliares y regionales (Letrán X, XI y XIX, Reims en 1131, Letrán en 1139, entre otros) prohibió a los clérigos al ejercicio de toda práctica que causara efusión de sangre (*ecclesia abhorret sanguinis*). En la Baja Edad Media la sangría quedó en manos casi exclusivas de los subalternos, que hicieron de esta actividad una profesión libre y lucrativa.

La importancia que tuvo esta terapéutica marginal tan difundida y tan equivocada se puede constatar con el edicto de 1288 publicado en Brujas (Bélgica) que prohibía a los barberos verter la sangre, obviamente de las sangrías, en las calles. Se estableció un lugar ad hoc que recibió el nombre de “pozo de sangre” (*Der-blood-put*) que, poco antes del comienzo de la Peste Negra, en 1336, no pudo contener toda la sangre vertida y se tuvo que recurrir a uno nuevo.

“El examen del coágulo —expresa Manrique⁹— que se formaba en la sangre extraída era riguroso, describiéndose tipos especiales de sangre: gruesa, delgada, podrida o ‘aguanosa’, serosa, espumosa, oleaginosa, con arenillas (?) o con mal olor, etc., mereciendo cada una de estas observaciones una particular interpretación diagnóstica e incluso del pronóstico y cuya significación dependía esencialmente del prestigio y experiencia del sangrador actuante. El práctico debía tener en cuenta las condiciones preexistentes, utilizar maniobras especiales para la ligadura del miembro y la visualización de la vena, así como la forma de diferenciarla con arterias, nervios y tendones.”

Los prácticos sabían que aquel coágulo que presentaba una gruesa capa amarilla era de mal pronóstico. En efecto, mucho tiempo después se conocería que mostraba un elevado número de leucocitos, indicaba infección grave y el enfermo probablemente sucumbiera ante la enfermedad. La sangre se volcaba en un recipiente y, después de un rato, ya en presencia de la parte rutilante y roja, debido a que los glóbulos rojos que quedaban en la superficie superior se oxigenaban más y se ponían más rutilantes y los que estaban abajo, sin oxígeno, adquirirían su tono rojo negruzco, el coágulo se empezaba a retraer y el pastel homogéneo, aparecía a veces bordeado por un color amarillo, que ellos llamaban la bilis amarilla y cuya morada —Polibo— la había encontrado en el hígado. La presencia de dos humores había sido demostrada.

Pero si a esa sangre se la agitaba con un batidor, se observaba que aparecía una masa blanca, que ellos llamaban flema y esa flema impedía que el resto se coagulara. Es decir que esa zona, esa flema que era la fibrina, era la parte más importante de la sangre, sin ella no había estos humores.

En otros casos observaban que el recipiente con la sangre sin llegar a ser batida tomaba una coloración blanca en su parte superior, que ellos llamaban la costra lardácea. La flema era la parte fría de los humores y Polibo le encontraba su morada en el cerebro, de él, la flema baja. De ahí que toda fluxión, toda

salida de secreción nasal, bronquial, uretral, era flema que perdía el organismo, porque estaba permanentemente en circulación.

¿Qué hacían los antiguos con la sangría según la interpretación de Fähræus?¹⁰ Sacaban la flema que era lo que coagulaba la sangre: habían encontrado algo malo en ese enfermo que tenía una neumonía, donde espontáneamente aparecía cuando la sangre sedimentaba. Quitaban lo que era la consecuencia de la enfermedad y no la causa. Nunca habían hecho la autopsia de un cadáver donde hubiera aparecido en la sangría una costra lardácea. Si hubieran hecho la autopsia de un neumónico, se hubieran dado cuenta que respondía a una enfermedad del organismo, que era manifestación secundaria de la misma.

Empédocles que decía que las embarazadas tenían la bestia blanca, es probable que se refería a que en la parte superior de esa sangre coagulada, hubiera visto una cantidad mayor que los demás, por una aceleración del depósito de los glóbulos rojos, una capa de glóbulos blancos que hubieran dado una imagen de costra lardácea.

Pero, ¿qué era lo que brotaba de esa vena lacerada? Gil Sotres¹¹ manifiesta que “el término ‘sangre’ no tenía entonces un significado unívoco sino que se lo empleaba en alusión a conceptos distintos. Se trata de uno de los cuatro humores que componen el organismo, pero al mismo se aplica este sustantivo para nombrar al líquido contenido en los vasos sanguíneos. Al respecto, Jean de Saint Amand afirma: ‘El nombre de sangre es equívoco. En un sentido significa el conjunto de humores mezclados en las venas, y esto es lo que se evacua por la flebotomía. Y se le llama sangre porque, existiendo mucho humor sangre, tiene toda la masa con su color. En otro sentido, se dice sangre pura, singular, cuando no está asociada a otros humores.’”

Ya para Empédocles de Agrigento los cuatro humores se hallaban en partes iguales en la composición de la sangre. Maino de Maineri, en la época que estamos analizando, sostenía que guardaban una relación geométrica: la cantidad del humor sangre sería el doble que el de flema, esta el doble que la cólera y a su vez, esta última, el doble que la melancolía. Por su parte, en una proporción parecida, Antoni Ricart afirmaba que el equilibrio perfecto de los humores en la sangre consistía en una mezcla de cuatro partes de sangre, tres de flema, dos de bilis y una de melancolía.

La sangre natural era definida como de compleción temperada, sabor dulce,

consistencia mediana, color púrpura en las venas y rubicundo en las arterias.

Los desatinos eran mayúsculos pero, la presencia de los cuatro humores de los griegos, justificaba en cierto modo a la sangría.

Las épocas Moderna y Contemporánea

¿Cuánta sangre se extraía en una sangría? Generalmente las cantidades eran pequeñas, de 100 a 120 cc. Pero en algunos casos, los llamados grandes sangradores, llegaron a sacar hasta un litro de sangre en una sola oportunidad. En períodos muy cortos, 15 días; se sangraba, durante 17, 18, 20 veces. De tal forma que el individuo quedaba exangüe. Y como además de la sangría se le daban también purgantes, el enfermo estaba en condiciones muy precarias para defender su salud.

El ejemplo histórico del mal que ocasionó esta práctica en la sociedad es el del primer presidente de Estados Unidos, George Washington, que murió de un edema de pulmón después de cuatro sangrías que le causaron la pérdida de un volumen de 2.300 ml. de sangre en un día. Ello ocurrió el 14 de diciembre de 1799.

Cito esta fecha porque, a partir del siglo XIX, comenzó la etapa biológica de la sangría: entran en escena las sanguijuelas. Aunque conocidas desde tiempo atrás, las sanguijuelas (*Hirudo medicinalis* y otras especies), gusano anélido de boca chupadora que vive en aguas dulces, se comenzó a usar masivamente para la extracción de sangre. Con una presencia poco agradable (con hasta 12 cm. de largo) pero con consecuencias menos graves que la sangría con lanceta o la arteriotomía, esta práctica comenzó a competir con la anterior. En la India existían 12 variedades diferentes de sanguijuelas, algunas ponzoñosas. La de mayor tamaño era usada por los veterinarios que practicaban el mismo procedimiento en animales de cría.

No podemos omitir que, para no dar mayor extensión a este capítulo, silenciaremos los otros numerosos tipos de expoliación de sangre que practicaron, casi sin excepción, la mayor parte de los grupos lingüístico-culturales del mundo. Y muchos la siguen utilizando.

Esa aparición masiva de las sanguijuelas coincidió también con la vigorosa prédica de Hahnemann en favor de la homeopatía, contra todas las prácticas

terapéuticas agresivas, y con la aparición de Broussais.

François-Joseph-Victor Broussais, que nació en 1772, “contrapunto médico y espiritual de Laennec”, fue un “impetuoso y demagógico conmitón del mariscal Soult en la Campaña de Andalucía”¹² y al decir de Laín Entralgo un “fanático sangrador”. Broussais esboza la teoría de que todas las enfermedades febriles respondían a una irritación intestinal: la gastroenteritis. Laín Entralgo¹³ expresa: “Las ‘fiebres’, el cólera, las enfermedades discrásicas y nerviosas, los trastornos mentales; todo tuvo su causa, a los ojos de Broussais, en una ‘gastroenteritis’ primaria simpáticamente difundida. La orientación del tratamiento correspondía a esa esquemática doctrina patológica: dieta debilitante, bebidas mucilaginosas y sanguijuelas *in situ*. Un par de cifras hace imaginables los estragos a que dio origen la ‘medicina fisiológica’: el año 1824 bastaban 300.000 sanguijuelas para las necesidades de toda Francia; en 1833, bajo la monarquía terapéutica de Broussais, hubo que importar 41.500.000. Calcule el lector curioso la cantidad de litros de sangre que la famosa *gastroentérite* costó a los franceses.”

Tanto fue el uso de este anélido acuático que la producción francesa se agotó y hubo que traerlas de Bohemia y de Hungría. En 1824, se importaron 100.000 sanguijuelas; en 1827, 33 millones y, en 1828, 25 millones. Los oponentes de Broussais y sus seguidores afirmaban que el vampirismo dominaba el arte de curar. Finalmente la popularidad del método –desaparecido Broussais– decayó.

Broussais defendió a ultranza su método terapéutico. “En nombre de esa patología polemizó Broussais contra Laennec. He aquí las palabras con que éste le juzgaba: ‘M. Broussais prefiere elevarse a la investigación de las causas próximas de la enfermedad; menosprecia los detalles minuciosos de la observación, la distinción de los casos, e implícitamente hasta la seguridad del diagnóstico: porque razona siempre sobre la hipótesis de que es inútil distinguir unos de otros todos los casos a que atribuye una causa semejante, y atribuye la mayor parte de las enfermedades a una sola causa: la *irritación*’. Entre la delicadeza intelectual y moral de Laennec y la atronadora declamación del fanático sangrador que le atacaba, no cabe vacilación alguna”¹⁴.

Las sanguijuelas se siguieron utilizando y fueron también médicos franceses quienes la indicaron en crisis asmáticas y anafilácticas. Basaban su be-

neficio en la hirudina que tienen en su saliva las sanguijuelas como sustancia anticoagulante y vasodilatadora¹⁵.

Fähræus¹⁶ menciona al sueco Nicolás Rosen von Rosenstein, que nació en Goteburgo en 1706, campeón de la sangría en Escandinavia quien tenía esta máxima: “Vale más vivir, aunque se necesiten algunas semanas para reponerse, que morir con mucha sangre.”

El uso de las sanguijuelas llegó casi hasta el comienzo de la Primera Guerra Mundial (1914-1918) y fue lentamente desapareciendo, sobre todo para alegría de las sanguijuelas. La flebotomía tuvo una indicación precisa hasta que fue reemplazada en parte por las ligaduras de miembros y poco después por la furosemida y la trinitrina, en el edema agudo de pulmón. Muchos de nosotros vivimos esa etapa de transición y, como dice Manrique¹⁷ que “en el transcurso del siglo XX la sangría fue progresivamente abandonada para quedar a partir de los años 50 limitada, casi exclusivamente, al tratamiento del edema agudo de pulmón (efecto depletivo). Muchos de nuestros médicos que se recibieron hasta 1960 (entre ellos el autor de este artículo), recuerdan haber practicado alguna sangría en esas circunstancias, en general asociada con la administración de ouabaína y ligadura de los miembros, en algunos casos, seguidas con la recuperación del paciente. En la actualidad solo se utiliza en el tratamiento de ciertas hemopatías tales como: la hemocromatosis, la poliglobulia y la porfiria cutánea tarda.”

En la década del 50, como bien dice Manrique, nuestro deseo más ferviente era contener un asma cardíaca o un edema agudo de pulmón con la depleción que se conseguía con la ligadura de tres miembros sino teníamos que pasar por el trago amargo de la flebotomía que, habitualmente, era insuficiente si la efectuamos con grandes jeringas. Nunca es placentero extraer y tirar la sangre humana.

Tímidamente, de la mano de la asepsia, la anestesia, la teoría microbiana, la investigación farmacológica y, sobre todo, de la investigación desinteresada, la medicina aceleró sus conocimientos y, es curioso, permitió que esta terapéutica irracional y peligrosa no desapareciera totalmente.

Así lo describía Wilson¹⁸: “En la actualidad se la emplea en la policitemia vera, cuadro fácilmente asimilable a la plétora de los antiguos, así como el edema agudo de pulmón, y también en la hemocromatosis, paraproteinemias,

PTT, miastenia gravis, etcétera, todos ellos caracterizados por la presencia en la sangre circulante de alguna sustancia indeseable, y que hace mil años hubieran sido caracterizados como cacoquimia.

“El avance científico y tecnológico de la medicina en los últimos 200 años la ha transformado en un arte y oficio cuyo lenguaje podría ser incomprensible para los médicos medievales. Antiguamente se hablaba de humores alterados y de plétora; hoy hablamos de electrolitos, estado ácido-base, monitoreo hemodinámico, inmunocomplejos, medicina basada en la evidencia y otros neologismos. No obstante, resulta sorprendente constatar que al repasar los fundamentos actuales de la sangría nos reencontramos con conceptos asimilables –aunque expresados con otro lenguaje– a lo de los antiguos.”

Pero no nos equivoquemos, esos conceptos equiparables surgen de un análisis benevolente y con el objeto de no desestimar totalmente a esta terapéutica marginal. La sangría causó muchas muertes y retrasó muchas curaciones. Gracias a la omnipotencia del médico y la fe de sus pacientes como también en virtud de los cientos de años en que esta práctica estaba realizada por monjes y en las iglesias, tuvo vigencia y pudo cumplir con los desatinos de barberos, médicos, sangradores y sacerdotes. Nos ponemos en la época, en la toga corta del sangrador o el cirujano o en el hábito del sacerdote pero no podemos comprender tantos años de vigencia.

Hoy, la sangre es un elemento apreciado que sirve para salvar miles de vidas. En la Edad Media la echaban en un pozo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Graves R, *Los mitos griegos*, Buenos Aires, Ariel, 2007.
2. Castiglioni A, “La sangría en la leyenda y en la medicina de la antigüedad”, *Actas Ciba*, Buenos Aires, 2: 46-60, abril-junio 1953.
3. Celso AC, *Los ocho libros de la medicina* (2 tomos), Barcelona, Iberia, 1966.
4. Fähræus R, *Historia de la medicina*, Barcelona, Gustavo Gili SA, 1956.
5. Wilson R, “La flebotomía: pasado y presente”, *Médicos y Medicinas en la historia*, Buenos

- Aires, 3 (Nº 12): 35-39, primavera 2004.
6. Castiglioni A, *op. cit*
 7. Pérgola F, *Miseria y peste en la Edad Media*, Acassuso, El Guión, 2006.
 8. Du Cange, citado por Castiglioni A: “Los cirujanos y barberos sangradores en la Edad Media”, *Actas Ciba*, Buenos Aires, 2: 61-67, abril- junio 1953.
 9. Manrique J, “La sangría: del mito al logos y del rito a la técnica”, *Revista Fundación Facultad de Medicina*, Buenos Aires, 11 (Nº 42): 30-35, diciembre 2001.
 10. Fähræus R, *op. cit*.
 11. Gil Sotres P, *Scripta minora de flebotomía en la tradición médica del siglo XIII*, Santander, Universidad de Navarra, 1986, “Sangre y patología en la medicina bajo medieval de la flebotomía”, *Asclepio*, XXXVIII, 1986.
 12. Laín Entralgo P, *Historia de la medicina moderna y contemporánea*, Barcelona, Científico-Médica, 1963.
 13. Id. *Ibidem*.
 14. Id. *op. cit*.
 15. Castiglioni A, “La sangría desde el siglo XVII hasta nuestros días”, *Actas Ciba*, Buenos Aires, En *La sangría*, 2: 73-79, abril-junio, 1953.
 16. Fähræus R, *op. cit*.
 17. Manrique J, *op. cit*.
 18. Wilson R, *op. cit*.

~ CAPÍTULO XI ~
LA INDIVIDUACIÓN A TRAVÉS DEL TEGUMENTO

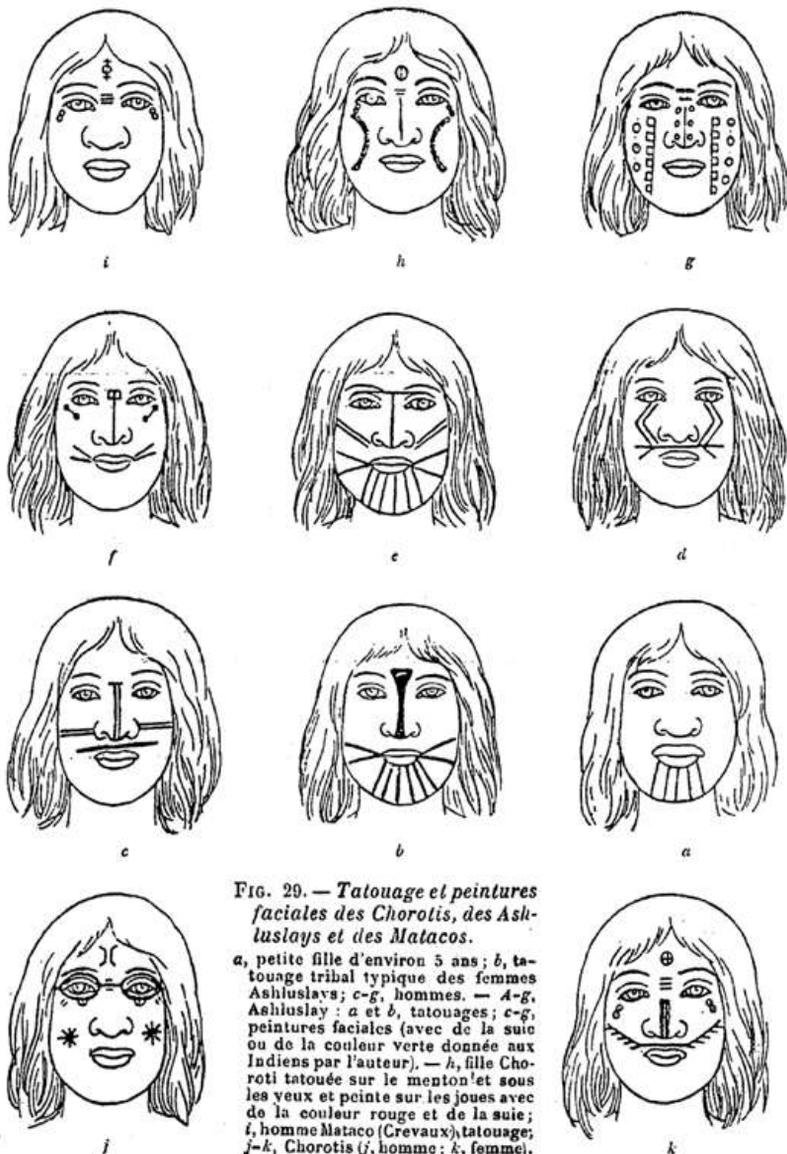


FIG. 29. — Tatouage et peintures faciales des Chorotis, des Ashluslays et des Matacos.

a, petite fille d'environ 5 ans; b, tatouage tribal typique des femmes Ashluslays; c-g, hommes. — A-g, Ashluslay: a et b, tatouages; c-g, peintures faciales (avec de la suie ou de la couleur verte donnée aux Indiens par l'auteur). — h, fille Choroti tatouée sur le menton et sous les yeux et peinte sur les joues avec de la couleur rouge et de la suie; i, homme Mataco (Crevaux), tatouage; j-k, Chorotis (j, homme; k, femme).

En las relaciones interhumanas, además de la actitud y del gesto, es la piel quien nos pone en contacto con el otro. Además de los sentidos, esa función es intrínseca al tegumento que nos pone en relación con el medio externo. La piel —el órgano más voluminoso del organismo como con frecuencia es motivo de pregunta en los programas televisivos— ha sido objeto de diversas pinturas y mutilaciones, a través del tiempo y en casi todos los grupos lingüístico culturales. Objetivos mágicos y estéticos se persiguieron en todas estas acciones en muchas de las cuales no estuvo ausente la crueldad, habitualmente como un tipo de autoagresión. Si bien en términos generales la fealdad o la falta de estética no constituyen una afección, afectan a la individuación. El *marketing* actual desestima esas características y aupa las de la belleza, sobre todo femenina. En ese sentido puede leerse el interesante libro de Desmond Morris titulado *La mujer desnuda*¹.

¿Cuáles son las circunstancias que llevan a esta dependencia del individuo sobre el estado del tegumento?

Un aspecto insoslayable es el tema de los tatuajes puesto que esta práctica tiene su costado mórbido, donde la afección no está en la piel sino en la psiquis del individuo. Excluimos de estas reflexiones, que pueden resultar agresivas para muchas personas, el caso de las modas que han producido el importante auge actual del tatuaje. Omitimos también la mención de los tatuajes de carácter perverso, tales como los efectuados en la zona interglútea o directamente en los genitales² tanto femeninos como masculinos que marginan en la psicopatología sexual, parafraseando o glosando —no podemos asegurar la palabra correcta— el antiguo trabajo de Richard von Krafft-Ebing que tantas polémicas generó. Sin embargo, como veremos más adelante, las etnias pretécnicas o naturales emplearon los tatuajes en forma constante como una manera de categorizarse.

Algunos tuvieron características rayanas en lo grotesco y otros tatuajes fueron realizados en las prisiones. En el primer tipo podemos señalar como ejemplo el caso de un calvo (según aparece en *Caras y Caretas*³ en un número de 1910) que no tuvo mejor idea que tatuarse la imagen del rey de Inglaterra sobre la testa. El texto (parece un juego de palabras) cuenta lo siguiente: “el doctor Kesmee es un caballero que en Bond Street, la calle más chic de Londres, ha abierto un taller que él llama establecimiento de belleza. La belleza

que cultiva es una belleza relativa. Quiere poner de moda el tatuaje, tan en uso entre los salvajes de todos los países del mundo”. Y agrega que una agencia fotográfica le remite la placa del “tatuaje hecho en la calva y en la espalda de un gentleman, que ha tenido la rara idea de grabarse el retrato del rey Eduardo VII de Inglaterra y (la) tan conocida escena que representa el paraíso terrenal antes de que los pecados de Adán y Eva arrojaran a estos antiquísimos antecesores de aquel lugar de dichas y venturas.”

Años después, la popular revista volvió a encarar el mismo tema⁴. En su número 933, de 1916, publicó con el título *La decoración artística del cuerpo humano*, el dorso y la calva de un apache apresado en Madrid (así reza el epígrafe de la fotografía) con un enorme tatuaje que representaba el Paraíso Terrenal. El texto decía que los apaches parisinos debieron abandonar su patria debido a “su salvaje y bestial actividad”.

La revista *P.B.T.*, que competía con la fama de *Caras y Caretas*⁵, no quiso ser menos y, también en 1910, publicó –en cinco páginas– un trabajo ilustrado con numerosas fotografías que tituló *El tatuaje*. Comentaba la antigüedad de esta práctica: Herodoto la señala entre los tracios, Luciano entre los sirios, Lombroso entre fenicios y judíos, Julio César entre los bretones... En este trabajo se mencionan cinco tipos de procedimientos utilizados para tatuar: 1. por punzadas; 2. por incisión simple; 3. por ulceración o cauterio; 4. hipodérmico y 5. mixto. Aquí, la misma imagen del calvo reaparece.

Recurriendo nuevamente a la fuente bibliográfica de *Caras y Caretas*⁶, en el número 720 de 1912, firmada por Eusebio Gómez, un artículo titulado *El tatuaje en las prisiones*, dice que esta práctica en “los delincuentes no es una simple curiosidad superficial. Revela modalidades de su alma, casi siempre. La historia de sus crímenes suele estar sintetizada en un jeroglífico cualquiera, en una fecha, en una inicial. En tales casos la contemplan en sus horas de encierro, con una voluptuosidad morbosa y la exhiben orgullosamente, a quienes quieren verla. Así demuestran la ausencia de todo remordimiento. Un muchacho muy joven, casi un niño, mató a una mujer porque no quería seguirlo. ‘Ahora está siempre conmigo’, –nos dice–, y nos hace ver un pretendido retrato de ella, tatuado por él mismo, sobre el pecho, cerca de su corazón perverso”. Abunda en otros detalles similares. Y termina: “Muchos llevan tatuada la fecha de su ingreso en la prisión; otros, fantasías que solo ellos comprenden y que se

niegan a explicar; en algunos se encuentran alegorías morales, sarcásticamente colocadas junto a la reproducción de escenas de inenarrable obscenidad.”

El tatuaje en las prisiones podría ser tema para un tratado en virtud de la enorme variedad de símbolos con significados tan dispares. Por ejemplo, en la Rusia de Josef Stalin, en la década del 30, nació la hermandad Vory entre aquellos que, por causas diversas, habían sido enviados a Siberia. El grupo de los delinquentes de etnias distintas tales como los propios rusos, georgianos, uzbekos, azerbaijanos, ucranianos y kazajos, se distinguían –en sus jerarquías carcelarias– por tatuajes que, como cartas de presentación, indicaban el tipo de delito cometido, los años que llevaban de cárcel, la orientación sexual, etc. Nadie debía alterar el orden jerárquico so pena de graves represalias. En el nivel más alto, el cofrade llevaba tatuadas estrellas en su rodilla, que indicaban que nunca debería postrarse ante nadie. Dos películas, una documental *The Mark of Cain* y otra dirigida por David Cronenberg titulada *Promesas del Este*, recrearon este tema.

En la actualidad las notas periodísticas no llegan tan lejos: no se indaga sobre el subconsciente de hombres y mujeres tatuados. La protesta, no obstante, parece ser el motivo principal. La tela viviente ha permanecido quieta y paciente y la obra está terminada: la piel luce colorida con el gran dragón emplumado. Se han tomado precauciones para evitar los fantasmas de las hepatitis B y C y del sida. Puede llegar el arrepentimiento y las complicadas técnicas de remoción del tatuaje.

Retamar *et al.*⁷, que basan su trabajo en el deseo de muchos pacientes de remover sus tatuajes, muestran el valor de la individuación a través de la piel, y luego de estudiar sus complicaciones infecciosas, expresan: “Diversas causas influyen en esta determinación: grado de convicción del paciente en el momento de realizarse el tatuaje, aceptación por parte de familiares, amigos, pareja, público en general, zona del cuerpo tatuado (zonas visibles), edad en el momento de la realización, estado psicofísico del paciente (decisiones compulsivas), tipo de tatuaje realizado y costo del mismo”.

Es que no siempre los tatuajes gozaron del beneplácito tanto de familiares como de las autoridades. En el *Levítico* se prohíbe expresamente el tatuaje: “no os haréis incisiones en vuestra carne ni imprimiréis en ella figura alguna”. No obstante, así como los soldados romanos se tatuaban el nombre de su empera-

dor o de la legión en sus brazos, el estigma (del griego, picadura, punzada) se utilizaba para identificar a los criminales y a algunos esclavos.

Sin buscar ejemplos fuera de nuestro territorio, podemos mencionar los relatos y observar los ingenuos dibujos –posteriormente rehechos en Europa– del jesuita Florián Paucke⁸, quien conviviera con los indios mocovíes y dejara las características de su cultura en un verdadero trabajo de campo antropológico. En un dibujo muestra a dos mujeres indígenas con sus tatuajes y un varón con mirada torva y tatuajes en su frente y en el cuello. En la parte inferior del colorido dibujo, se representa a quien realiza el trabajo de tatuar –una mujer en este caso– con una espina en su mano.

Nordenskiöld⁹, en su obra que no tardará en cumplir 100 años, en una minuciosa observación de los indígenas del Chaco, reproduce 20 esquemas de rostros con distintos dibujos –entre tatuajes y pinturas– de los chorotis del Río Pilcomayo y matacos. Algunos muy despojados y simples, otros que recalcan en párpados, mejillas y mentón. Muchos se practicaban antes de los rituales, sobre todo en las maniobras de iniciación de los adolescentes, en otros casos se utilizaban como medio de individuación y categoría social. La intención atribuida al tatuaje, con leves variantes, no ha cambiado desde sus orígenes ni con los diversos estados evolutivos de las distintas etnias. Con un concepto actual, Marechal¹⁰ dice: “La idea que lleva a las personas a tatuarse es el deseo de poseer algo único y propio que le acompañe toda la vida. Muchos hablan de la necesidad de modificar sus cuerpos de tal manera que sean decorativos y hermosos, una necesidad tan antigua como la naturaleza misma del hombre.”

“Entre los tzónecas –sostiene Serrano¹¹– las mujeres acostumbraban tatuarse el pecho y los brazos haciéndolo con tintas azules cruces, rayas paralelas y círculos. Además, hombres y mujeres hacían uso de pinturas corporales cuyo color variaban según fuesen las circunstancias, de regocijo, duelo o guerra. Para algunos clanes se ha señalado la costumbre de arrancarse las cejas y la barba, y quizá esto sea general en todos ellos.”

El tatuaje, como hemos dicho, no escapó al uso de la mayor parte de los pueblos naturales del mundo entero. Entre los esquimales estuvieron relacionados con representaciones mágicas y, más frecuentes entre las mujeres, el adorno se implantaba en las mejillas, frente y barbilla. Algunos subgrupos lo hacían también en las piernas, brazos y en el pecho. Los pueblos de Indonesia

lo utilizaban profusamente y, en casi todos los casos, guardaban relación con las ceremonias de iniciación. No obstante, “Oceanía es la tierra clásica del tatuaje, y no puede negarse el origen polinésico del vocablo. Esta costumbre, que se ha difundido ampliamente por todo el mundo, presenta dos formas diferentes, tanto por su ejecución como por sus resultados: el tatuaje incoloro de cicatrices y el auténtico tatuaje de punción. El tatuaje de cicatrices consiste en hacer escarificaciones sobre la piel con un filoso cuchillo de bambú o algún otro instrumento cortante e introducir impurezas en la herida para prolongar el proceso de curación. Se logra de este modo la formación de cicatrices abultadas, dispuestas de tal manera que forman motivos figurados o geométricos. Este método es aplicado por muchas tribus de piel oscura de Melanesia. El tatuaje por punción se realiza con un pequeño instrumento semejante a un peine, con el cual se inocular debajo de la piel un pigmento que se obtiene del hollín de quemar nueces de aleurita y aceite. Los diseños se transparentan con una tonalidad azulada [...] efecto notable en los individuos de piel clara, como los micronesios y polinesios; de ahí que haya alcanzado su mayor perfeccionamiento técnico y desarrollo artístico en dichos pueblos.¹²”

Otro tipo de adorno que se buscó para el tegumento fue la perforación, indudablemente método más cruento que el tatuaje. “Las tribus del Amazonas suelen perforar el tabique nasal para pasar por el orificio los objetos de adorno: plumas, palitos o aros. En el Amazonas y en el Chaco, se acostumbra también a perforar las aletas de la nariz, para poder lucir discos de nácar y otros adornos. La perforación de los labios, sobre todo del inferior, está asimismo muy difundida (Amazonia, Brasil oriental, Chaco y antiguamente entre los pampas). En esos orificios se llevan plumas, pendientes de placas de concha, taruguillos de madera (éstos alcanzan gran tamaño entre las tribus del oriente brasileño), piedras, astillas de hueso, etc. En la región amazónica, en el Brasil oriental y en el Chaco, algunas tribus llevan en los orificios practicados en el lóbulo de la oreja tarugos de madera que llegan a tener un diámetro de 13 cm. Además, usan plumas, palos, dientes, colgajos y, entre los araucanos, discos auriculares de plata. La perforación de la comisura de los labios para introducir pequeños tarugos de madera es poco común.¹³”

En otro orden, con menor agresividad sobre el tegumento, están los denominados afeites o sea aquellos del resorte de la cosmetología. En uno de los

álbumes de colección de figuritas, allá por la década del 40 en el siglo pasado que publicaba Nestlé, que nos llevaba a la chocolatomanía y nos introducía en la cultura, llamados *Maravillas del Mundo*, Delaquis¹⁴ expresaba lo siguiente: “Existen mujeres poco satisfechas de sus encantos naturales. Van a los ‘Institutos de Belleza’ para suplir con refinamientos del arte, las imperfecciones de la naturaleza. Su mejor aliado lo encuentran en el color. Tiñen de carmín sus labios y sus mejillas, subrayan con un trazo negro sus ojeras demasiado pálidas, tiñen también sus pestañas a capricho; dan a los cabellos el tono de moda por medio de los artificios de una pintura a elegir. Pero no hay duda alguna que los colores se borran, y por coquetería hay que refrescarlos [...] Se comprende que desde los tiempos más remotos, la mujer (y el hombre también) haya buscado una pintura indeleble. Los pueblos negros han descubierto desde hace bastante tiempo esa pintura permanente, y es el tatuaje. La palabra procede de la expresión tahitiana ‘tátau’ (nótese la similitud con la inglesa *tattoo*), que significa una marca dibujada en la piel, y por extensión, la operación que hace indeleble las imágenes trazadas en el cuerpo humano.” La palabra española tatuaje deriva de la acepción inglesa.

Delaquis pone blanco sobre negro, lo mínimo y lo máximo. En lo mínimo, no por su poder de *marketing*, que es inmensa, sino por su escasa agresividad, está la cosmética.

A inicios del siglo pasado, los ejemplos paradigmáticos en cosmetología los encontramos en la revista porteña *Caras y Caretas*, que volvemos a citar y fueron pilar de su propaganda. En junio de 1900, la Sra. Julia W. Taylor –especialista de New York– ofrece (así lo presenta) “el tratamiento, contra cicatrices de las viruelas, contra el vello, las pecas, las arrugas prematuras [...] una serie de ocho baños faciales con masaje (*sic*) \$20. Depilación eléctrica \$5 hora”¹⁵. La consulta es gratis.

Otros casos son, a la luz de lo poco que aportaron y de lo que nunca se pudo demostrar, ejemplos característicos de charlatanismo, aunque en algunos casos presumimos que por la carencia de un título médico debemos considerarlo de curanderismo.

En el número siguiente de la misma revista se promociona, por medio de un aviso al pie del anterior que se repite, a la *Crema Jeunesse*, “cura contra las comezones de la piel, las hemorroides, el asma, los párpados inflamados, etc.

Preparados para blanquear, para sonrosar, para conservar y hermostrar el cutis. Cura infalible contra la sequedad, irritación o aspereza, alisa las arrugas dando tersura y suaviza el cutis, solo \$ 2”.

Donde la axiología no admite distracción es en el aviso de una página que aparece en agosto de 1903, que habla de *La eczema. Lupus y demás enfermedades de la piel. Su curación*. El inicio del prospecto adjunto es una introducción tan común en estos casos: la frecuencia de la enfermedad. Así dice: “Tantos son los individuos atacados de eczema, que su número forma una verdadera legión. En todas las clases sociales, entre los ricos, los pobres, los jóvenes, los viejos, se encuentran casos de personas víctimas de la enfermedad, que asume las más diversas manifestaciones desde las más nimias y apenas perceptibles, hasta los que se revelan como verdaderas llagas de aspecto indecible, pero siempre rebeldes, implacables, y sobre las cuales tanto se desconocen la causa inmediata de su aparición, como la de su cara completa”¹⁶. Prosigue luego el autor de la nota con una serie de disquisiciones sobre el eczema y sus implicaciones sobre las relaciones interpersonales y sobre el resto de los aparatos. ¿Qué ofrece entonces? “Se nos da pruebas terminantes de un caso curado y haciendo justicia lo damos al público.

“El joven Gregorio Cerdeño atacado de eczema en la cara fue presentado por un empleado de la farmacia Alemana al Dr. Cantarell, (pone su dirección), quien haciéndole aplicaciones de un nuevo medicamento de procedencia oriental recientemente descubierto, ha obtenido el resultado que demuestra la segunda fotografía en el término de dos meses.

“Para dar testimonio de esta curación, la administración de nuestro colega *El Tiempo*, el gerente de la farmacia Alemana, (va la dirección), y varios comerciantes de esta plaza”.

Otro aspecto que compete a la individuación a través del tegumento son las afecciones que pueden provocar rechazo o discriminación por parte de la sociedad que, en cierto modo, han sido señaladas en los párrafos anteriores.

Celso, cuya labor mayor fue la de recopilador y divulgador de las enfermedades humanas unas décadas antes de Cristo, tradujo del griego la obra del médico personal de Tiberio, llamado curiosamente o tal vez como agasajo al empleador, Tiberio Claudio Menekrates. Celso o este último, lo ignoramos, describió 40 dermatosis distintas, entre las cuales, el médico inglés Robert

Willan creyó ubicar la psoriasis. Fue Willan quien consideró dos entidades psoriasiformes: la lepra graecorum discoides y la psora leprosa policíclica. Robert Willan, fundador de la dermatología británica, autor de *On cutaneous Disease*, volvía a reunir la dupla lepra/psoriasis después de más de 2000 años. Los escritos de Willan y su discípulo Thomas Bateman caerían más tarde en el descrédito.

Recién en el siglo XIX el médico austriaco Ferdinand von Hebra (1816-1880), que descubrió el líquen exudativo ruber, el eccema marginado y el impétigo herpetiforme y aconsejara –nuevamente– el empleo del mercurio en el tratamiento de la sífilis, demostró –en 1841– que la lepra graecorum y la psora leprosa de Willan era la misma enfermedad que tanta confusión había generado: la psoriasis. En 1860, von Hebra publicó el tratado de dermatología más amplio y completo que se hubiera publicado hasta ese momento.

Las enfermedades de la piel han formado parte de una serie de teorías que nunca pudieron ser demostradas pero mantuvieron vigencia –y aún la mantienen– durante varios siglos.

En noviembre de 1955, el médico argentino Tomás Paolo Paschero¹⁷, entusiasta y puntal de la homeopatía en nuestro país, escribía que “la psora resulta originariamente de la supresión de una manifestación cutánea exonerativa que da lugar a una perturbación interna, por la retrocesión de la energía vital eferente. Esta es la esencia misma de toda la doctrina Hahnemanniana”. Además se refirió a otra idea del médico alemán que consideraba que la supresión de la sarna producía la psora interna que asumía la característica de una hidra de múltiples cabezas, capaz de estallar brutalmente, cómo, y son palabras de Hahneman, “un príncipe era precipitado de su rango, una madre perdía a su hijo único o una joven caía en una profunda melancolía por un amor desdeñado.”

Es interesante destacar que, si homologamos la palabra psora con psoriasis, tanto sífilis como sicosis siguen teniendo vigencia como afecciones. Y sobre la psoriasis se siguió batiendo el parche. A principios del siglo pasado, las revistas de nuestro país promovían, para ella, la cura con uvas con el “Fermento puro de uvas Jacquemín del Instituto Científico de Malzéville (Francia)”.

Otra afección felizmente descubierta –desde entonces controlada– por un médico de la corte de Luis XVI y ya en el olvido, fueron las epidemias de ergotismo que se desarrollaron en la Edad Media. Época de grandes hambrunas,

feliz expresión de Josué de Castro, la Peste Negra que despobló los campos acentuó la falta de alimentos. Los pobres saciaban su apetito fabricando pan de centeno que recogían del piso de los trojes, habitualmente húmedo, que ya había sido vaciado. Ese grano estaba contaminado con cornezuelo de centeno, es decir, con el micelio del hongo *Claviceps purpura*. La producción por parte del mismo de un isómero del ácido lisérgico y de ergotamina causaba, en quien comiera ese pan, un síndrome mixto de alucinaciones, convulsiones y excitación nerviosa junto con necrosis que afectaba sobre todo a los dedos y a la nariz. En 1315, se abatió la mayor hambruna sobre Europa. Quienes deambulaban por los campos presas de sus alucinaciones con sus dedos gangrenados y los estigmas en su rostro deben haber sido encasillados como leprosos.

La lepra y la sífilis, son enfermedades que consideramos patognomónicas a los efectos de la individuación, pero también el herpes zoster o zona o “culebrilla” para el vulgo ha tenido y tiene una historia particular. De tanto en tanto escuchamos: “Los médicos no curan la culebrilla, ¿no es cierto doctor?” o lo que es mucho peor: “Mi médico me dijo que consulte con una curandera puesto que son ellas las que curan esta enfermedad”. Es preciso recordar que en el libro de Felipe Basch¹⁸, de 1933, titulado *Enfermedades infecciosas*, el autor decía que “algunos médicos han encontrado esta enfermedad (refiriéndose a la varicela) asociada al prurigo, al zona, rubéola y la escarlatina”. Tímidamente, la relación entre ambos virus –herpes zoster y varicela– está señalada. Sin embargo, en 1919, Lowenstein, repitiendo experiencias de Gruber, concluía que la causa de esta enfermedad era un virus filtrable. Es decir que la asociación de ambos virus es relativamente reciente en la historia de la medicina.

Orestes Di Lullo¹⁹, en un trabajo sobre *La medicina popular en Santiago del Estero*, nos cuenta algunas antiquísimas oraciones que rezaban los ensalmadores. Ya documentado alrededor de 1513, un ensalmo con este fin decía así:

**“Jesucristo nació
Jesucristo murió
Jesucristo resucitó
e se puso en la cruz
por nosotros pecadores.
Siendo así, como esto es verdad.**

Así se cure este mal”.

Luego de esta introducción de carácter general para la cura con ensalmos, venían las oraciones específicas para cada mal.

**“El rey Egre en el campo estaba
e Agueda, su fija, la merienda le llevaba;
e le dixo: Padre,
los montes e los valles arden
-E dixo: fija, no es fuego ni arde
mas es colebro o colebrilla.
-Con que lo mataremos-
Con el unto sin sal
e con la ceniza del hogar
e con el polvo de la casa barrida.
Fía, fía, fía en la Virgen María.**

“Y luego tomaba el unto, la ceniza y el polvo de la casa barrida y lo refregaba nueve veces sobre la llaga, durante nueve días, diciendo cada vez las mismas palabras”. Otro ensalmo para tratar el herpes zoster, de dos siglos atrás, dice:

**“Jesucristo se encontró con Eliseo,
-Dónde vas, Eliseo?
-A buscar la yerba
para matar la culebra.
-Vuélvete a la tierra
busca el hinojo y la agua fría
en nombre de Jesús y María”.**

Los ensalmos, o las súplicas o las amenazas, para expulsar a los demonios vienen desde antiguo. En el Egipto de los faraones –como se pudo leer en el papiro de Hearst– se asustaba a los espíritus para que abandonaran a una persona. Un conjuro dice así:

**“Oh fantasma, oculto, escondido,
que en esta mi carne está,
que en estos mis miembros...!
Sal de esta mi carne, de estos mis miembros!
¡Mira: te he traído excremento para que tragues!
Cúidate, escondido:
pon atención, oculto; retírate.**

En 1993, José Seoane Gallo²⁰ publicó el libro *El folclor médico de Cuba* donde testimonia Ulpiano, de 68 años, obrero de Morón, Cuba, que dice: “Yo curo la culebrilla con nueve hojas de naranja y una oración que me enseñaron. Cojo tres hojas y las paso en cruz por la culebrilla completa, pero principalmente por los extremos, para evitar las ramificaciones y que no crezca, y voy diciendo esta oración:

**“En el nombre de Dios Padre, de Dios Hijo y de Dios Espíritu Santo.
Estas hojas bendecidas, influenciadas por tu ser, son para poder ver la culebrilla vencida”.**

“Esto lo hago tres veces con tres grupos distintos de hojas, hasta acabar con las nueve. A falta de hojas de naranja se puede usar cualquier hoja, porque lo que cura no es la hoja sino la fe.

“La oración la aprendí un día que vi que estaban curando a uno. Al poco tiempo se presentó la ocasión de un caso de culebrilla en un vecino y yo me decidí a hacer lo mismo que había visto hacer. Así lo hice y el enfermo se curó. Yo creo que el poder de curarla es como un don que Dios le da a uno al nacer. En el caso mío se descubrió por casualidad.

“Pero el don solo no basta; el enfermo tiene que tener fe en que se va a curar. Yo parto siempre de eso; si el enfermo no tiene fe en que se va a curar con la oración, yo me niego a hacer la cura. Tengo que decirle que la misma oración, cambiándola un poco, la he usado para curar varias enfermedades y casi siempre me ha dado resultado”.

Y llegamos al siglo XXI habituados a observar la lesión herpética surcada por los gruesos trazos de la tinta china, en todas las clases sociales y en todos

los estratos de la educación. Laín Entralgo²¹ sostenía que, en Holanda, el 40 % de la población concurría a las terapéuticas alternativas.

Otra enfermedad que causa estigmas en el tegumento, algunas pasajeras como el collar de Venus y otras indelebles como la nariz en “silla de montar”, es la lúes.

Las manifestaciones cutáneas de la sífilis, presentes sobre todo en la primera y segunda etapa de la enfermedad, motivó que esta afección general, que tanto arremete sobre el sistema cardiovascular como el nervioso, haya pertenecido a la dermatología y no a las afecciones infecciosas. El primer problema que se presenta con la sífilis es determinar su origen. Desde mediados del siglo XVI se debate si la llevaron a Europa los marineros de Colón o si ya estaba presente en el Viejo Mundo. La hipótesis habitualmente sustentada, iniciada en 1509, por Días de Isla, consigna que –en 1495– durante el sitio de Nápoles por las tropas francesas de Carlos VIII, se desarrolló una extraña epidemia de úlceras y pústulas que causaba algunos casos mortales. Al capitular los franceses esparcieron el mal por Italia, Francia y Alemania. Pronto ingresó en las islas británicas y se difundió por toda Europa.

Fue así que los franceses la llamaron mal de Nápoles o mal napolitano; los italianos mal francés, los españoles “mal francés” y todos, en latín, “*morbus gallicus*”. Su característico contagio sexual (“la cólera divina por la lujuria de los humanos”) la constituyeron en la “pestilencia no vista jamás”, como la caracterizó López Villalobos en su *Tratado sobre las pestíferas bubas*, editado en 1498. Un año antes, Niccoló Leonicensi había iniciado la abundante literatura médica sobre la nueva enfermedad. En 1521 (publicado en 1530), Fracastoro le dio el nombre definitivo a la enfermedad cuando escribió el poema *Syphilis, sive morbus gallicus*²², aprovechando el nombre de un pastorcillo con esa afección. En 1539, se publicó el *Tratado llamado Fructo de todos los santos, contra el mal serpentino venido de la Isla Española*, del sevillano Rodrigo Ruiz Díaz de Isla donde le atribuye su origen a los marineros de Colón que llegaron de Haití. Idéntica hipótesis sostenía Gonzalo Fernández de Oviedo en su *Historia General y Natural de las Indias*, publicada en 1535, que además agregaba que cuando el Almirante regresó a Santo Domingo se encontró con más de 160 enfermos del “mal francés”.

Uno de los que con mayor entusiasmo se negó a aceptar esta especie, fue

el medievalista de la medicina Karl Sudhoff quien, con diversos testimonios –entre ellos el de una doncella que aleja al pretendiente de sus favores diciéndole que tiene ese mal– anteriores al descubrimiento de América. No obstante, nos llama la atención que la mayoría de estos datos se hallan muy cercanos a 1492. Pedro Laín Entralgo, con su autoridad intelectual y otros argumentos, tiene la misma idea. ¿Por qué no se comentó mucho antes?

Una de las últimas teorías vuelve con esa especie pero con cierta variante. Su origen americano estaría dado por una mutación de un treponema que causa una enfermedad en forma de bubas con contagio por contacto de la piel (similar al mal de pinto o pinta o carate de las zonas cálidas) que mutó al ser llevado por los marineros de Colón al continente europeo²³. Cuesta entender también tan curioso cambio.

Luego aparecerá Paracelso quien fustigó duramente el ineficaz tratamiento con leño de guayacos, también censuró al mercurio que, posteriormente, sería el tratamiento de elección –de uso interno– bajo la forma de precipitado rojo.

Todavía tendríamos otro hito importante: la desgraciada experiencia de John Hunter, quien se inoculó pus de un enfermo con blenorragia. Un mes después había desarrollado un típico chancro sífilítico que era lo que quería demostrar: blenorragia y sífilis eran una misma enfermedad. Desde allí y durante un tiempo el chancro luético se llamaría hunteriano, hasta que Benjamín Bell –en 1793– diferenció ambas afecciones. Con la idea primigenia murió Hunter ese mismo año, 1793. ¿Qué había pasado? El paciente del cual Hunter había extraído pus, padecía también de sífilis, tal vez un chancro intrauretral²⁴.

Así, la “gran simuladora” siguió generando desastres y estigmatizando generaciones hasta que Alexander Fleming, con Chain y Florey –y este último según Witkowski²⁵ con el consejo del francés René Dubois que puso su atención en el extraño moho– lograron la penicilina. Reacción de Jarisch-Herxheimer mediante, luego la adecuada administración del fármaco, pareció que había sido vencida, sin embargo; el síndrome de inmunodeficiencia adquirida y los profundos cambios sociales que sucedieron la han puesto nuevamente sobre el tapete.

Otra enfermedad que establece sus lesiones visibles en el tegumento es la lepra²⁶ que, con sus crueles lesiones en piel, generó el rechazo social del paciente a quien, en la Edad Media y con una maniobra espantosa, se lo segregaba de

la sociedad. El origen histórico de la lepra no puede datarse con precisión. Los testimonios de fuentes egipcias permiten apreciar que la enfermedad ya estaba instalada entre tres o dos mil años antes de Cristo. Hacia 1850 a.C. se encontraba en el Mediterráneo oriental y, en el siglo II de nuestra era se extendía por todo el Imperio Romano.

Las primeras explicaciones sobre su génesis inculpan al vino agrio o a la carne de cerdo en mal estado. Luego, como ocurrió con casi todas las enfermedades, se la consideró un castigo divino.

Debemos señalar que no todo lo que se consideró lepra en el Antiguo y en el Nuevo Testamento fue tal. Con ese nombre genérico se clasificaban las más disímiles manifestaciones de enfermedades de la piel, tales como sarna, psoriasis, impétigos, hasta el vitíligo. En ninguno de los casos señalados se menciona la anestesia, los tubérculos o la facies leonina, por nombrar algunas de las más características manifestaciones de esta enfermedad que le otorgarían más precisión al diagnóstico.

El investigador peruano Neyra Ramírez, que estudió estos textos, encuentra en el *Levítico* del Antiguo Testamento 59 menciones de la afección con más o menos esta oración: “el hombre en cuya piel apareciera color extraño o postema o especie de mancha reluciente”. Pero llama a confusión, porque sugiere vitíligo, cuando dice: “el cual si viere lepra en la piel con el vello mudado en color blanco”. Aunque en otro párrafo aclara: “el hombre o la mujer en cuyo cutis aparecen manchas blancas y si esto tiende a oscurecerse sepa que no es lepra sino ciertas manchas de color blanquecino y que la persona está limpia”.

En Crónicas 26 se dice: “Uzías u Ozías, descendiente de Salomón, tuvo ira contra los sacerdotes y le brotó la lepra en su frente y al mirarlo el sumo sacerdote vio la lepra en su frente y así el rey Uzías fue leproso hasta su muerte; lo sepultaron con sus padres en el campo de los sepulcros reales pero fuera de ellos porque dijeron: ‘leproso es’.”

En el Nuevo Testamento las menciones sobre la lepra disminuyen. Tanto en el Evangelio de San Mateo como en el de San Marcos, Cristo efectúa un milagro similar: un leproso le solicita curación y éste le responde que sí quiere y “al instante desapareció la lepra”.

En la parábola del rico Epulón, un mendigo leproso llamado Lázaro comía las migajas. Cuando ambos murieron, como ustedes sospecharán, el rico fue

al infierno y el pobre al cielo. La lepra llamada mal de San Lázaro, es por este mendigo y no por el Lázaro, hermano de María Magdalena y de Marta a quien Cristo resucitó.

En la Alta Edad Media se construyen las casas especiales para su internación que primeramente se llamaban lazaretos (*lazzareti* en italiano, en honor al patrono de la enfermedad o San Lázaro, con la salvedad que hemos hecho) y después simplemente leprosarios. En ellos los pacientes debían permanecer y solamente podían salir en algunas festividades religiosas. Es clásico que si deseaban comprar un alimento debían indicarlo con un puntero y de esa forma evitar tocarlo²⁷.

Todo cambió cuando los cruzados también enfermaron de lepra: la afección pasó de ser un pecado a convertirse en una enfermedad santa. A partir de ese momento los enfermos fueron ayudados con sentido cristiano. Se suprimieron los funerales en vida para los leprosos y dejó de ser causa de segregación, como lo estableció –en 1179– el Concilio de Letrán. Tiempo antes había nacido la fundación de la Orden de San Lázaro, en 1120, que se ocuparía del cuidado de los leprosos en los “lazaretos”.

En la Edad Media los leprosos debían distinguirse por sus vestidos especiales, guantes y, en algunos casos, el uso de máscara. El ritual funerario que hemos mencionado se efectuaba en el momento de su separación de sus seres queridos. Consistía en amortajarlo como a un cadáver, colocarlo en ataúd y foso y echarle –simbólicamente– una o dos paladas de tierra. El enfermo había muerto –idealmente– para la sociedad de la que debía apartarse de por vida. Se llegaba a ese estado luego que el presunto afectado de lepra era examinado por una comisión compuesta por médicos y cirujanos, presididos por el cura párroco. Si había contraído el mal se lo enviaba a una leprosería, en caso contrario, si estaba “puro”, era absuelto y se lo declaraba inocente. Existía un catálogo que describía los síntomas que debían ser tenidos en cuenta: 1. músculos duros y con protuberancias; 2. piel reseca; 3. caída del cabello; 4. atrofia muscular; 5. insensibilidad y espasmos; 6. exantemas cutáneos (tiña, escamas, úlceras); 7. granulaciones (debajo de la lengua, en los párpados, detrás de las orejas); 8. escozor en la piel; 9. piel de gallina al exponerse a las corrientes; 10. sudoración; 11. fiebre; 12. carácter embustero y airado; 13. pesadillas; 14. pulso débil; 15. sangre negra y granulosa; 16. orina blanca. Es de suponer que,

con esta cantidad de síntomas muchas otras enfermedades, incluso los sanos, se encasillarían como lepra.

En 1225, existían en Francia 2000 leproserías puesto que, a raíz de las cruzadas, la enfermedad se difunde –entre los siglos XI y XIII– como una epidemia. Después de esa fecha comienza a declinar en Europa y prácticamente desaparece. Sin embargo, no ocurrió lo mismo en India, África y Latinoamérica que, aún en este siglo, la siguen padeciendo.

En 1873, el investigador noruego Armauer Hansen descubrió la bacteria causante de la enfermedad y poco después el bacteriólogo alemán Albert Neisser aisló al bacilo en los tejidos enfermos²⁸.

Había terminado la época de los cascabeles con los cuales los leprosos debían anunciar su presencia o de las pequeñas mirillas en los muros de las iglesias para que pudieran seguir los oficios religiosos.

No obstante, el tiempo ha demostrado que la discriminación para estos enfermos sigue vigente.

La estética forma parte de la salud de un individuo. A través de su cuerpo en estado de salud (con los reparos que siempre tiene esta palabra en su mayor amplitud), donde la piel cobra una espectacular importancia, mantiene su autoestima que la neuropsicoimmunología demostrará que es un elemento importante para el equilibrio humoral. Si en la Edad Media un enfermo de lepra era rechazado por la sociedad, luego de 600 años su condición poco ha cambiado. Sin embargo, a partir del siglo XV –algunos lo atribuyen al capitalismo, otros a las consecuencias de la Peste Negra– ser individuo es parte de ser él mismo; antes de ser miembro de una comunidad, el cuerpo se convierte en un ámbito preciso, delimitado, que establece la diferencia entre un hombre y otro. Aparece el factor de individuación. Es el despegue de lo teológico que se opera en el Renacimiento. Al desprenderse de la sociedad, al aislarse del cosmos, el cuerpo adquiere la magnitud que lo hace su único tesoro. La piel y el armónico aspecto de su estructura es lo que lo separa del mundo exterior. Todo lo que lo que lo aparte de la normativa, afecta la individuación.

La mirada del otro, de la alteridad, es lo que otorgará el juicio necesario para su autoestima. La estética de la mujer actual con sus afeites y sus cirugías lo ha comprendido. La enfermedad que deforme, ulcere, pigmente su tegumento exterior –sin necesidad de bucear en profundidad– originará el rechazo del otro.

Existen casos patéticos. Atendíamos clínicamente a una mujer de alrededor de 60 años con un melanoma en su mejilla, justo en la ubicación de la bola adiposa de Bichat, tumor que creció aceleradamente, desplazó el ojo izquierdo, se extendió hasta la oreja del mismo lado, deformó el rostro y, ulcerado, manaba un líquido serosanguinolento, mientras dejaba la boca con un trismo nada agradable. Pues bien, la enferma narraba acongojada que cuando bajó de un taxi el conductor huyó despavorido y la dejó caer sobre la vereda. Pero, por otra parte, mencionaba con cierto orgullo que mientras hacía fila en un banco, los niños la observaban y le hablaban serenamente. No pensaba ella que los medios de comunicación los habían preparado para mirar a los que ellos llamaban “los monstruos”.

“La mirada es, hoy –dice David Le Breton²⁹ en *Antropología del cuerpo y modernidad*–, la figura hegemónica de la vida social urbana. Simmel ya lo había presentido, a comienzos del siglo (se refería al siglo XX), cuando señaló que ‘si se comparan las relaciones entre los hombres de las grandes ciudades con los de las pequeñas, aquellas se caracterizan por una marcada preponderancia de la actividad de la vista por sobre la de la audición. Y no solo porque en las ciudades pequeñas los encuentros que se producen en la calle son, casi siempre, con personas conocidas con las que se intercambia una palabra, y cuyo aspecto reproduce toda la personalidad –no solamente la personalidad aparente– sino, ante todo, a causa de los medios de transporte público...’” En el siglo XXI, ante la presencia de la telefonía celular, es muy probable que Simmel hubiera retocado su aserto.

Vedado parcialmente –en el aspecto visual– los medios actuales de comunicación, ampliamente mayoritarios audiovisuales, le han otorgado a la piel un protagonismo, sobre todo en Occidente donde la mujer no oculta sus atributos, un protagonismo que nunca tuvo en la historia de la humanidad a excepción de pueblos de cultura pretécnica o, como los llamaba Mulhman, naturales.

El fin que persigue el adorno del tegumento con toda la agresión que significa un tatuaje será estético o será expresión de un dolor íntimo, psíquico. Eco³⁰ dice que “los conceptos de bello y de feo están en relación con los distintos periodos históricos o las distintas culturas y, citando a Jenófanes de Colofón [...] ‘si los bueyes, los caballos y los leones tuviesen manos, o pudiesen dibujar con las manos, y hacer obras como las que hacen los hombres semejantes a los

caballos el caballo representaría a los dioses y semejantes a los bueyes, el buey, y les darían cuerpos como los que tienen cada uno de ellos' [...] En la Edad Media, Giacomo da Vitri [...], al ensalzar la belleza de toda la obra divina, admitía que probablemente los cíclopes, que tienen un solo ojo, se sorprenden de los que tienen dos [...]"

Son muchas otras las afecciones de la piel que han producido rechazo o, en casos puntuales, los que las padecieron fueron vistos como seres especiales motivo de veneración, tal como ocurrió con los albinos en ciertas culturas. En indudable que su descripción alterna entre lo científico y la cultura popular, que siempre ha estado asida al mito, la magia o las prácticas religiosas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Morris D, *La mujer desnuda*, Barcelona, Planeta, 2005.
2. Adatto M, *Living Skin*, Basel, Editions Roche, 1993.
3. "El tatuaje en Londres", *Caras y Caretas*, Buenos Aires, N° 603, 23 de abril de 1910.
4. "La decoración artística del cuerpo humano", *Caras y Caretas*, Buenos Aires, N° 933, 19 de agosto de 1916.
5. "El tatuaje", *P.B.T.*, Buenos Aires, N° 312, 19 de noviembre de 1910.
6. Gómez E, "El tatuaje en las prisiones", *Caras y Caretas*, Buenos Aires, N° 720, 20 de julio de 1912.
7. Retamar RA, Balian MC, Luna RE y Chouela EN, "Tatuajes: desde las momias y los polinesios a los tiempos del sida", *Dermatología*, Buenos Aires, 4 (N° 3): 247-253, 1998.
8. Paucke F, *Hacia allá y para acá (tomo II)*, Tucumán-Buenos Aires, Universidad Nacional de Tucumán, 1944.
9. Nordenskiöld E, *La vie des indiens dans le Chaco*, París, Librairie Ch. Delagrave, 1912.
10. Marechal M, "Piel fina. Un milenario arte siempre a flor de piel", *Encuentros*, Buenos Aires, 1 (N° 2): 28-35, junio de 1995.
11. Serrano A, "Los patagones o tzónecas", *La Prensa*, Buenos Aires, 30 de junio de 1940.
12. *Etnografía* (dirigida por Herbert Tischner), Buenos Aires, Compañía General Fabril Editora, 1964.

13. Id. *Ibidem*.
14. Delaquis E, “El arte del tatuaje”, en *Maravillas del mundo*, Buenos Aires, Ed. Nestlé, (sin fecha).
15. *Caras y Caretas*, Buenos Aires, N° 88, 9 de junio de 1900.
16. *Caras y Caretas*, Buenos Aires, N° 253, 8 de agosto de 1903.
17. Paschero TP, *Homeopatía*, (sin otro dato), 1973.
18. Basch F, *Enfermedades infecciosas (tomo II)*, Buenos Aires, Aniceto López, 1933.
19. Di Lullo O, “La medicina popular en Santiago del Estero”, *La Prensa*, Buenos Aires, 5 de octubre de 1941.
20. Seoane Gallo J, *El folclor médico de Cuba. Enfermedades de la piel*, La Habana, Editorial de Ciencias Sociales, 1993.
21. Laín Entralgo P, *Antropología médica para clínicos*, Barcelona, Salvat, 1986.
22. Costa EF, *Historia de la sífilis*, Buenos Aires, Eudeba, 1977.
23. “Colón llevó la sífilis a Europa”, *La Nación*, Buenos Aires, 16 de enero de 2008.
24. Pégola F y Okner O, *Historia de la medicina*, Buenos Aires, Edimed, 1986.
25. Witkowski N, *Una historia sentimental de las ciencias*, Buenos Aires, Siglo Veintiuno, 2007.
26. Pégola F, *Miseria y peste en la Edad Media*, Buenos Aires, El Guion, 2006.
27. Id. *Ibidem*.
28. Pégola F y Okner O, *op. cit.*
29. Le Breton D, *Antropología del cuerpo y modernidad*, Buenos Aires, Nueva Visión, 1995.
30. Eco U, “Historia de la fealdad”, *adncultura La Nación*, Buenos Aires, pp. 5-7, 1° de marzo de 2008.

ÍNDICE



Introducción	5
Capítulo I	
Salud y enfermedad	9
Las normativas	12
La enfermedad	21
Capítulo II	
La ansiada curación	27
La curación del enfermo	31
La confirmación de la mejoría	33
La estrategia familiar frente a la enfermedad	35
Capítulo III	
Los rituales de la muerte	41
Origen del temor a morir y forma de contrarrestarlo	43
Tipos de muerte	50
El médico ante la muerte de su enfermo.....	54
El duelo frente a la muerte.....	55
Capítulo IV	
La relación médico-paciente: un conflicto en puerta	59
La relación médico-paciente desde sus orígenes hasta el siglo pasado.....	60
Los tipos de relación médico-paciente	65
La relación médico-paciente en los últimos tiempos.....	71
Matices en la relación médico-paciente.....	76
Colofón.....	78
Capítulo V	
El médico como comunicador social	81
Comunicación de médico a médico	82
La comunicación y la sociedad	87
Bases teóricas de la comunicación social	91
La salud y la enfermedad en el mercado.....	94
Capítulo VI	
Los cuidadores de enfermos crónicos	99
La medida del agotamiento.....	103
Causas que profundizan el estrés.....	105
Preparación para la tarea.....	109

Capítulo VII

El efecto placebo como factor curativo	117
Dimensión ética	122
El efecto placebo, el chamanismo y las terapias alternativas.....	124
Cómo actúa un placebo.....	125
Sociedad tecnológica y terapéutica	131
Aspectos psicológicos	134
Aspectos fisiológicos	137
Colofón.....	142

Capítulo VIII

Las terapéuticas marginales	147
Terapéutica astrológica y yatromatemáticas.....	152
El magnetismo animal	154
El naturismo	157
La hidroterapia	158
La homeopatía	162
La fitoterapia	165
Quiropraxia y osteopatía	167
La acupuntura	168
El ayurvedismo	170
Las flores de Bach	173

Capítulo IX

El hermético lenguaje de los médicos	179
Análisis de la palabra	181
Las teorías del lenguaje.....	186
El origen del lenguaje médico.....	191
La trayectoria de las palabras médicas	195

Capítulo X

Un horror terapéutico: la sangría	201
La sangría antes de Hipócrates	203
Las escuelas médicas griegas	204
La sangría en la Edad Media	207
Las épocas Moderna y Contemporánea	211

Capítulo XI

La individuación a través del tegumento	217
--	-----

Si la antropología es la ciencia que estudia al hombre, es indudable que la medicina está íntimamente relacionada con ella. Pero es verdad, en la antropología médica no trataremos ni de sintomatología ni de terapéutica, tampoco de síndromes ni agentes etiológicos, aunque podremos rozar los problemas epidemiológicos y, desde ya, ciertos aspectos de la medicina legal y de la tanatología.

Podríamos decir, metafóricamente, que la antropología médica merodea por los alrededores de la medicina. Está en el patio, pero sin entrar en su habitación.

Es así que, entre los tópicos de este libro, se encuentran los conceptos de salud y enfermedad, los rituales de la muerte, la relación entre el médico y su paciente, las terapéuticas alternativas y el efecto placebo, la individuación a través del tegumento y, entre otros temas, el tan actual del cuidador de los enfermos crónicos que generó, con intensidad, el aumento de la expectativa de vida.

El autor desgrana aquí su experiencia de varios años de docencia en el tema.



Prof. Dorn



Paraguay

ISBN 978-987-20238-8-1



9 789872 023881

 **El Guion**

www.elguionediciones.com.ar