



REVISTA INTERNACIONAL DE
**HUMANIDADES
MÉDICAS**

COLECCIÓN DE SALUD, BIENESTAR Y SOCIEDAD

VOLUMEN 2
NÚMERO 1

**REVISTA INTERNACIONAL
DE HUMANIDADES MÉDICAS**

VOLUMEN 2, NÚMERO 1



REVISTA INTERNACIONAL DE HUMANIDADES MÉDICAS
<http://tecnociencia-sociedad.com/revistas/coleccion/>

Publicado en 2016 en Madrid, España
por Global Knowledge Academics
www.gkacademics.com

ISSN: 2254-5859

© 2016 (revistas individuales), el autor (es)

© 2016 (selección y material editorial) Global Knowledge Academics

Todos los derechos reservados. Aparte de la utilización justa con propósitos de estudio, investigación, crítica o reseña como los permitidos bajo la pertinente legislación de derechos de autor, no se puede reproducir mediante cualquier proceso parte alguna de esta obra sin el permiso por escrito de la editorial. Para permisos y demás preguntas, por favor contacte con <soporte@gkacademics.com>.

La REVISTA INTERNACIONAL DE HUMANIDADES MÉDICAS es revisada por expertos y respaldada por un proceso de publicación basado en el rigor y en criterios de calidad académica, asegurando así que solo los trabajos intelectuales significativos sean publicados.

REVISTA INTERNACIONAL DE HUMANIDADES MÉDICAS

Director científico

Karim Javier Gherab Martín, Universidad CEU San Pablo, Madrid, España

Editores

Dante Gallian, Universidade Federal de Sao Paulo, Brasil

Juan C. Hernández-Clemente, Universidad Autónoma de Madrid, España

Consejo editorial

Alarcón, Renato D., Humanidades Médicas y Psicopatología, Mayo Clinic, EEUU y Perú

Arce Cordón, Rosario De, Psicopatología, Univesidad Autónoma Madrid, España

Asúnsolo del Barco, Angel, Epidemiología y Salud Pública, Universidad de Alcalá, España

Balaguer, Emilio, Historia de la Medicina, UMH, España

Camps, Victoria, Filosofía, Bioética, Universidad Autónoma Barcelona, España

Cantero, Josefa, Derecho Administrativo, Asociación Juristas de la Salud,

Universidad de Castilla-La Mancha, España

Comelles, Josep M., Antropología Médica, Universidad Rovira i Virgili, Tarragona, España

Lolas, Fernando, Bioética, Universidad de Chile, Chile

Morgado Pereira, José, Historia y Sociología de la Ciencia, Universidad de Coimbra, Portugal

Pandiella, Andrés, Filosofía, Comunicación, Universidad Autónoma Madrid, España

Pereira, Ana Leonor, Historia da Cultura, Universidad de Coimbra, Portugal

Pérez-Rincón, Héctor, Humanidades Médicas, UNAM, México DF, México

Ramírez Bermúdez, Jesús, Narrativa, México DF, México

Vieira Villela, Wilza, Humanidades Médicas, Universidad Federal de São Paulo, Brasil

Índice

EDITORIAL.....	1
<i>Dante Marcello Claramonte Gallian</i>	
La fenomenología de la depresión como modificación de la experiencia del propio self: opacidad corporal, desincronización temporal y culpa.....	3
<i>Jorge Martínez Lucena</i>	
Un estímulo filosófico en la temprana profesionalización de la medicina en Buenos Aires, 1820-1842.....	15
<i>Mariano Di Pasquale</i>	
Comunicação, humanidades e humanização: conceituação e experiências na formação profissional no campo da saúde.....	31
<i>Mario Alfredo De Marco, Mariella Vargas Degiovani</i>	
Calidad de vida relacionada con la salud de adultos mayores pensionados y no pensionados en Santa Marta, Colombia.....	45
<i>Cristina Marín Monroy, Suly Castro Molinares</i>	
El error médico y la formación del residente.....	61
<i>Mauricio Soto Subiabre</i>	
Las pedagogías del sentido en las ciencias de la salud: captar y favorecer un movimiento.....	71
<i>María Rosa Walker</i>	



Table of Contents

EDITORIAL.....	1
<i>Dante Marcello Claramonte Gallian</i>	
The Phenomenology of Depression as a Modification of the Own Experience of the Self: Body Opacity, Temporal Desynchronization and Guiltiness.....	3
<i>Jorge Martínez Lucena</i>	
A Philosophical Stimulation in Early Professionalization of Medicine in Buenos Aires, 1820-1842.....	15
<i>Mariano Di Pasquale</i>	
Communication, Humanities and Humanization: Concepts and Experiences in Professional Education in the Health Field.....	31
<i>Mario Alfredo De Marco, Mariella Vargas Degiovani</i>	
Quality of Life Related to the Health of Elderly Pensioners and Non-Pensioners in Santa Marta, Colombia.....	45
<i>Cristina Marín Monroy, Suly Castro Molinares</i>	
Medical Error and Resident Training.....	61
<i>Mauricio Soto Subiabre</i>	
Pedagogies of Meaning in the Health Sciences: Capturing and Promoting a Movement.....	71
<i>María Rosa Walker</i>	



La fenomenología de la depresión como modificación de la experiencia del propio *self*: Opacidad corporal, desincronización temporal y culpa

Jorge Martínez Lucena, Universitat Abat Oliba CEU, España

Resumen: En los últimos años la fenomenología ha demostrado su valía en el campo de la medicina con útiles distinciones como la hecha entre conceptos como *illness* y *disease*. También ha hecho interesantes aportaciones en el campo de la psiquiatría donde se pueden encontrar trabajos interdisciplinarios sobre la diversas enfermedades mentales. La descripción fenomenológica de la experiencia del enfermo de depresión melancólica constaría de tres elementos fundamentales: a) la transformación de la experiencia del propio cuerpo; b) el continuo sentimiento de culpa; y c) una experiencia del tiempo desincronizada con respecto a la alteridad. Esta comunicación intenta aportar una síntesis de dicha investigación fenomenológica hecha sobre la depresión, que ha sido considerada la plaga de nuestro tiempo. Además, intenta explicar en qué sentido tales elementos de la descripción fenomenológica de la experiencia del paciente de melancolía pueden implicar ciertas modificaciones de la experiencia que éste hace de su propio *self*.

Palabras clave: depresión, fenomenología, corporalidad, desincronización, culpa, *self* narrativo, sociedad posmoderna.

Abstract: Last years, phenomenology has demonstrated its own value in the field of medicine with useful distinctions as the one among *illness* and *disease*. It has also contributed to psychiatry. Some inter-disciplinary works about mental illnesses can be found. The phenomenological description of the melancholic depression patient has three main features: a) the transformation of his own body experience; b) a continuous feeling of guilt; and c) a time experience which is desynchronized from the otherness. This paper aims to synthesize this phenomenological research about depression, which has been considered one of the plagues of our time. Moreover, it tries to explain how these changes in the patient's experience can imply certain modifications of his own *self*-experience.

Keywords: Depression, Phenomenology, Corporeality, Desynchronization, Guilt, Narrative Self, Postmodern Society.

Introducción

Desde el último cuarto del siglo XX, el análisis fenomenológico se ha revelado útil en el campo médico. Distinciones conceptuales como la hecha por Barondness (1979) entre sufrimiento de la enfermedad [*illness*] y enfermedad [*disease*], se han profundizado en este ámbito filosófico (Jennings, 1986; Toombs, 1987). Y eso ha permitido que los médicos tomen conciencia de una cierta práctica errónea de su profesión, que en muchas ocasiones sigue siendo dominante y que puede llevar, entre otras cosas, a la medicalización de la experiencia y de la conducta del paciente (Jennings, 1986). Lo cual, además de menoscabar la salud del paciente, podría tener implicaciones en cuanto al control social, como ha denunciado Foucault en sus obras y seminarios (p.e. Foucault, 1999). A este respecto, incluso se ha afirmado que “la experiencia posmoderna del sufrimiento de la enfermedad [*illness*] empieza cuando la gente enferma reconoce que en su experiencia hay algo más de lo que su historial médico puede decir” (Frank, 1995: 6).

Además de esta demostrada competencia en su ayuda a la medicina en general, la fenomenología también ha mostrado su valor científico en el campo psiquiátrico (Binswanger, 1975; Kimura, 1992; Askay, 2001), donde ha permitido, por ejemplo, “comprender empática y conceptualmente algunos de los más extraños y misteriosos síntomas de la esquizofrenia” (Sass, 1994: 6), aglutinando



gran cantidad de trabajos inter-disciplinarios al respecto (Parnas y Sass, 2001; Parnas et al., 2002; Depraz, 2003; Sass y Parnas, 2003; Parnas, 2004; Fuchs, 2005; Ratcliffe, 2004, 2008; Wiggins and Schwartz, 2007). Lo mismo que ha sucedido con respecto a otras patologías psiquiátricas como el trastorno límite de personalidad (Fuchs, 2007), la parafrenia (Fuchs, 1999a, 1999b), el síndrome de Capgrass (Ratcliffe, 2008), la depresión melancólica o mayor con características endogenomorfas (Fuchs, 1999, 2005, 2009) o el trastorno dismórfico corporal (Fuchs, 2003).

En este artículo vamos a recoger algunas aportaciones fenomenológicas en cuanto a la descripción de la depresión. Desde su descripción y comprensión intentaremos establecer similitudes entre dos tipos de transformaciones en la identidad narrativa de los individuos: a) las ocasionadas por esta enfermedad psiquiátrica que ha sido considerada una de las plagas de nuestros días, descrita por distintos psicólogos, psiquiatras sociales y sociólogos (Hagnell et al., 1982; Klerman et al, 1985; Hippus et al, 1986; Felton, 1987; Regier et al, 1988); y b) las producidas por el impacto en el *self* de las nuevas condiciones sociales y culturales propias de nuestra sociedad posmoderna, que algunos se han incluso atrevido a denominar sociedad depresiva o con ciertos rasgos depresivos (Anatrella, 1994; Kristeva, 1997).

Rasgos fenomenológicos de la depresión mayor

En el estudio fenomenológico de la experiencia de los pacientes con depresión melancólica o mayor con características endogenomorfas encontramos los siguientes rasgos interesantes para nuestro estudio en este artículo: a) la transformación de la vivencia del propio cuerpo; b) el constante sentimiento de culpa; y c) una percepción del tiempo marcada por la desincronización con respecto a la alteridad. Vamos a intentar explicar mínimamente cada uno de esos aspectos profundamente interconectados en la experiencia de estos enfermos.

La pérdida de transparencia del propio cuerpo

En la fenomenología del cuerpo se pueden distinguir dos modos de experimentar el propio cuerpo (Fuchs & Schlimme, 2009): una forma que podríamos llamar subjetiva y otra que se podría tildar de objetiva (Merleau-Ponty, 1962).

La primera no es más que sentir el propio cuerpo como el medio y el fondo de cada una de nuestras experiencias. Este cuerpo vivido subjetivamente opera en cada acción e interacción con los demás, aunque lo haga imperceptiblemente, sin requerir una atención explícita. Inadvertidamente permite nuestra conexión con el ambiente, con la realidad que nos rodea; nos la transparenta, nos la enmarca. Ésta es la razón por la cual determinados sentimientos existenciales son a la vez estados del propio cuerpo y modos de experimentar el mundo (Ratcliffe, 2008). Además, este cuerpo subjetivo es el cimiento de certezas incuestionables y del sentido común entendido éste como una especie de *know-how* pre-reflexivo que nos pone en sintonía tanto con el mundo como con los demás.

A pesar de que el cuerpo tiende a esconderse de nuestra percepción cuando estamos implicados en una actividad dirigida hacia el mundo (Merleau-Ponty, 1963; Leder, 1990; Gallagher & Zahavi, 2008), éste comparece como objeto de nuestra atención consciente en momentos relacionados con la propia inadecuación corporal para realizar alguna tarea, sea ésta debida a una falta de capacidad, a una enfermedad, a un dolor o a una carencia de sensibilidad, pero también cada vez que advertimos que nuestro cuerpo se convierte en objeto de la mirada de otros.

Teniendo en cuenta esta distinción a la hora de experimentar el propio cuerpo, las alteraciones de nuestra vivencia de la propia corporalidad también pueden ser distinguidas: a) aquellas que afectan a la experiencia subjetiva del cuerpo (p.e. depresión y esquizofrenia); y b) aquellas que afectan a la propia conciencia del cuerpo como objeto (p.e. trastorno dismórfico corporal o trastornos de la conducta alimentaria como la anorexia nerviosa).

Si nos centramos en el primer conjunto de trastornos, dentro del cual se incluiría la depresión, vemos cómo la esquizofrenia ha sido ya conceptualizada fenomenológicamente como una descorporalización del *self* (Sass, 1992; Fuchs & Schlimme, 2009; Raballo et al., 2011). En el caso de la depresión, sin embargo, sucede lo contrario. Esto es, ésta coincidiría con la reificación del propio cuerpo vivido subjetivamente, lo cual implica la pérdida de transparencia de éste en relación a la

realidad y a los demás. Se trata de la pérdida de una de las funciones más importantes de nuestro cuerpo -la de hacer evidente a la alteridad- y por ello coincide con una experiencia patológica. Como leemos, el cuerpo sano “se oculta precisamente en el acto de revelar qué es el Otro” (Leder, 1990: 22). Dicho de otro modo, “el cuerpo trabaja como un tácito espejo sentido del otro” (Fuchs, 2005: 98). Algo que se ha acreditado desde la neurociencia en el estudio de nuestra observación de la acción de otro, pues parece ser que cuando observamos que otro se mueve, a pesar de no movernos haciendo lo mismo, nuestro cerebro reacciona *como si* estuviésemos ejecutando esa misma acción que estamos observando. De modo que la mera observación de la acción implica en nosotros la simulación de la acción (Gallese, 2001).

Así, el deprimido estaría incapacitado para esta empatía corporal con sus alrededores. Es la experiencia que intenta describir Silvia Plath, autora que sufrió en sus propias carnes la enfermedad, en la protagonista deprimida de su novela *La Campana de Cristal*. Ésta, cuando sufre un brote de su trastorno, nos dice que “donde quiera que estuviera sentada (...) estaría bajo la misma campana de cristal, agitándome en mi propio aire viciado” (Plath 1989: 289). Mientras que, al mejorar de su enfermedad, nos cuenta:

Todo el calor y el miedo habían desaparecido. Me sentía sorprendentemente en paz. La campana de cristal pendía suspendida, a unos cuantos pies por encima de mi cabeza. Yo estaba abierta al aire que circulaba. (Plath, 1989: 335)

Como leemos en una descripción fenomenológica, en la depresión melancólica “el cuerpo pierde su fluidez y transparencia de medio y se hace manifiesto, convirtiéndose en un cuerpo sólido y pesado, que ofrece resistencia a los impulsos e intenciones de los individuos” (Fuchs & Schlimme, 2009: 572). Así, vemos cómo no sólo queda afectado el elemento cognitivo del enfermo, sino también la dimensión afectiva y apetitiva del cuerpo, que desaparece, y con ella los espacios de posibilidad para la acción, que se sustentan sobre esa apertura peripersonal que resulta bloqueada por la “hipercorporalización” de la enfermedad (Fuchs, 2005). Por tanto, “el horizonte abierto de las posibles experiencias se hunde en una atmósfera cerrada, en la que todo queda impregnado de un sentido de pérdida de posibilidades” (Fuchs & Schlimme, 2009: 572-3). De este modo, para actuar, los pacientes tienen que superar su inhibición psicomotora y obligarse a sí mismo con esfuerzos titánicos incluso para las tareas más mínimas, compensando con el empuje de la voluntad lo que el cuerpo ya no hace por sí mismo. De modo que si la inhibición crece, el espacio de actuación del paciente se reduce al estrictamente más cercano, pudiendo culminar en un estupor depresivo (Fuchs, 2005).

Al mismo tiempo, se produce en estos enfermos una pérdida sutil de la resonancia corporal o afectabilidad que media la experiencia emocional y la conexión afectiva con los demás. Al perder el cuerpo reificado su capacidad para la resonancia emocional, los pacientes “se sienten inanimados, separados de sus emociones y se quejan de un “sentimiento de que no sienten”. Ya no son capaces de ser conmovidos o afectados; las características favorables de su entorno se han desvanecido.” (Fuchs & Schlimme, 2009: 573).

Es esta misma pérdida del sentimiento la que hace que para los que padecen este trastorno del ánimo se produzca una disminución en cuanto al sentimiento del propio *self*, acompañada de una despersonalización afectiva, que es la característica principal de los episodios severos de melancolía. Incluso, en determinados casos, dicha despersonalización puede llevar a alucinaciones nihilistas como las que se producen en el síndrome de Cotard (Ratcliffe, 2008).

La nueva percepción del tiempo

Ya ha sido demostrada la influencia de distintos trastornos psiquiátricos en la vivencia del tiempo de los pacientes de tales afecciones (Martin, 2005; Ghaemi, 2007). Si nos centramos en el caso de la depresión, también encontramos una relación directa con este tipo de vivencia, que consistiría fundamentalmente en que “en depresión el futuro se pierde, y el pasado se torna fijo, inamovible, malo, el lugar de los errores sin redención” (Havens, 1986). Como leemos en *Esa visible oscuridad*: “Había llegado a la fase del desorden en que todo sentimiento de esperanza se desvanece, junto a la noción de futuro” (Styron, 2009: 56).

Como resultado de la ya mencionada hiper-corporalización del cuerpo y de su pérdida de transparencia, se produce, como hemos dicho, un efecto sobre la imaginación del paciente de depresión y su sentido de lo posible, lo que hace que no sea capaz de generar nuevos objetivos y planes de futuro, permaneciendo en su presente de total restricción corporal. Así, el depresivo no sólo es incapaz de trascender su cuerpo en el espacio, sino también en el tiempo (Fuchs, 2005).

Como ha dicho Levinas, el tiempo no es más que nuestra relación con el otro (Levinas, 1993). Dicho de otro modo, el tiempo humano es un puente tendido entre el tiempo fenomenológico y el tiempo cosmológico, es el tiempo de la historia de nuestra vida, un tiempo estructurado y articulado por las mediaciones simbólicas que son nuestras narraciones (Ricoeur, 1985). En esta línea, para Fuchs –que en esto seguiría a Heidegger (1944)-, esta alteración del tiempo vivido no tendría un carácter monádico o individual, sino que sería el resultado de una desincronización con respecto al propio entorno y a la sociedad. Según esta explicación, la relación entre el individuo y su entorno se caracteriza por un constante acoplamiento tanto en un nivel biológico como en el psicosocial. En el primero de estos niveles, los ritmos endógenos y exógenos se acompañan. En el nivel emocional y social, estamos conectados a los demás mediante procesos de resonancia y sincronización. Ambos tipos de acoplamientos no son estáticos, sino que pasan por fases periódicas de equilibrio y desequilibrio, de alteración y reconciliación, de desincronización y re-sincronización. Nuestro presente es restablecido constantemente por procesos tanto biológicos como psíquicos. Ejemplos de esto son la periodicidad de nuestras funciones vitales, la compensación de la escasez por la satisfacción de nuestras necesidades, y los procesos recurrentes de negociación con lo inacabado, como pueden ser el olvido, el sueño, el remordimiento, el duelo o las crisis (Fuchs, 2001).

Así, nuestra experiencia del tiempo es el resultado de un desequilibrio entre nosotros y el ambiente que busca eliminarse en un futuro que queda abierto por este espacio entre nosotros y el otro. Por esta razón, el tiempo del ser viviente está dirigido protensionalmente hacia el futuro, como un notodavía o un ser-tras-algo, como si éste fuese esencialmente un buscador (MacIntyre, 1987). Por el contrario, nuestra permanencia en el pasado sucede cuando la tensión con el otro es eliminada. Un ejemplo de esto sucedería durante experiencias de separación o pérdida con respecto a personas a las cuales nuestra vida estaba afectivamente en sincronía, que nos arrojan fuera del tiempo común, al territorio del duelo. Ante esto se desencadenarían nuestros mecanismos de re-sincronización, que son los que permitirán la reaparición de nuestra conciencia del tiempo efímero, en un intento de dejar atrás los cambios del entorno que habían provocado nuestro anclaje en el pasado (Fuchs, 2001).

Una de las características fundamentales de la depresión melancólica es la desincronización entre el individuo y su entorno, que se manifiesta en diversas dimensiones de la existencia. En primer lugar, esta desincronización ya se hace evidente en el desencadenante de este tipo de depresión, que no es más que una situación de *remanencia*, esto es, de permanencia de los efectos subjetivos producidos por un cambio del entorno sucedido en el pasado. Pero también se hace evidente tanto fisiológica como psicosocialmente en los distintos pacientes. En el caso de las desincronizaciones fisiológicas tenemos, por ejemplo: alteraciones de los periodos neuro-endocrinos y de temperatura, de la relación entre sueño y vigilia, del ciclo femenino, pérdida de dinamismo y del apetito sexual, etc. Mientras que en caso de las obligaciones sociales es evidente que los pacientes depresivos severos son incapaces de cumplir con sus compromisos con su entorno social: no se despiertan de acuerdo con los requerimientos de su vida social, sus tareas deben ser realizadas por otros, las decisiones familiares deben ser tomadas al margen del enfermo, etc. (Fuchs, 2001).

Podemos pues, afirmar, que “el deprimido ha caído fuera del tiempo común y se ha convertido en un anacronismo vivo. Literalmente vive en otro tiempo, mucho más lento” (Fuchs, 2001: 184). Y con ello, queda claramente afectada la capacidad de encontrarle el sentido de las propias acciones y la propia vida, para lo cual es necesaria la tensión entre los propios pasado, presente y futuro. Lo leemos en esa confesión que es *El demonio de la depresión*:

En la depresión, la falta de sentido de toda iniciativa y de todo afecto, y la falta de sentido de la vida misma, se tornan evidentes. El único sentimiento que pervive en este estado de carencia de amor es la insignificancia. (Solomon, 2003: 17)

Y, en su ápice, como ya hemos explicado antes, esta desincronización en que consiste la depresión, puede provocar alucinaciones o delirios melancólicos nihilistas que suponen una pérdida extrema del sentido de la realidad y de la vida.

El sentimiento de culpa

La conexión entre los rasgos de la melancolía descritos anteriormente y el sentimiento de culpa es prácticamente inmediata. Por un lado, se podría decir que el paciente con depresión melancólica no se puede separar a sí mismo de la experiencia de su fallo corporal y, en consonancia con ello, se siente desvalorizado, culpable y decaído: su *self* se identificaría totalmente con su cuerpo reificado. Por el otro, se podría afirmar que los sentimientos de culpa típicos del melancólico se derivarían de la alteración del *Zeitigung* o tiempo vivido, que ha sido descrito como una inhibición del llegar a ser de la vida, como el aislamiento de los otros y la consiguiente congelación en el propio pasado.

Pero, más allá de la evidente conexión entre el conjunto de características fenomenológicas aquí tratadas, veamos ahora en qué consiste el intenso sentimiento de culpa presente en la mayor parte de los pacientes con depresión mayor.

El germen de la culpa es el sentimiento de vergüenza, que no es más que la corporalización o reificación del cuerpo vivido, debida a la exposición a la mirada de los otros que tenemos interiorizados y que te juzgan (Sartre, 1956). Este sentimiento muestra la ambigüedad fundamental de la existencia humana, polarizada entre el cuerpo vivido y el corporalizado, entre la propia mirada pre-reflexiva y la mirada reflexiva originada por la mirada del otro (Merleau-Ponty, 1962). Como ha afirmado Paul Auster: “Todos somos extraños para nosotros mismos, y si tenemos alguna sensación de quiénes somos, es sólo porque vivimos dentro de la mirada de los demás.” (Auster, 2012: 175).

Es por esta importancia de la alteridad en la constitución del propio *self* (Zahavi, 2007) que aparece la culpa. Al decir de Fuchs,

cuando las normas son internalizadas como elementos propios de valoración y cuando la auto-condenación se adelanta a la exposición pública. Lo cual presupone el desarrollo de un centro personal, con la balbuciente capacidad de considerarse uno mismo como el origen de las propias acciones, en orden a poderlas evaluar y sentirse responsable de ellas. (Fuchs, 2003: 230)

De este modo, contra lo que sucede en la vergüenza, el sentimiento de culpa no está ligado a la inmediata presencia del otro, sino que su impacto es más duradero. En vez de sentirse expuesto a los demás y paralizado por sus miradas, el culpable se siente abandonado. En este sentido, la culpa coincide con la corporalización del cuerpo vivido, con una separación abismal con respecto a los demás que parece irreconciliable, y que se hace sensible como un terrible peso en el pecho y con una sensación de estar irremisiblemente atrapado por y en el pasado. La culpa, en este sentido, es la interrupción del movimiento de la vida y la vinculación a un momento del pasado que se nos presenta con la irreversibilidad de la muerte.

Tal sentimiento, sin embargo, no es algo que se pueda entender como superficial en nuestra humanidad, sino que está vinculado, como hemos dicho, a momentos esencialmente constitutivos de la propia auto-conciencia, tal y como se puede observar tanto en la psicología evolutiva como en la etología (Fuchs, 2003). La culpa es el producto de la aparente interrupción del amor de los padres cuando uno no hace lo debido, es la profunda internalización del reproche de los demás: en ella, la condena externa se convierte en auto-condena. Por eso se ha dicho de la depresión severa que es “una grieta en el amor” (Solomon, 2003: 17). Así, se llega a la culpa a través de un proceso de internalización de normas sociales hasta la constitución de la conciencia personal a través de la asunción de la propia responsabilidad moral ante los demás.

Sin embargo, este sentimiento de culpa, que no es más que un saludable dispositivo en pro de la convivencia humana, puede revertir en un círculo vicioso de infinita auto-inculpación si no es acompañado de la capacidad humana de adopción de una meta-perspectiva integradora de la perspectiva del cuerpo vivido y de la del cuerpo corporalizado, de la del yo y de la del otro. Podríamos decir que puedo afirmarme a mí mismo ante las miradas desvalorizadoras y los reproches de los demás, trascendiendo la actual situación de dolor, por ejemplo, anticipando una posible reconciliación o compensación (Fuchs, 2003). De este modo, el círculo vicioso entre la corporalización (y su

consiguiente aislamiento) y la culpa se puede romper. Sin embargo, en algunas enfermedades psíquicas, como es el caso de la depresión melancólica, esta meta-perspectiva sanadora parece no funcionar a la hora de eliminar el mencionado círculo fatal.

Vista esta breve fenomenología de la culpa, se observan las claras similitudes de ésta con respecto a lo dicho anteriormente acerca de la depresión severa: corporalización o pérdida de transparencia del cuerpo, separación del otro, pérdida de sincronía con el tiempo colectivo, anclaje en el pasado, sensación de expulsión de nuestra básica unión con los demás, etc. Sin embargo, la melancolía no está inscrita en una relación con otro que le permitiría elaborar o madurar la situación utilizando la mencionada perspectiva integradora. La melancolía es precisamente la interrupción de todas las relaciones hasta el autismo. De este modo,

el paciente melancólico está tan identificado con la culpa que es culpable *per se* (...) Se siente como siendo el centro de un "mundo-de-la-culpa", en el cual cualquier cosa se convierte en un signo de su falta. No hay perdón, no hay remordimiento o reparación en el futuro; ser culpable comprende totalmente su ser. (Fuchs, 2003: 239)

Es por esta razón que, para el melancólico, el suicidio no es visto como una liberación, sino como la ejecución de un justo castigo, de una pena de muerte que merece. De todo esto, podemos concluir que procesos necesarios para la maduración del individuo como ser social y autoconsciente, tales como el amor y la calidez, las experiencias corpóreas de la restricción, de la separación, de la repulsión, se convierten en el análisis del melancólico en sinónimos de muerte. De este modo,

el melancólico paga un precio alto por convertirse en un individuo, ya que la suma de los sentimientos de culpa y separación, una vez conectados a este proceso, caen sobre él con una fuerza sin freno. La depresión melancólica muestra la profundidad a la que nuestras experiencias interpersonales están moldeadas en la memoria de nuestro cuerpo vivido. (Fuchs, 2003: 240)

Por tanto, la melancolía podría ser considerada una patologización de la culpa debida a la incapacidad del deprimido para adoptar una meta-perspectiva capaz de relativizar los propios sentimientos presentes en función de una posible posterior reconciliación con el otro o de una posible compensación al otro. El paciente de depresión está, como leemos de uno de los escritores azotados por esta enfermedad, presidido por el miedo a la interrupción del amor de los demás, que coincidiría con la del propio yo:

La pérdida de la autoestima es un síntoma bien conocido, y mi propia conciencia del yo estaba al borde de la desaparición, junto con mi confianza en mí mismo. Esta pérdida puede degenerar rápidamente en dependencia, y la dependencia en miedo infantil. Uno teme la pérdida de todas las cosas, de todas las personas cercanas y queridas. Hay un temor agudo al abandono. Estar solo en casa, aunque fuese por un momento, me producía pánico e inquietud extremos. (Styron, 2009: 55)

Esta indisposición ante la posibilidad de adoptar una perspectiva que incluya al otro en la mirada amorosa sobre uno mismo, coincide con la ausencia del espacio inter-personal abierto a la libertad que da el distanciamiento de uno mismo. Como hemos dicho en los apartados anteriores, es precisamente este espacio el que queda amenazado por la depresión melancólica, y, como también se ha explicado, sólo en la culminación nihilista de la enfermedad antes mencionada (síndrome de Cotard), el *self* del paciente es capaz de desconectar de su cuerpo reificado, liberándose, abriendo de nuevo un espacio, aunque al precio de perder su sensación de estar vivo (Fuchs, 2005).

El self narrativo del enfermo de depresión

Dentro de la fenomenología existe una cierta corriente que intenta responder a ciertos problemas planteados en la filosofía contemporánea como la posibilidad de fundamentación del *self* narrativo (Martínez Lucena, 2010) o la mismísima existencia y/o continuidad del *self*, problematizada por diversos autores de tradición tanto analítica como la post-estructuralista, herederos de los planteamientos anti-*self* tanto de Hume como de Nietzsche. Además de esto, ante el intento narrativista de

reducir a relato la identidad humana, son muchos los que reconocen la imposibilidad de identificar completamente *self* y narración (Ricoeur, 1990; Vice, 2003; Lamarque, 2004; etc.). A pesar de esto, Gallagher y Zahavi (2008) tratan de recuperar la tradición fenomenológica relejendo a autores como Husserl, Heidegger, Sartre, Merleau-Ponty o Henry, así como de abrirse paso en el intento de encontrar una explicación para el *self* que observe todas las objeciones mencionadas.

El resultado de este intento fenomenológico es su distinción entre el *self* mínimo y el *self* narrativo. El *self* mínimo no sería una cosa, sino que coincidiría con una propiedad de todas las experiencias según la cual éstas vendrían dadas en primera persona. Tal experiencia es denominada *mieidad* [*mineness*] (Zahavi, 2005: 124ss) vendría avalada, en condiciones normales, por el principio de inmunidad de la primera persona, según el cual “cuando un hablante usa el pronombre de la primera persona para referirse a sí mismo, no puede cometer error acerca de la persona a la cual se está refiriendo” (Gallagher, 2000: 15). Así, el *self* mínimo es más la subjetividad de la experiencia que el sujeto de la experiencia. Y sobre esta subjetividad se construye el *self* narrativo, que “es probablemente la más impresionante obra de arte que jamás hayamos producido, y seguramente la más intrincada” (Bruner, 2002: 14), cuya unidad “reside en la unidad de una narración que conecta nacimiento, vida y muerte como si fuesen el comienzo, el nudo y el desenlace de una narración” (MacIntyre, 1987: 205). El *self* narrativo sería, pues, una autoconstitución articulada desde un organismo humano sano, gracias a la donación de su experiencia en la primera persona, y gracias a un conjunto de estímulos externos inter-subjetivos, que harían aparecer el lenguaje (Martínez Lucena, 2010): ya que antes de constituirnos narrativamente tenemos que hablar con nosotros mismos y con otros (Hutto, 2008). Tal fundamentación del *self* narrativo en el *self* mínimo, además, vendría avalada por la neurociencia (Damasio, 1999: 168-194).

Partiendo de esta distinción, podríamos decir de modo inmediato que los cambios fenomenológicos explicitados anteriormente propios de la depresión no afectarían al *self* mínimo, sino a lo que llamamos *self* narrativo. Y esto es así por dos razones.

En primer lugar, porque la depresión coincide con una ocasión y/o una necesidad de rehacer el propio *self* narrativo. La identidad o *self* narrativo quedan afectados por la depresión, “la depresión interactúa con la personalidad” (Solomon, 2003: 33), porque el relato que el enfermo crónico tiende a construir de la propia vida va a ser evidentemente más pesimista, cargado por el peso y la culpa del pasado vivido y por el miedo a una ineluctable soledad, así como carente de fines futuros, se ha llegado a describir la narración de la propia vida como un indicador de salud (Pinnebaker & Seagal, 1999).

En este sentido, la depresión melancólica es sin duda una ocasión para rehacer la propia identidad en este sentido: “El depresivo nos muestra vicariamente que como individuos y como sociedad estamos obligados a la tarea de reapropiarnos del tiempo que hemos hecho nuestro enemigo, y a hacerlo de nuevo amigable para nosotros” (Fuchs, 2001: 185).

Así, los enfermos de depresión cambian de identidad siguiendo un itinerario similar según los estudios cualitativos hechos: 1. Un periodo de sentimientos incipientes durante el cual al enfermo le falta el vocabulario para identificar su propia experiencia como depresión; 2. Una fase durante la cual el enfermo piensa que algo no funciona bien en él; 3. Un escenario de crisis que les arrastra a un mundo de expertos terapeutas; y 4. Una etapa en que se capta la propia identidad con la enfermedad, durante la cual el enfermo teoriza acerca de las causas de su afección y evalúa las posibilidades de superarla (Karp, 1996).

En este mismo nivel, se podría decir que el *self* narrativo de los melancólicos se construye igual que el de cualquier otro humano, enfermo o no, aunque siguiendo uno de los tres patrones narrativos siguientes: 1. La depresión está relacionada con una carencias o privaciones en el desarrollo temprano debido a determinadas experiencias en la infancia y/o adolescencia; 2. La depresión aparece en un contexto de excesivas exigencias laborales que llevan a un *burn-out* que desemboca en depresión; o 3. Diversos factores sintomáticos delinean una historia de privaciones y sucesos a los que se reacciona con la depresión (Kangas, 2001). Tales patrones serían tanto resultados narrativos como herramientas contextualizadoras en el proceso de encontrarle sentido a la depresión.

En segundo lugar, el *self* narrativo queda afectado por la depresión melancólica porque el enfermo, en las fases más agudas de la enfermedad, tiene dificultades incluso para narrar su identidad y empieza a sufrir alteraciones en ella (Toombs, 1987; Kleinman, 1988; Frank, 1995; Hýden, 1997; Charmaz, 1983, 2002; Charon, 2006), pues percibe la existencia como carente de sentido, y la narración no es más que una explicitación de esa búsqueda de sentido que somos (Taylor, 2006). Pare-

ce que algunas enfermedades mentales podrían provocar un tipo de discontinuidad en el *self* que amenazaría en un sentido radical la mismidad de la persona enferma. Ejemplo claro de ello, junto a la depresión severa, serían el trastorno límite de personalidad (Fuchs, 2007), la esquizofrenia y el trastorno disociativo (Wells, 2003).

Si nos fijamos en la depresión e intentamos tener en cuenta el análisis fenomenológico hecho en el apartado anterior podemos observar que las anomalías mostradas en la percepción de la propia vida afectan sin duda a lo que se podría considerar la identidad narrativa o *self* narrativo del paciente. No se trata ya de que se cambie la narrativa de la propia existencia, sino de que los síntomas fenomenológicos de la depresión mayor resultan muchas veces incompatibles con la misma actividad de narrar, pues suponen una separación de la alteridad, tal y como hemos ya explicitado en el apartado 2. Y esta vinculación afectiva con la alteridad es fundamental para tramar nuestra identidad narrativa por diversas razones: los relatos de la alteridad son fundamentales para darle coherencia a los nuestros, y tienen una importancia fundamental a la hora de poder elaborar nuestros propios relatos: no sólo porque en la pertenencia social se encuentran los marcos referenciales sobre los que hacer experiencia de nosotros mismos (Taylor, 2006), sino porque sólo somos co-autores de la narración que es nuestra propia vida (MacIntyre, 1987) y porque la narratividad de la propia experiencia está indisolublemente conectada a su inter-subjetividad o sociabilidad (Martínez Lucena, 2008).

Una similitud con la sociedad depresiva

A modo de reflexión última queremos señalar ciertas similitudes entre la situación cultural actual y la fenomenología de la depresión en torno a los efectos que ambas causan en la identidad narrativa.

En la cultura actual se observa un proceso de eliminación del futuro similar al que aparece en la fenomenología de la depresión. Como han explicado algunos sociólogos (Lyotard, 1987; Lipovetsky, 1990; Bauman, 2004; etc.) y psicoanalistas (Anatrella, 1994; Kristeva, 1997), el paso de la modernidad a la posmodernidad ha coincidido con la caída de las ideologías y la disolución de los metarrelatos capaces de canalizar el dinamismo social e individual en pro de un proyecto común de futuro. Esto

ha provocado la fragmentación de las matrices de significación unitaria y la consiguiente proliferación de una multiplicidad de centros simbólicos en los que se arraigan una variada gama de subjetividades sociales. La anomia ha dejado de ser el constante enemigo que todas las sociedades buscaban conjurar para convertirse, finalmente, en uno de los elementos fundamentales en la idiosincrasia de las sociedades actuales (Carretero, 2003: 88).

El resultado de esto es que los modos de elaborar el sentido de la vida de los individuos posmodernos se centrarán en multitud de micro-mitologías fluctuantes y precarias que, suministradas en el supermercado posmoderno de la imagen y los media, “acogen identidades sociales *re-ligadas* en torno a lo afectivo y lo emocional” (Carretero, 2003: 88). Lo cual supone una radiografía sociológica del ciudadano actual bastante acorde con lo que leemos en el psicoanálisis:

quien se ve parcialmente privado de la función de la Idealidad tiene dificultades para dejar de adoptar una postura narcisista; y una sociedad que no postula dicha función no hace sino acentuar la fragmentación social, puesto que no propone nada valioso ni duradero. Cuando todo viene a ser lo mismo, nada tiene interés, salvo la propia persona. (Anatrella, 1994: 290)

Así, las sociedades actuales sufrirían un narcisismo endémico. En primer lugar porque impedirían el paso a la vida adulta en función de la asunción de determinados ideales sociales objetivos que permitiesen articular la existencia del *self* narrativo de un modo más o menos duradero. Pero, en segundo lugar porque propondrían como solución al problema la instalación del individuo en propuestas de narcisismos colectivos o de neotribalismos fundados sobre micro-utopías intersticiales (Maffesoli, 1990) que permitirían re-encantar la vida instalándola en el más radical presentismo (Barraycoa, 2005). Esto perpetuaría el narcisismo y sus consiguientes malestares (Lasch, 1999; Taylor, 1994; Bauman, 2001; etc.) que en su repetición recurrente podrían llevar al desengaño y la ansiedad, favoreciendo la caída en la propia culpabilización y en la consiguiente depresión.

Además de todo esto, nuestra sociedad actual está imbuida de un proceso de aceleración social que todos sufrimos. De esto, podría preverse que la permanente revolución del mundo de la vida producirá un incremento de las desincronizaciones que exigen demasiada adaptabilidad del individuo. Algo que se suscribe desde el campo de la psiquiatría: “Como psiquiatras, percibimos este desarrollo, cada vez más la gente viene a nuestras consultas porque no puede tolerar las modernizaciones aceleradas y cae en la desincronización que es la depresión” (Fuchs, 2001: 185).

Estos paralelismos descritos nos acercan a juicios como el pronunciado en el libro que fue finalista del premio Pulitzer en el año 2002: “Las tasas cada vez más elevadas de depresión son, incuestionablemente, consecuencia de la modernidad. El ritmo de vida, el caos tecnológico, la alienación, la ruptura de las estructuras familiares tradicionales, la soledad endémica, el fracaso de los sistemas de creencias (religiosas, morales, políticas, sociales, todo lo que alguna vez pareció tener sentido y orientación a la vida) nos han llevado a una situación catastrófica” (Solomon, 2003: 49).

Conclusión

El análisis fenomenológico de la experiencia de los pacientes con depresión melancólica parece describir un cierto paralelismo con la situación social y cultural de la posmodernidad en cuanto a sus efectos sobre el individuo y su correspondiente *self* narrativo.

Esto no constituye ninguna solución al problema planteado por la depresión en nuestras sociedades posmodernas. Aunque sí puede significar una llamada de atención en los campos de la psicología, la psiquiatría, la medicina general y la educación social: una invitación a tomar conciencia de la importancia de la alteridad y de la necesidad de la estabilidad de las relaciones y pertenencias en la propia salud psíquica. Lo cual constituye un claro llamamiento a pensar, elaborar y tomar medidas en pro de potenciar tanto hábitos preventivos como terapéuticos en este sentido.

REFERENCIAS

- Anatrella, T. (1994): *Contra la sociedad depresiva*, Santander, Sal Terrae.
- Askay, R. (2001): "Heidegger's Philosophy and its Implications for Psychology, Freud, and Existential Psychoanalysis", en: Boss, M. (ed): *Zollikon Seminars: Protocols-Conversations-Letters*, Evanston, Northwestern University Press, pp. 301-315.
- Auster, P. (2012): *Diario de invierno*, Barcelona, Anagrama.
- Barondness, J.A. (1979): "Disease and illness – a crucial distinction", *Am J Med*, 66 (3): 375-376.
- Barraycoa, J. (2005): *Tiempo muerto: tribalismo, civilización y neotribalismo*, Barcelona, Scire.
- Bauman, Z. (2004): *Modernidad líquida*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.
- Binswanger, L. (1975): *Being-in-the-world: Selected Papers of Ludwig Binswanger*, London, Souvenir Books.
- Bruner, J. (2002): *Making Stories: Law, Literatura, Life*. Cambridge (MA), Harvard University Press.
- Charmaz, K. (1983): "Loss of self: a fundamental form of suffering in the chronically ill", *Sociology of Health and Illness*, 5 (2): 168-195.
- (2002): "The Self as Habit: The Reconstruction of Self in Chronic Illness", *The Occupational Therapy Journal of Research*, 22: 31S-41S.
- Charon, R. (2006): *Narrative Medicine. Honoring the Stories of Illness*, Oxford, Oxford University Press.
- Carretero, E. (2003): "Postmodernidad e imaginario. Una aproximación teórica", *Foro Interno*, 3: 87-101.
- Damasio, A. (1999): *The Feeling of What Happens*, London, Vintage.
- Depraz, N. (2003): "Putting the Epoché into Practice: schizophrenic Experience as Illustrating the Phenomenological Exploration of Consciousness", en: Fulford, K.W.M., Morris, K., Sadler, J, y Stanghellini, G. (eds): *Nature and Narrative: An Introduction to the New Philosophy of Psychiatry*, Oxford, Oxford University Press, pp. 187-198.
- Felton, B. (1987): "Cohort variation in happiness", *International Journal of Aging and Human Development*, 25: 27-42.
- Foucault, M. (2001): *Los Anormales. Curso del Collège de France (1974-1975)*, Madrid, Akal.
- Frank, A. (1995): *The Wounded Storyteller. Body, Illness, and Ethics*, Chicago, The University of Chicago Press.
- Fuchs, T. (1999a): "Life Events in Late Paraphrenia and Depression", *Psychopathology*, 32 (2): 60-69.
- (1999b): "Patterns of Relation and Premorbid Personality in Late Paraphrenia and Depression", *Psychopathology*, 32: 70-80.
- (2001): "Melancholia as Desynchronization: Towards a Psychopathology of Interpersonal Time", *Psychopathology*, 34: 179-186.
- (2003): "The Phenomenology of Shame, Guilt and the Body in Body Dysmorphic Disorder and Depression", *Journal of Phenomenological Psychology*, 33 (2): 223-243.
- (2005): "Corporealized and Disembodied Minds. A Phenomenological View of the Body in Melancholia and Schizophrenia", *Philosophy, Psychiatry & Psychology*, 12 (2): 95-107.
- (2007): "Fragmented Selves: Temporality and Identity in Borderline Personality Disorder", *Psychopathology*, 40: 379-387.
- Fuchs, T. y Schlimme, E. (2009): "Embodiment and psychopathology: a phenomenological perspective", *Current Opinion in Psychiatry*, 22: 570-575.
- Gallagher, S. (2000): "Philosophical Conceptions of the Self: Implications for cognitive Science", *Trends in Cognitive Sciences*, 4 (1): 15-17.
- Gallagher, S. y Zahavi, D. (2008): *The Phenomenological Mind. An introduction to philosophy of mind and cognitive science*, New York, Routledge.
- Gallese, V. (2001): "The 'shared manifold' hypothesis. From mirror neurons to empathy", *Journal of Consciousness Studies*, 8: 33-50.
- Ghaemi, S.N. (2007): "Feeling and Time: The Phenomenology of Mood Disorders, Depressive Realism and Existential Psychotherapy", *Schizophrenia Bulletin*, 33 (1): 122-130.

- Hagnell, O., Lanke, J., Rorsman, B. y Oejasjö, L. (1982): "Are we entering an age of melancholy? Depressive illness in a prospective epidemiological study over 25 years. The Lundby Study, Sweden", *Psychological Medicine*, 12: 279-289.
- Havens, L.L. (1986): *Making Contact: Uses of Language in Psychology*, Cambridge (MA), Harvard University Press.
- Heidegger, M. (1944): *El ser y el tiempo*, México D.F., Fondo de Cultura Económica.
- Hippius, H., Klerman y G., Matussek, N. (eds) (1986): *New Results in Depression Research*, Berlin, Springer Verlag.
- Hutto, D. D. (2008): *Folk Psychological Narratives. The Sociological Basis of Understanding Reasons*, Cambridge (MA), MIT Press.
- Hýden, L.C. (1997): "Illness and narrative", *Sociology of Health & Illness*, 19 (1): 48-69.
- Jennings, D. (1986): "The confusion between disease and illness in clinical medicine", *Philosophy of Medicine*, 135: 865-869.
- Kangas, I. (2001): "Making sense of depression: perceptions of melancholia in lay narratives", *Health*, 5 (1): 76-92.
- Karp, D.A. (1996): *Speaking of Sadness: Depression, Disconnection, and the Meanings of Illness*. Oxford, Oxford University Press.
- Kimura, B. (1992): *Ecrits de psychopathology phénoménologique*, Paris, Presses Universitaires de France.
- Kleinman, A. (1988): *The Illness Narratives. Suffering, Healing and the Human Condition*, New York, Basic Books.
- Klerman, G.L., Lavori, P.W., Rice, J., Reich, T., Endicott, J., Andreasen, N.C., Keller, M.B. y Hirschfield, R.M.A. (1985): "Birth cohort trends in rates of major depressive disorder among relatives of patients with affective disorder", *Arch Gen Psychiatry*, 42: 689-695.
- Kristeva, J. (1997): *Las nuevas enfermedades del alma*, Madrid. Cátedra.
- Lamarque, P. (2004): "On not expecting too much from narrative", *Mind & Language*, 19 (4): 393-408.
- Lasch, C. (1999): *La cultura del narcisismo*, Santiago de Chile, Andrés Bello.
- Leder, D. (1990): *The absent body*, Chicago. Chicago University Press.
- Levinas E (1993): *El tiempo y el otro*, Barcelona, Paidós.
- Lipovetsky, G (1990): *El imperio de lo efímero*, Barcelona, Anagrama.
- Lytard, J. F. (1987): *La condición posmoderna*, Madrid, Cátedra.
- MacIntyre, A. (1987): *Tras la virtud*. Barcelona, Crítica.
- Maffesoli, M. (1990): *El tiempo de las tribus*, Barcelona, Icaria.
- Martin, W. (2005): "Lived Time and Psychopathology", *Philosophy, Psychiatry and Psychology*, 12: 173-185.
- Martínez Lucena, J. (2008): "Narratividad y pre-narratividad de la experiencia en A. MacIntyre C. Taylor, P. Ricoeur y D. Carr", *Rivista di Filosofia Neo-Scolastica*, 1: 73-109.
- (2010): "El self narrativo en busca de fundamento en la filosofía contemporánea", *Anuario Filosófico*, 43 (3): 589-612.
- Merleau-Ponty, M. (1962): *Phenomenology of Perception*, London, Routledge and Kegan Paul.
- (1963): *The Structure of Behavior*, Pittsburg (PA), Duquesne University Press.
- Parnas, J. (2004): "Belief an Pathology of Self-Awareness: A Phenomenological Contribution to the Classification of Delusions", *Journal of Consciousness Studies*, 11 (10-11): 148-161.
- Parnas, J., Bovet, P. y Zahavi, D. (2002): "Schizophrenic Autism: Clinical Phenomenology and Pathogenetic Implications", *World Psychiatry*, 1 (3): 131-136.
- Parnas, J. y Sass, L.A. (2001): "Self, Solipsism, and Schizophrenic Delusions", *Philosophy, Psychiatry, Psychology*, 8 (2-3): 101-120.
- Pinnebaker, J.W. y Seagal, J.D. (1999): "Forming a Story: The Health Benefits of Narrative", *Journal of Clinical Psychology*, 55 (10): 1243-1254.
- Plath, S. (1989): *La campana de cristal*, Barcelona, Edhasa.
- Raballo, A., Saebye, D. y Parnas, J. (2011): "Looking at the schizophrenia spectrum through the prism of self-disorders: an empirical study", *Schizophrenia Bulletin*, 37 (2): 344-351.
- Ratcliffe, M. (2004): "Interpreting Delusions", *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 3: 25-48.
- (2008): *Feelings of being. Phenomenology, psychiatry and the sense of reality*, Oxford, Oxford University Press.

- Regier, D. et al. (1988): "One month prevalence of mental disorders in United States", *Archives of General Psychiatry*, 45: 977-986.
- Ricoeur, P. (1985): *Temps et Récit III: Le temps raconté*, Paris, Du Seuil.
- (1996): *Sí mismo como otro*, Madrid, Siglo XXI.
- Sartre, J.P. (1956): *Being and nothingness*, New York, Philosophical Library.
- Sass, L.A. (1992): *Madness and modernism. Insanity in the light of modern art*, New York, Basic Books.
- (1994): *The Paradoxes of Delusion. Wittgenstein, Schreber and the Schizophrenic Mind*, Ithaca, Cornell University Press.
- Sass, L.A. and Parnas, J. (2003): "Schizophrenia, Consciousness, and the Self", *Schizophrenia Bulletin*, 29 (3): 427-424.
- Styron, W. (2009): *Esa visible oscuridad*, Barcelona, La otra orilla.
- Taylor. C. (1994): *La ética de la autenticidad*, Barcelona: Paidós.
- (2006): *Fuentes del yo. La construcción de la identidad moderna*, Barcelona: Paidós.
- Toombs, S.K. (1987): "The meaning of illness: A phenomenological approach to the patient-physician relationship", *The Journal of Medicine and Philosophy*, 12: 219-240.
- Solomon, A. (2003): *El demonio de la depresión*, Madrid, Ediciones B.
- Vice, S. (2003): "Literature and the narrative self", *Philosophy*, 78: 93-108.
- Wells, L.A. (2003): "Discontinuity in Personal Narrative: Some Perspectives of Patients", *Philosophy, Psychiatry & Psychology*, 10 (4): 297-303.
- Wiggins, O. y Schwatz, M.A. (2007): "Schizophrenia: A Phenomenological-Anthropological Approach", en: Chung, M.C., Fulford, K.W.M. y Graham, G. (eds): *Reconceiving Schizophrenia*, Oxford, Oxford University Press, pp 113-127.
- Zahavi, D. (2005): *Subjectivity and Selfhood. Investigating the First-Person Perspective*, Cambridge (MA), MIT Press.
- (2007): "Self and Other: The limits of narrative understanding", en: Hutto, D. (ed.): *Narrative and Understanding Persons*, Cambridge, Cambridge University Press, pp. 179-202.

SOBRE EL AUTOR

Jorge Martínez Lucena: es profesor de Antropología en la Universitat Abat Oliba CEU de Barcelona. Ha sido Visiting Researcher en la Università Cattolica del Sacro Cuore (Milán) de Septiembre de 2007 a Enero de 2008, así como en la University of Hertfordshire (Hatfield, UK) de Septiembre de 2009 a Julio de 2010 como Visiting Researcher en la University of Hertfordshire (Hatfield, UK). Tras ello, fue Visiting Associate de Enero de 2011 a Junio de 2011 en la Durham University (Durham, UK). Además, es autor de diversos artículos especializados en diversos campos de las humanidades, y de ensayos en torno al pensamiento contemporáneo (especialmente el de Derrida, Foucault y Taylor), la cultura pop, y los imaginarios sociales de la posmodernidad. Algunos de sus libros son *Los antifaces de Dory*. Retrato en collage del sujeto posmoderno (Scire, 2008), *Vampiros y zombis posmodernos. La revolución de los hijos de la muerte* (Gedisa, 2010) y *Ensayo Z. Una antropología de la carne perecedera* (Berenice, 2012).

Un estímulo filosófico en la temprana profesionalización de la medicina en Buenos Aires, 1820-1842

Mariano Di Pasquale, Universidad Nacional de Tres de Febrero, Argentina

Resumen: *El presente artículo estudia los textos producidos por los llamados “ideólogos” rioplatenses en función de identificar las conexiones emergentes entre éstos y las corrientes intelectuales europeas, en especial, aquellas nociones derivadas de Destutt de Tracy y Pierre Jean Georges Cabanis. Se busca demostrar que la difusión de estos saberes a través de las aulas de la Universidad de Buenos Aires tendrá una importancia crucial en la incipiente conformación de la ciencia médica porteña en la primera mitad del siglo XIX. Asimismo, estos conocimientos introducidos se articulan con la necesidad de renovar los saberes médicos en el marco del sistema político republicano de gobierno. Estas reformas intentaron eliminar las prácticas y los imaginarios coloniales en su conjunto. En el ámbito científico y académico, la medicina debía ser también una pieza modificada y adaptada a los lineamientos del nuevo orden político, lo cual provocó un incipiente proceso de profesionalización de la actividad y la necesidad de ubicar a la medicina dentro de los parámetros de la ciencia moderna.*

Palabras Clave: *idéologie, saberes médicos, profesionalización de la medicina, Buenos Aires, siglo XIX.*

Abstract: *This article examines the texts produced by the so-called “ideologues” from the Rio de la Plata according to identify emerging connections between them and the European intellectual currents, in particular, those notions or the concepts derived from Destutt de Tracy and Pierre Jean Georges Cabanis. It seeks to demonstrate that the dissemination of this knowledge through the classrooms of the University of Buenos Aires will have a crucial importance in the incipient formation of Buenos Aires medical science in the first half of the 19th century. In addition, this introduced knowledge is articulated with the need to renew the medical knowledge in the framework of the Republican political system of Government. In the field of scientific and academic, medicine should also be one-piece modified and adapted to the guidelines of the new political order, which provoked an incipient process of professionalization of the activity and the need to put the medicine within the parameters of modern science*

Keywords: *Idéologie, Medical Knowledge, Professionalization of Medicine, Buenos Aires, 19th Century.*

Introducción

El presente artículo desea demostrar que un factor relevante de incidencia en el proceso de renovación de los conocimientos médicos en Buenos Aires se debe a la recepción de la *Idéologie*, en especial a partir de la incorporación de las nociones de Destutt de Tracy y Pierre-Jean-George Cabanis. Los saberes derivados de la Ideología, corriente francesa tardoinstruida, se difundieron en la escena local a partir de las obras y las lecciones de ciertos profesores que apropiaron estos conocimientos y los difundieron a través del ámbito académico superior.

El proceso mediante el cual la Ideología tuvo una incidencia significativa en la gestación de una cultura científica a fines del siglo XIX en la Argentina ha sido tratado por varios autores (Ingenieros, 1937, 170-230; de Ghioldi, 1938; Soler, 1968; Korn, 1983; Teran, 1896 y Conti, 1997). No obstante, al profundizar esta cuestión, se observa que la recepción de dichos saberes aparece, en primer lugar, en el espacio de la filosofía, en especial en la cátedra de Ideología inaugurada junto a la flamante Universidad de Buenos Aires en 1821. Esta peculiar situación surgiere un proceso de retroalimentación y una transferencia de saberes que va desde una filosofía de matriz ideologista al espacio médico reflejando puntos de conexión entre ambas disciplinas.

Asimismo, se advierte que la recepción de la *Idéologie* se enlaza con el proceso político transformador llevado a cabo por la gestión rivadaviana. Estas reformas buscaron renovar las



prácticas y los imaginarios coloniales en su conjunto. En el ámbito científico y académico, la medicina debía ser una pieza modificada y adaptada a los lineamientos del régimen republicano de gobierno, lo cual provocó un incipiente proceso de profesionalización de la actividad y la necesidad de delimitar la medicina dentro de los parámetros de la ciencia moderna.

En especial, nos interesa aquí resaltar una cuestión de este proceso de profesionalización (Véase Ramsey, 1988; Haber, 1991; Bonner, 1995). Me refiero a la introducción y al uso de un determinado lenguaje que operará como forma de diferenciación y de búsqueda de cierta legitimidad científica. De esta manera, existió una propagación de un lenguaje fisiologicista e ideologicista, nuevo y moderno, que comienza apropiándose desde el ámbito académico en función de constituir un insumo para la especialización de los conocimientos y prácticas médicas respecto de los saberes anteriores.

Antecedentes: la medicina porteña entre el Protomedicato y la creación del Instituto Médico Militar

El Protomedicato era la institución que se encargaba de vigilar el ejercicio del arte de curar, así como de ejercer una función docente y atender a la formación de profesionales. También contaba con un tribunal especial para castigar las faltas cometidas por los facultativos y perseguir a los curanderos. Tenía, además, una función financiera, pues fijaba aranceles para exámenes y visitas de boticas, regulaba multas, administraba y distribuía esos fondos entre sus miembros o los aplicaba a la finalidad que mejor le parecía (Beltrán, 1937).

Desde el siglo XV España contó con instituciones semejantes que, en el siglo XVI, extendió a las colonias creando los protomedicatos de México y del Perú. En el Río de la Plata, el protomedicato fue instalado en Buenos Aires de manera interina por el virrey Vértiz en 1779 debido a las serias deficiencias en los servicios hospitalarios que encontró en la región (Asúa, 2010: 155). Funcionó de manera precaria hasta 1798, año en el cual Carlos III autorizó definitivamente su funcionamiento como independiente del de Castilla.

En abril de 1799 se nombró catedrático de medicina al doctor Miguel O'Gorman y de cirugía al licenciado Agustín Eusebio Fabre. La escuela de medicina inició el período de clases el 2 marzo de 1801 con 15 alumnos, muchos de los cuales actuarían después como médicos militares en las invasiones inglesas o en la guerra de la Independencia. Más tarde, Fabre será reemplazado por Cosme Mariano Argerich (1756-1820), que posteriormente será secretario del Protomedicato, al suceder a O'Gorman en 1802 (Dalmases, 1947; Molinari, 1941). El curso duraba seis años, distribuidos de la siguiente manera: en el primero, se enseñaba anatomía; en el segundo, química farmacéutica y botánica; en el tercero, materia médica; en el cuarto, enfermedades; en el quinto, operaciones; y el sexto consistía en lecciones de medicina clínica.

El plan de estudios se basaba en el de la Universidad de Edimburgo. Para la enseñanza de medicina se usaban los textos de William Cullen y James Gregory. Para cirugía se recomendaban textos españoles, como el *Curso completo de anatomía* de Jaime Bonells e Ignacio Lacaba, de cinco tomos, y las *Operaciones de cirugía* de Francisco Villaverde (Cantón, 1921: 235-240). De modo que, mientras la medicina general era escocesa, la cirugía tomaba el modelo español.

En 1813, bajo la inspiración de la Asamblea, se dio una nueva organización a los estudios médicos. Se creó el Instituto Médico Militar, probablemente por el impulso favorable de las victorias del Ejército del Norte en Tucumán y Salta y ante los pedidos de Belgrano para que se le enviaran cirujanos militares necesarios en el contexto de la guerra de Independencia (Asúa, 2010: 159). Más tarde, el Directorio militarizó aún más el Instituto Médico al ordenar a sus profesores como parte del Cuerpo de Medicina Militar. En 1815 volvió Francisco Cosme Argerich – hijo de Cosme Argerich – del Ejército del Norte y se hizo cargo de la cátedra de anatomía. La cirugía estuvo a cargo de Cristóbal Martín de Montúfar, mientras que el director siguió siendo Cosme Argerich. El primer curso comenzó en septiembre de 1815 y en 1820 diez alumnos ya habían terminado la carrera. Un año más tarde, el Instituto Médico Militar fue absorbido por el departamento de medicina de la Universidad de Buenos Aires.

Si trazamos un itinerario que va desde la apertura del Protomedicato hasta la creación del Instituto Médico Militar, se puede inferir que la medicina en Buenos Aires era concebida como un campo de conocimientos amplios: un médico debía recibir estudios de física, lógica, agricultura, botánica, química vegetal, curtiembre, mineralogía, meteorología, entre otras áreas. El énfasis en la utilidad de los saberes de otras disciplinas distintas de la específica se manifestaba en el hecho de que las oportunidades educativas eran escasas y se esperaba una formación integral, plástica y adaptable a múltiples fines.

Este perfil integral en la preparación de los galenos porteños irá modificándose desde 1821 con la creación de la Universidad de Buenos Aires. A partir de esta situación, los saberes médicos adquirirán un sesgo diferente. La medicina tomará los rasgos de la ciencia moderna, sus fundamentos partirán de conocimientos específicos y experimentables, y, en consecuencia, buscará apartarse de los esquemas religiosos asociados al carácter humano. Asimismo, se impulsará profesionalizar el campo médico empezando por reconocer la figura del médico, en cuanto éste ha formalizado sus estudios a través de la educación superior. En tal sentido se observa que la difusión de la *Idéologie* en el escenario local constituyó un factor relevante, entre otros, en pos de movilizar y posibilitar el tránsito hacia la “modernización” de la medicina porteña. En esta línea, las enseñanzas difundidas por Juan Crisóstomo Lafinur, Juan Manuel Fernández de Agüero y Diego Alcorta resultaron imprescindibles para dar ese puntapié inicial.

La recepción de la Ideología en el contexto porteño

La Ideología fue una corriente de filosofía francesa de fines del siglo XVIII, de unos hombres que se llamaban a sí mismos *idéologues* (Véase Picavet, 1891; Gusforf, 1978; Welch, 1984; Head, 1985: 7-34; Byrnes, 1991: 316-330); Sánchez-Mejía, 2004: XI-XXXVIII). El término deriva de la voz *Idéologie*, la ciencia de las ideas, atribuido a Destutt de Tracy.¹ Durante la época napoleónica será suplantado por el de *idéologues*, que reflejaba una connotación despectiva.

Este movimiento abarca un conjunto de pensadores muy diversos tales como Condorcet, Condillac, Siéyès, Daunou, Volney, de Tracy, Cabanis, o La Romiguière, entre otros. Si bien existen distintos matices entre los integrantes, es cierto que todos ellos parten de un mismo fondo teórico: la idea de Condillac de reducir todo el conocimiento humano a las impresiones sensitivas.² Estos pensadores se agruparon en torno a una teoría sensualista del conocimiento en donde la premisa básica es que las ideas, los conocimientos, y todas las facultades del entendimiento humano se basan en datos sensoriales.

Una vez desatada la Revolución, participaron activamente en la reconstrucción de la nueva vida política. Adhirieron al sistema republicano de gobierno, si bien se distanciaron de los jacobinos, durante la época de la Convención, por sus excesos políticos inclinándose a favor del grupo girondino. La época de mayor protagonismo del grupo se produjo con el advenimiento del Directorio (1795-1799). En las cuestiones políticas apoyaron la separación de la Iglesia y el Estado que se había decretado en febrero de 1795. Los ideólogos defendieron las iniciativas de reducir la influencia de la iglesia tanto en la política como en la educación (Head, 1985: 27). Sin embargo, el panorama a su favor se perdió tras el golpe del 18 Brumario y la instalación del Consulado.

La presencia de Napoleón y su posterior proyección como Emperador de los franceses, en 1804, abrirá una fractura en el grupo. Ante la reconciliación del catolicismo como religión oficial del estado francés con la firma del Concordato de 1802, los ideólogos comenzaron a ser tratados como furiosos anticatólicos y fueron acusados de destruir la moral del hombre. En 1812 Napoleón decidió prohibir la enseñanza de la *Ideología* en el Instituto de Francia por las críticas a su gobierno centradas sobre todo en el alejamiento de los ideales republicanos y de los principios

¹ Para Destutt de Tracy la *Idéologie* se definía *strictu sensu* por ser la *science des idées*. Véase Destutt de Tracy, 1970, I: 4-5. Para el análisis de nuestro trabajo usaremos esta edición más reciente que reproduce textualmente la primera de 1801 al igual que las sucesivas partes de los *Éléments*.

² La obra de Condillac, el *Tratado de las sensaciones*, publicado en 1754, impulsó los principios más generales de los Ideólogos. En ella, se sostiene que el conjunto de las facultades del hombre derivan de los sentidos, o mejor dicho, de las sensaciones. A partir de esta visión, Condillac y los ideólogos se distanciaban de la vertiente cartesiana.

fundantes de la revolución. Finalmente, con una Europa asentada en los lineamientos del Congreso de Viena, la *Idéologie* perderá los espacios de influencia.

En el grupo ideologicista se destacó la figura de Destutt de Tracy quien adquirió gran protagonismo a partir de la época consular e imperial.³ Tracy logró sistematizar y difundir las concepciones del movimiento a partir de la publicación de su *Éléments d'Idéologie*, de la que aparecieron sucesivamente cuatro partes: *Ideología* (1801), *Gramática general* (1803), *Lógica* (1805) y *Tratado sobre la voluntad* (1815), seguramente su obra más difundida en Francia y América. Su concepción estuvo centrada en desarrollar una ciencia moderna basada en una lógica racional y separada de la metafísica escolástica, a la que asociaba con el poder absolutista.

Mientras que la Europa de la Restauración daba la espalda a los ideólogos, la región del Río de la Plata se ofrecía como un lugar abierto y fértil para experimentar sus concepciones. La caída del sistema político directorial como consecuencia de la batalla de Cepeda en febrero de 1820 causó la pérdida del control de Buenos Aires sobre resto el de las provincias interiores. El ascenso de los poderes provinciales se concretó con la consolidación de autonomías políticas, asentadas en el dictado de constituciones en varias de ellas, y en la aparición de caudillos que manifestaban las aspiraciones de los poderes regionales. Buenos Aires derrotada y humillada, resignó las ansias de un control social y político más englobador que había caracterizado la llamada "carrera de la revolución" de la época directorial (Halperín Donghi, 1979: 353), y se preparó hacia una organización de sus propios andamiajes institucionales en un contexto en que las condiciones de gobernabilidad eran por cierto críticas.

En este marco, se plasmó con la gestión de Martín Rodríguez un diseño del espacio político basado en el modelo republicano y representativo de gobierno para lo cual fue necesario introducir nuevos mecanismos institucionales.⁴ Paralelamente que se iba conformando este nuevo orden político, Bernardino Rivadavia, ministro de gobierno de Martín Rodríguez, implementó un abanico de reformas de índole institucional, económica, eclesiástica, educativa, cultural y militar. El objetivo era establecer las bases para la organización de un estado moderno afín a las concepciones ilustradas y republicanas de la época para lo cual se debía consolidar una nueva cultura política.

Como hemos sugerido, la *Idéologie* penetró fuertemente en espacio bonaerense a través de su circulación en la Universidad de Buenos Aires, recientemente creada en 1821. Al respecto, Halperín Donghi expresa que la universidad porteña se erige como una de las "*piezas maestras de la reconstrucción del Estado que comienza precisamente en 1820*" (Halperín Donghi, 1962: 35). De esta forma, el componente político y la vida naciente de este organismo se encuentran estrechamente vinculados a través del clima reformista del nuevo gobierno.

Asimismo, la universidad buscó controlar todos los niveles de educación de la provincia de Buenos Aires, desde las escuelas de primeras letras hasta los niveles superiores de enseñanza. Sin entrar en los detalles que hacen a su estructura departamental porque nos llevaría realizar una historia detallada de esta institución, sí es interesante destacar que su construcción se realizó agrupando distintas instituciones heredadas.⁵ Sin embargo, existieron elementos novedosos. Uno

³ Antoine Louis Claude Destutt, conde de Tracy, nació en París en 1754 y murió en 1836. Recibió una educación universitaria en Estrasburgo acorde a su rango aristocrático. Luego, ingresó al ejército realizando una carrera militar que lo llevó a obtener el grado de jefe de caballería del ejército del general Lafayette. En 1789 desempeñó el cargo de diputado en los Estados Generales representando a la nobleza, y fue un activo entusiasta de la Revolución hasta su paso a la época del Terror en 1792. A pesar de su defensa del republicanismo, fue un crítico al gobierno de Robespierre. Se salvó de la guillotina tras el golpe de Termidor en 1795 que originó con la caída de la Convención. Durante el Directorio, participó de la vida política como miembro activo del Senado. Véase Picavet, 1891: 293-351; Welch, 1984: 1-43.

⁴ En 1821 se dictó la ley electoral y el derecho al voto "universal" que incorporaba a la campaña bonaerense. El derecho al sufragio junto a un régimen de elección directa de diputados a la Sala de Representantes –poder legislativo provincial creado en 1820 y encargado de designar al gobernador– originó una nueva concepción de la relación entre gobernantes y gobernados.

⁵ Por ejemplo en Medicina: el Protomedicato en 1780, luego Instituto de Medicina en 1813. Del consulado, Escuela de Dibujo y de Náutica en 1799. Luego, Academia de Matemáticas en 1816; Academia de Jurisprudencia. En 1817, se reabre el Colegio de San Carlos, que había sido tomado como cuartel por las guerras de independencia, con el nuevo nombre de Colegio de la Unión del Sud. Luego, pasará a ser el Colegio de Ciencias Morales y dependerá de la Univer-

de esos cambios introducidos, fue la *Idéologie* que se constituyó en materia obligatoria como parte de los *estudios preparatorios* para todos aquellos alumnos que quisieran ingresar al nuevo claustro. A pesar de la escasez de alumnos en esta primera década de vida, este nivel preparatorio era uno de los espacios más vitales y de mayor concurrencia de alumnado (Halperín Donghi, 1962: 36; González Bernaldo, 2001: 113).

Enseñando *Ideología* (y porqué no un poco de medicina)

Durante la gobernación de Martín Rodríguez (1821-1824), seguida por la de Las Heras (1824-1825), la presidencia de Rivadavia (1826-1827) y la gobernación de Dorrego (1827-1828) circularon los manuales de filosofía denominados *Principios de Ideología* que confeccionó Juan Manuel Fernández de Agüero. La aparición de estos escritos pedagógicos y las polémicas que se reflejaron en la opinión pública son indicios para sostener que la difusión del discurso tracionado adquiriría una presencia más intensa en el período.

En los *Principios* existen reiteradas menciones a este autor en particular y hasta citas textuales de sus libros. Las continuas referencias explícitas permiten inferir que el profesor examinó directamente las obras de Destutt de Tracy.⁶ El manual fue el resultado de un proceso de circulación de textos fragmentarios manuscritos que el catedrático Fernández de Agüero había confeccionado para que los alumnos tuvieran una guía o esquema de estudio de sus exposiciones orales.⁷

Posteriormente, el gobierno mediante un decreto costeó la publicación y la primera edición. La primera parte –Ideología elemental o Lógica– apareció en 1824, la segunda –Ideología abstractiva o Metafísica– en 1826, mientras que la tercera –Ideología Oratoria o Retórica– nunca llegó a publicarse. Fernández de Agüero asomó en la escena bonaerense hacia 1820 una vez otorgada la ciudadanía. A partir de entonces desarrolló una gran actividad pública que lo ubicaba próximo al círculo rivadaviano, ejerciendo varios cargos tales como profesor universitario entre 1822 y 1829, miembro de la Sociedad Literaria y diputado de la Sala de Representantes entre 1823 y 1824 (Cutolo, 1958-1985, III: 54-55). Su formación inicial escolástica seguramente entró en tensión al apoyar el proceso revolucionario, aunque también habrá sido revisada al contactarse con los saberes de Destutt de Tracy. Fernández de Agüero afirma: “Ya no es dado acudir por luces a esta multitud de filósofos dogmatizantes que por tanto tiempo habían imperado en nuestros liceos” (Fernández de Agüero, 1940, I: 133), lo cual comprueba su desplazamiento. La transformación resultó algo traumática: “La jerga escolástica que había corrompido el gusto, y que ya en aquella época, mirándola con ceño había hecho yo el objeto de algunas invectivas, ha llegado después hasta atormentar mi memoria” (Idem).

Un primer relevo del manual muestra grandes similitudes con la obra de Tracy. Ya en el título del texto la palabra *ideología* aparece como punto de conexión. El cambio semántico no es casual, al contrario, encierra toda una re-significación de conceptos. Destutt de Tracy utiliza el término *ideología* procurando fundar una nueva ciencia que estudie la formación de las ideas dándole un nombre y un método de análisis diferente a la metafísica habitual (Head, 1985: 7). Por esto, presenta una filosofía de corte científico para diferenciarse de los estudios metafísicos ligados a la antigüedad y al medioevo: “Para hacer realizar grandes progresos a la filosofía racional, y para llevar a su perfección el conocimiento del hombre, era necesario pues adjuntar más ciencia y más reserva a la independencia de los antiguos, y siguiendo a los modernos, poder examinarlo todo y decirlo todo” (Destutt de Tracy, 1970, II: 10).

Siguiendo estas premisas, entonces, reemplazar la denominación de Filosofía por Ideología en el nombre de la cátedra y además en el texto que será empleado en el marco de la universidad

sidad de Buenos Aires. La estructura de la universidad quedó organizada en seis departamentos: el de primeras letras, el de estudios preparatorios, el de ciencias exactas, el de medicina, el de jurisprudencia y el de ciencias sagradas.

⁶ Fernández de Agüero sostiene con respecto a los *Éléments d'idéologie*: “Ya en la primera lectura rápida que habíamos hecho de esta obra le habíamos notado”. Fernández de Agüero, 1940, I: 137.

⁷ Las lecciones comenzaron con la Ideología elemental o Lógica, del 14 de marzo de 1822 a 24 de mayo del mismo año; luego, la Ideología abstractiva o Metafísica del 15 de julio de 1822 al 16 de mayo de 1823 y, finalmente, la Ideología oratoria o Retórica, entre el 30 de junio de 1823 hasta finalizar el ciclo lectivo.

porteña supone no menos que pensar a esta materia como un *corpus* científico moderno, propulsor de una filosofía que aparece diferenciada de los métodos escolásticos de enseñanza, considerados productos educacionales del poder absolutista.

Fernández de Agüero diseña una lógica, una moral y una metafísica ligadas a los lineamientos tracianos (Di Pasquale, 2011: 63-86). Al igual que la química se había separado de la alquimia, el profesor –siguiendo a Destutt de Tracy– pretende alejarse del concepto tradicional de “metafísica” ligado al arte de la imaginación. Esta debía ser revisada en cuanto que está conformada por sistemas de creencias y suposiciones. Así, pues, su intención consiste en actualizar los planes educativos para reducir la influencia de la metafísica escolástica y el pensamiento religioso. En tal sentido, Fernández de Agüero pone en tela de juicio la cuestión del alma en la formación filosófica cuando indica que “Nada quisiéramos hablar directamente sobre la naturaleza de lo que se dice alma en el hombre, por hallarnos convencidos de que semejante investigación, si bien es de la esfera de un filósofo, no es de una utilidad conocida” (Fernández de Agüero, 1940, II: 105).

La moral que reconstruye el catedrático se origina a partir de una teoría racional apoyada en una base fisiológica, por esto indica que se debe “escuchar a los fisiologistas y abandonar a los teólogos” (Ibíd, 139). Los principios morales adquieren una tendencia ideologicista muy cercana a Destutt de Tracy cuando Fernández de Agüero sostiene que

Así pues lo físico y lo moral se confunden en su origen, o por mejor decir lo moral no es otra cosa que lo físico considerado bajo ciertos puntos de vista más particulares. Para la completa inteligencia de esto bastará observar que la vida es un tejido de movimientos ejecutados a virtud de las impresiones recibidas por los diferentes órganos; y que las operaciones del alma o del espíritu resultan igualmente de los movimientos ejecutados por el órgano cerebral; y sus alteraciones de impresiones recibidas y comunicadas por las extremidades sencientes de los nervios en las diferentes partes, o excitadas en este órgano por medios que parecen obrar inmediatamente sobre él (Ibíd, 29-30).

El giro renovador que se encuentra presente en el pensamiento traciano radica en presentar la *science des idées* dentro de un parámetro biologicista, yendo mucho más lejos que sus pares. Esto se hace visible a partir de la inclusión que realiza de la ideología dentro de la zoología. Destutt de Tracy indica: “Uno sólo tiene un conocimiento incompleto de un animal, si uno no conoce sus facultades intelectuales. La Ideología es una parte de la Zoología, y es, sobre todo, en el hombre que esta parte tiene importancia y merece ser profundizada” (Destutt de Tracy, 1970, I, próface: xiii-xiv).

De hecho, la subordinación de la Ideología como rama de la Zoología le permite generar el marco previo en la argumentación de uno de los puntos más álgidos de su teoría: la no existencia de una distinción cualitativa entre el hombre y el mundo animal. Para Destutt de Tracy, ambos parten del mismo nivel: “No hay duda de que nuestras fuerzas intelectuales, como nuestras fuerzas físicas, se acrecientan y aumentan con el desarrollo de nuestros órganos” (Destutt de Tracy, 1970, I: 5). En la concepción de Tracy, la *ciencia de las ideas* se entiende desde un componente fisiológico, el cual lo lleva a establecer una dimensión corpórea y material de la naturaleza humana en un mismo nivel (Head, 1985: 28). En el caso de Fernández de Agüero, sucede un caso análogo cuando indica que

Por de contado el hombre puesto a la cabeza de los animales por algunas circunstancias de su organización participa de las facultades instintivas de éstos: quienes a su vez aunque privados en gran parte del artificio de los signos, que son el medio verdadero de comparar las sensaciones y de transformarlas en razonamientos, participan hasta cierto punto de las facultades intelectuales de aquel. Y todo bien mirado, tal vez se hallará que la distancia que separa al hombre de ciertas especies bajo el último punto de vista, es bien pequeño respecto de la que separa muchas de estas mismas especies las unas de las otras (Fernández de Agüero, 1940, II: 64).

La distinción en el pensamiento traciano versa en que las impresiones se generan en los órganos de los sentidos. Pero, a su vez, estos se derivan de las condiciones de nuestro sistema ner-

vioso: “los nervios son en nosotros los órganos de la sensibilidad. Sus principales troncos se reúnen en distintos puntos, y sobre todo en el cerebro, en el cual se pierden y se confunden” (Destutt de Tracy, 1970, I: 30). Fernández de Agüero continúa la misma dirección cuando se pregunta: “¿Y que resta sino concluir con la misma certidumbre que el cerebro digiere en alguna manera las impresiones que practica orgánicamente la secreción del pensamiento? Esta es tan obvio que hasta vulgarmente se dice que quien bien raciocina digiere bien sus ideas” (Fernández de Agüero, 1940, II: 71).

Por eso, Fernández de Agüero impulsa, a través de la incorporación del discurso traciiano, una filosofía exenta de una metafísica de tipo escolástica que permitía relacionar las funciones corporales con las de la inteligencia. El saber fisiológico debe abordar el enfoque sobre los pensamientos y nuestras maneras de sentir. En su perspectiva, una medicina articulada en una matriz fisiológica serviría a los fines de la filosofía y la política:

A la medicina toca hacer conocer las que alteran particularmente el estado de la sensibilidad, y determinar cuales son los medios cuya acción pueda restituirla al orden natural. Puesto bajo este punto de vista el estudio físico del hombre es interesantísimo al filósofo, al moralista, y al legislador; como que aquí es donde pueden encontrar nuevos conocimientos sobre la naturaleza humana y hacer observaciones fundamentales sobre su perfección (Ibíd, 32).

Y en pos de ahondar en esos estudios recomienda sin miramientos prácticas médicas poco frecuentes. Por ejemplo, invita a la “observación de los enfermos y la apertura de los cadáveres para presentar un cuadro de los fenómenos ordinarios de la sensibilidad con respecto de los diversos estados del cerebro” (Ibíd, 79).

Luego de 1827, la cátedra quedó a cargo de Diego Alcorta. Este cursó sus estudios en el Colegio de la Unión de Sur. Allí fue donde asistió a las lecciones de filosofía a cargo del profesor Crisóstomo Lafinur, quien le habría despertado gran interés por esta disciplina (Gutiérrez, 1998: 104). En 1824, durante su época de estudiante, fundó, junto a un grupo de compañeros, la *Sociedad Elemental de Medicina*, en donde cada uno de los socios obtenía un número de orden equivalente a su sitio académico. Entre ellos se encontraba Juan José Montes de Oca, primer promedio de su promoción, y futuro profesor titular de clínica quirúrgica y decano de la Facultad de Medicina. Se realizaban sesiones semanales en la que cada uno de sus miembros presentaba diferentes temas. De esta forma, Alcorta expuso sobre afecciones patológicas combinadas de los órganos y sobre las variedades del pulso arterial (Alcorta, 1821).

Posteriormente fue nombrado practicante mayor rentado del Hospital General de Hombres, lo cual le permitió mejorar su precaria situación económica. En 1827 finalizó sus estudios recibiendo el título de Doctor en medicina con un trabajo de tesis titulado *Disertación sobre la Manía Aguda*. A partir del análisis de su tesis es posible advertir la presencia de los saberes ideologicistas. En la *Disertación*, estudio basado sobre seis pacientes internados en el Hospital General de Hombres, emerge un discurso fisiológico respecto al entendimiento de las facultades humanas. Algunos pasajes revelan la inclinación a estudiar esta enfermedad mental a partir de los principios ideologicistas: “En el tratamiento de ninguna enfermedad tiene el médico tanta necesidad de las luces de la filosofía como en el de la manía” (Alcorta, 1827). El saber médico necesitaba de la filosofía moderna para adquirir un verdadero status de ciencia, por esto Alcorta comentaba que

Los médicos modernos, libres de las trabas [...] miran a la inteligencia como la función de un órgano; ayudados de las luces de la anatomía y patología, ellos procuran saber su mecanismo; se hacen ensayos por todas partes, y quizá no está lejos la época en que nuevas luces adquiridas a este respecto hagan tomar a la medicina un grado de certidumbre en las enfermedades mentales de que hasta ahora carece notablemente. (Idem)

“Libres de las trabas”, por ejemplo, significaba la posibilidad estudiar los cadáveres humanos sin reprobación alguna. Al igual que Cabanis, sostiene que los órganos imprimen las sensaciones de los objetos y, por lo tanto, son los que producen las ideas y los sentimientos del hom-

bre. De esta forma, Alcorta entiende que las enfermedades mentales o morales son producto de las alteraciones orgánicas (Cabanis, 2005, I: 203-214). Al respecto, expresa que “se ha descubierto por un gran número de disecciones comparadas que a sus enfermedades corresponden frecuentemente alteraciones en las facultades morales” (Alcorta, 1827)

Al esquema de las sensaciones que extraen Crisóstomo Lafinur y Fernández de Agüero de Destutt de Tracy, Alcorta incorpora el de Cabanis, cuando indica que: “las distintas épocas de la vida vienen acompañadas del desarrollo particular de algunas de las facultades intelectuales, y de ciertos sentimientos interiores nacidos del estado actual de los órganos de la economía” (Idem). En este sentido, también manifiesta que “toda impresión demasiado fuerte, tanto física como moral, puede determinar la manía; pero para ello es necesaria una predisposición individual que o es originaria u ocasionada por la educación, la edad, la manera de vivir, el sexo, etc.” (Idem). Nótese cómo estos saberes articulan el funcionamiento biológico y orgánico de los sujetos con respecto a los comportamientos que experimentan: las enfermedades mentales atraviesan el aspecto físico y moral en un mismo nivel, pero éste último resulta más determinante (Cabanis, 2005, I: 161-184).

Cabe mencionar también que la *Disertación* posee conexiones con los trabajos de Philippe Pinel (1755-1826), célebre médico francés cuyos saberes originaron la legislación psiquiátrica francesa de 1838. Alcorta retomó, por un lado, su idea de buscar en los tejidos externos la localización de las enfermedades (Pinel, 1798, II: 160-162). Por ejemplo, para explicar el comienzo de esta enfermedad indica que

Se hace también conocer este período por ciertas mudanzas singular en el color y rasgos de la fisonomía, generalmente por una debilidad extrema de los órganos de los sentidos, principalmente de la vista y del oído; por una sucesión rápida y una gran inestabilidad de ideas, a veces todas las facultades del entendimiento están trastornadas, a veces se presenta una o dos solamente. (Alcorta, 1827)

Por otro lado incorporó la clasificación de las enfermedades mentales elaborada por Pinel en su *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*. En esta obra se distingue entre la melancolía simple (delirio parcial), la manía (delirio generalizado con agitación), la demencia (debilitamiento intelectual generalizado) y la idiocia (perturbación total de las funciones intelectuales). Pinel consideraba a las enfermedades mentales como un desarreglo de las facultades cerebrales causado por cierto número de causas: estas podían ser físicas (directamente cerebrales o simpáticas); heredadas; y morales, a las que le atribuye más de la mitad de los casos, que se pueden separar en las que derivan de las pasiones intensas y las que provienen de los excesos de todo tipo (Pinel, 1813: 135-137). En paralelo, Alcorta comentaba que

Es necesario aislar los objetos para poder conocerlos bien. He ahí la necesidad de una clasificación en las enfermedades mentales; y no pudiendo hacerla por las alteraciones orgánicas que las ocasionan, por no ser bien conocidas, es preciso hacerla por los síntomas que las caracterizan; a mi juicio, la de Pinel merece la preferencia. El distingue la enajenación mental en cuatro especies distintas: manía, melancolía, demencia e idiotismo; cada una de estas especies es susceptible de infinitas variedades. La manía, la más común de las enfermedades mentales, reclama por esta razón una atención particular. (Alcorta, 1827)

Por otro lado, es preciso indicar que parte de su labor pedagógica fue la confección de una guía para el dictado de las clases denominada *Lecciones de filosofía*, obra editada posteriormente en 1835 (Alcorta, 2001). Dividió el manual en tres partes: Lógica, Metafísica y Retórica. Las nociones de Cabanis pueden identificarse a lo largo de las *Lecciones*. Sin embargo, en la primera parte de la Lógica, denominada “Idea general del hombre físico”, detectamos una mayor deuda teórica. Alcorta explicaba que

Nuestro cuerpo está encerrado en un envoltorio general que es la piel, o el cutis, bajo la cual se hallan las carnes o músculos. Bajo de esta está la estructura ósea o sólida que lo

sostiene. Esta presenta tres cavidades; que son la cabeza, el pecho o tórax, el vientre o abdomen. En la cabeza está encerrada la masa cerebral de la que una parte se llama *cerebro* y la otra *cerebelo*: una y otra reuniéndose, forman una especie de cola llamada *médula oblongada*. De la médula oblongada nace la médula espinal que desciende por el interior del canal vertebral o espinazo y termina por expansiones. De la masa cerebral y de la médula espinal parten cuarenta partes de nervios que van siempre decreciendo, que se ramifican en todo el cuerpo y terminan en los órganos y principalmente en la piel y los músculos (Ibíd, 34).⁸

Lo primero que un estudiante debe aprender es el aspecto físico del hombre: identificar las partes del cuerpo y su organización, como así también determinar el funcionamiento de los distintos órganos porque son los que generan nuestros sentidos. El argumento puede sintetizarse de la siguiente manera: si no se consideran los sentidos, el hombre no tendría acceso al entendimiento y a captar la realidad. Este principio parte de la idea de que si estuviéramos desprovistos de manos, ojos, oídos, etc., nada podríamos conocer. De tal manera, los actos y comportamientos morales dependen de la formación de ideas generadas por el funcionamiento de los órganos internos, en especial, por el cerebro que comanda las impresiones sensibles.

En síntesis, Diego Alcorta introduce, a partir de su tendencia hacia las obras de Cabanis y Pinel, un lenguaje fisiológico más evidente que su predecesor en cuestiones de filosofía. Difundió estas nociones de forma continua debido a su mayor permanencia en la cátedra. No obstante, para completar este panorama sobre la presencia de la Ideología en la conformación de los saberes médicos porteños nos parece pertinente preguntarse sobre cuál fue el grado de alcance y el impacto de tales enseñanzas.

Aprendiendo medicina en las aulas. La difusión en los estudiantes

La aparición de los escritos pedagógicos más arriba referidos son indicios para sostener que la presencia y la circulación del discurso ideologicista iba recogiendo una mayor resonancia por aquellos momentos. Así, pues, Destutt de Tracy y Cabanis fueron autores conocidos en la escena local más bien por este tipo de relecturas y por su inmediata repercusión en la prensa que por el acceso directo a sus obras.⁹

En los registros de la universidad figura que tanto los *Principios de Ideología* como las *Leciones de Filosofía* eran textos que circulaban entre los alumnos. Prueba de ello son algunos recibos de compra encontrados.¹⁰ Aunque este dato no compruebe de forma contundente el grado de difusión, al menos acredita que existía cierta distribución y circulación de estas obras entre los estudiantes.

La presencia del lenguaje ideologicista en la universidad dejó algunas marcas importantes, sobre todo en la llamada *Generación del '37*. Hacia 1822, Esteban Echeverría concurría a las clases de Fernández de Agüero (Archivo General de la Nación, Sala X, Universidad, legajo 6-2-3.) Al curso de Alcorta asistieron Juan Bautista Alberdi, Vicente Fidel López, Miguel Cané, José Mármol, Félix Frías y Juan María Gutiérrez, entre otros.

En su *Autobiografía*, Vicente Fidel López dejaba su opinión: “en esta clase y en este médium comienza mi propia personalidad” (López, 1896: 196). También Juan María Gutiérrez y José Mármol recordaban con sumo agrado la formación recibida por su profesor de filosofía (Gutiérrez, 1998: 104). No obstante, no todos los miembros de la *Joven Generación* coincidían respecto de la validez de aquellas enseñanzas. Al respecto, resulta importante señalar el comenta-

⁸ Véase también Cabanis, 2005, I: 203-233. Hoy sabemos que tanto Cabanis como Alcorta estaban errados: el hombre tiene doce pares de nervios craneanos y 31 pares de nervios medulares.

⁹ Se han encontrado diversas referencias en periódicos de la época tales como *El Centinela*, *El Argos de Buenos Aires* y *Avisador Mercantil*, *La Abeja Argentina*, *El Observador Eclesiástico*, *el Correo Político y Mercantil*, entre otros.

¹⁰ Como ejemplo: “Recibí del Ecom. del Colegio de Ciencias Morales quince pesos valor de dos docenas de cuadernos de Principios de Ideología”. Buenos Aires, 28 de febrero de 1826. Firmado por Avelino Díaz. Archivo General de la Nación, Sala X, Educación, 42-8-2.

rio de Juan Bautista Alberdi al profesor de filosofía Don Salvador Ruano en 1838. Alberdi expresaba que

la filosofía de Mr. Tracy, postrer corolario de la filosofía de Cabanis, Helvetius, Locke, Condillac, ha cumplido ya gloriosamente su misión crítica, su misión de análisis, de descomposición, de destrucción, de revolución en una palabra; y nuestro siglo, siglo de reconstrucción, de recomposición, de síntesis, de generación, de organización, de paz, en una palabra, de asociación, quiere también una filosofía adecuada y propia, que no reproduzca la filosofía del siglo precedente, cuya última palabra es la doctrina de Mr. Tracy (El Nacional, Montevideo, 19 de diciembre de 1838, en Alberdi, 1996: 91).

En esta perspectiva, la crítica, el análisis, la descomposición, y la revolución eran términos pasados de moda: habían perdido su sustento en el vocabulario político. Cada etapa histórica poseía su propia configuración, sus problemas concretos, y así Alberdi diferencia los de su tiempo con los anteriores. Pasadas tres décadas del siglo XIX, los saberes ideologicistas ya no suministraban una base teórica que permitiera reflexionar sobre los problemas de la sociedad y el orden político. La sociedad y la política habían cambiado y los conflictos a resolver eran de otra índole.

En ese entonces, el régimen rosista comenzaba a configurarse y, desde el exilio, Alberdi se preguntaba por dos temas centrales: la libertad de los derechos y la organización política constitucional. Pero mientras que la filosofía política rioplatense mostraba un interés más oscilante respecto del acervo de la *Idéologie*, el incipiente campo médico sí se nutría en mayor medida de sus fundamentos y principios. Como hemos sugerido, el proceso de difusión de la *Idéologie* en el escenario porteño pretendió ser funcional a la renovación de los estudios filosóficos y eliminar la enseñanza escolástica heredada de la época colonial.

Este proceso de circulación de saberes fue impulsado por el programa rivadaviano en pos de constituir una ciudadanía acorde a las ideas republicanas y representativas de gobierno. Si bien este era el objetivo inicial, lo cierto es que las condiciones del contexto local direccionaron estas apropiaciones de saberes hacia el ámbito médico. Existieron varios factores que contribuyeron a generar un proceso de ideologización de la medicina. Una razón explicativa este proceso de transferencia de saberes radicaba en que las nociones de De Tracy como las de Cabanis traían consigo mismo un sesgo biologicista y fisiológico en sus fundamentaciones en torno al origen de las ideas y el carácter humano, lo cual posibilitó un acercamiento entre la filosofía y la medicina. Las enseñanzas de Fernández de Agüero y Diego Alcorta, reflejadas en sus respectivos manuales, abrieron este nuevo horizonte al explicar cuestiones de orden filosófico a partir de incorporar un lenguaje sensualista y fisiológico.

Un segundo mecanismo que impulsó el proceso de difusión en el ámbito médico se produjo por la tarea de Alcorta. A partir de 1828, la enseñanza de la filosofía permaneció a cargo de un médico de renombre, que se ocupó de propagar las nociones de la Ideología en un espacio vital del ámbito universitario. Asimismo, su trayectoria de vida –de practicante a catedrático, de adversario del rosismo a hombre precavido y silencioso, de médico a filósofo– constituyó un modelo para los estudiantes que deseaban instruirse en el arte de curar.

También existió otra causa dada por la coyuntura local: la creciente necesidad de la elite rivadaviana de diferenciarse respecto de las prácticas y los saberes anteriores. La ideología se convirtió en un insumo beneficioso para la medicina en cuanto que constituyó una propuesta renovadora frente a los conocimientos “nativos”, juzgados arcaicos y “supersticiosos”, en tanto derivados de las culturas autóctonas y provenientes de la herencia colonial. De tal manera, con la creación de la Universidad y la Academia de Medicina se activó desde el gobierno provincial un fenómeno referido a institucionalizar el ámbito médico. La propagación de los saberes ideologicistas y fisiológicos en el espacio académico fue el salto necesario para comenzar a establecer una medicina moderna y científica.

Los períodos de crisis políticas coinciden con la baja producción de tesis y la escasez de datos sobre las mismas. Las dedicatorias existentes son a referentes familiares y a los procesos

políticos: “¡Viva la Santa Confederación Argentina!”, “¡Mueran los salvajes Unitarios!”, “¡Mueran el loco traidor salvaje unitario Urquiza!”, entre otros lemas. Aquí repararemos en algunos casos significativos.

Para obtener su grado de doctor en medicina, Juan Gutiérrez Moreno escribió su *Thesis sobre la rabia* en 1830. En ella, manifestaba que

La invasión, síntomas, y demás fenómenos enumerados inclinan el ánimo a favor de la opinión, que establece el asiento de la rabia en el sistema nervioso; el aumento de sensibilidad de relación expresa la exagerada sensibilidad de los nervios de los sentidos, y las alucinaciones que experimentan, una aberración de las propiedades sensitivas, ya de los nervios que la impresión transmiten, o bien del centro, o punto de convergencia donde terminan todas las sensaciones. (Juan Gutiérrez Moreno, *Thesis sobre la rabia*. Tesis de doctorado en medicina, Universidad de Buenos Aires, 1830, en Biblioteca Nacional, Sala del Tesoro, ref. 3A232210).

El razonamiento ideologista y fisiológico emerge de la apelación constante a la cuestión de la sensibilidad. Es pertinente resaltar cómo en estas argumentaciones sobre los efectos de la rabia cobra importancia considerar a los sentidos y sus derivaciones: esta enfermedad incrementa el funcionamiento del aparato sensorial. La rabia a su vez ocasiona alucinaciones que alteran la actividad de los nervios, y sobre todo, al órgano principal, el cerebro. Asimismo, pueden verse semejantes fundamentaciones en la tesis de Claudio Mamerto Cuenca, *Las simpatías en general, consideradas en sus relaciones con la anatomía, fisiología, patología y terapéutica*, defendida en 1838, cuando indicaba que

En efecto, las enfermedades no corren tan rápida, ni pasan tan superficialmente sobre los órganos, que no dejen rastros más o menos aparentes de su existencia. Saber, pues, apreciar esos desordenes orgánicos que acompañan, o mejor, que constituyen las enfermedades, importa saber apreciar la causa próxima que las entretiene, cuyo conocimiento es el secreto maravilloso del arte de curar. (Claudio Mamerto Cuenca, *Opúsculo sobre las simpatías en general, consideradas en sus relaciones con la anatomía, fisiología, patología y terapéutica*. Tesis de doctorado en medicina, Universidad de Buenos Aires, 1838, Imprenta de la Independencia, en Biblioteca de la Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires, ref.: 22522.)

Asimismo, se evidencian algunos registros del lenguaje fisiológico difundido por los ideólogos locales en la tesis de José Lucena. En 1848, Lucena obtenía su grado de Doctor en medicina con un estudio titulado *Sobre el histerismo*, considerada como una enfermedad nerviosa. Su argumento principal era demostrar que la histeria estaba unida a determinados tipos de comportamientos y prácticas sociales. Lucena expresaba que

El temperamento nervioso y una constitución pletórica, la dismenorrea, la amenorrea son causas predisponentes al histerismo, a estas es preciso unir un amor contrariado, los celos, la influencia de las lecturas obscenas, las consideraciones propias para ideas lascivas, lo mismo que la continencia, mientras otras ocasiones los abusos venéreos. Es una impresión moral viva, la supresión de las reglas se considera como causas excitantes de la enfermedad [...] (José Lucena, *Sobre el histerismo, considerada como una enfermedad nerviosa*, Tesis de doctorado en medicina, Universidad de Buenos Aires, 1848, en Biblioteca de la Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires, ref.: 23244)

Si bien la histeria no era concebida como una enfermedad mental, como el caso de la manía aguda en la *Disertación* de Alcorta, las alteraciones orgánicas se corresponden con las conductas morales y, por ende, éstas últimas podrían constituir el origen de las enfermedades. También, en la tesis de Guillermo Rawson defendida en 1848 se observa el eco de los saberes ideologistas cuando éste se expresaba en los siguientes términos:

Yo creo, señores, que el cerebro es el órgano material del pensamiento, que las diversas facultades del espíritu están representadas cada una por una porción dada de la masa encefálica, y que cuanto mayor volumen tenga esa parte del encéfalo, tanto más activa será su función, tanto más descolla-

rá el que la posee por la eminencia positiva de tal propensión o capacidad. (Guillermo Rawson, s/f: 28-29).

Conclusiones

Este trabajo buscó realizar una primera aproximación en torno a la difusión de los saberes médicos en Buenos Aires, en especial los producidos por la introducción de la *Idéologie* en el ámbito universitario. Se ha registrado un intenso intercambio de saberes y se pretendió poner en evidencia un proceso de apropiación porteño de un discurso filosófico y médico europeo.

Los ideólogos rioplatenses incorporaron un nuevo lenguaje que procuró adaptar a Destutt de Tracy y a Pierre Cabanis al contexto de las reformas rivadavianas en materia moral y metafísica: su intención consistió en el reemplazo de una filosofía escolástica aún vigente en la época. Esta labor de apropiación intelectual comprende la reelaboración de percepciones e ideales, así como el establecimiento de normas de diversa índole. Tal proceso se revela también, de forma hipotética, como creador de una lógica de diferenciación, portadora, a veces, de una conciencia de la alteridad de un mundo percibido hasta entonces sólo como el aprendiz de la metrópoli.

Paralelamente, su proyección y su contribución más directa se cultivó en el ámbito médico de la época. En este sentido, los primeros pasos dados por Juan Manuel Fernández de Agüero continuaron a través de las enseñanzas de Diego Alcorta, quien otorgó un rasgo fisiológico al incorporar las obras de Phillipe Pinel y las nociones de Pierre Cabanis. Así, pues, Alcorta logró presentar un discurso que procuró la articulación de lo orgánico y lo humano, de lo físico y lo moral, en definitiva, de la medicina y la filosofía.

Los médicos aportan su concurso y su caución a esta dinámica de apropiación de ideas referidas a la salud y la enfermedad, al tiempo que encuentran allí un importante vector de promoción. No es sorprendente que la incipiente medicina rioplatense haya puesto su vista en estos saberes que le ofrecían, por un lado, una teoría fisiológica que conectaba las funciones de la mente con el cuerpo, y, por otro, la posibilidad de legitimarse y autorizarse como ciencia moderna con la menor injerencia eclesiástica y sin la intervención de saberes “supersticiosos” derivados de la herencia colonial. A partir de la exploración de este problema se observó la creciente importancia que fue ganando el médico en el espacio cultural porteño. Hacia la década de 1830 la medicina comenzaba a considerarse una actividad científica, académica y profesional.

En este sentido, la construcción de la verdad científica en el ámbito médico procuró, entre otros factores, impulsar un nuevo lenguaje académico en pos de establecer y delimitar las fronteras en la profesión. La difusión de la *Idéologie* en el espacio local encontró su fundamento, aplicabilidad y diferenciación en el proceso de construcción de la profesión médica porteña.

REFERENCIAS

- Alberdi, J. B. (1996): *Escritos De Juan Bautista Alberdi. El Redactor De La Ley*, Buenos Aires, Universidad Nacional De Quilmes.
- Alcorta, D. (1821): *Diario Literario Por La Sociedad Elemental De Medicina*, En Biblioteca Nacional, Sala Del Tesoro, Ref. 3a63519.
- (1827): *Disertación Sobre La Manía Aguda*, 1827, En Biblioteca Nacional, Sala Tesoro, Ref. 3a232210.
- (2001): *Lecciones De Filosofía*. Buenos Aires, Fondo Nacional De Las Artes.
- Álvarez, A. (2010): *Entre Muerte Y Mosquitos. El Regreso De Las Plagas En La Argentina, Siglos Xix Y Xx*, Buenos Aires, Biblos.
- Álvarez, A. y Carbonetti, A., Eds. (2008): *Saberes Y Prácticas Médicas En La Argentina. Un Recorrido Por Historias De Vida*, Mar Del Plata, Eudem.
- Armus, D., Ed. (2002): *Entre Médicos Y Curanderos. Cultura, Historia Y Enfermedad En La América Latina Moderna*, Buenos Aires-Barcelona, Norma.
- , Comp. (2005): *Avatares De La Medicalización En América Latina, 1870-1970*, Buenos Aires, Lugar Editorial.
- (2007): *La Ciudad Impura. Salud, Tuberculosis Y Cultura En Buenos Aires, 1870-1950*, Buenos Aires, Edhasa.
- Asúa, M. De (2010): *La Ciencia De Mayo. La Cultura Científica En El Río De La Plata, 1800-1820*, Buenos Aires, Fondo De Cultura Económica.
- Babini, J. (1986): *Historia De La Ciencia En La Argentina*, Buenos Aires, Solar.
- Beltran, J. R. (1937): *Historia Del Protomedicato De Buenos Aires*, Buenos Aires, El Ateneo.
- Besancon, S. (1997): *La Philosophie De Cabanis, Une Réforme De La Psychiatrie*, París, Institut Synthélabo.
- Bonner, T. N. (1995): *Becoming A Physician: Medical Education In Britain, France, Germany, And The United States 1750-1945*, Oxford, Oxford University Press.
- Buchbinder, P. (2005): *Historia De Las Universidades Argentinas*, Buenos Aires, Sudamericana.
- Bynum, W. F. (2006): *Science And The Practice Of Medicine In The Nineteenth Century*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Cabanis, P. (2005): *Rapports Du Physique Et Du Moral De L'homme*, Vol. I, París, L'harmattan.
- Canguilhem, G. (1965): *L'idée De Médecine Expérimentale Selon Claude Bernard*, París, Palais De La Découverte.
- Cantón, E. (1921): *La Facultad De Medicina Y Sus Escuelas*, Tomo I: *La Medicina, Su Ejercicio Y Enseñanza En El Pasado Colonial Y En La Independencia (1580-1821)*, Buenos Aires, Coni.
- Carbonetti, A. (2003): "Visiones Médicas Acerca Del Cólera A Mediados Del Siglo Xix En La Argentina", En: Lorenzano, C., Ed.: *Historias De La Ciencia Argentina I*, Caseros, Eduntref, 147-159.
- Cutolo, V. O. (1958-1985): *Nuevo Diccionario Biográfico Argentino: 1750-1930*, Tomo Iii, Buenos Aires, Elche.
- Dalmases, V. (1947): *Apuntes Biográficos Del Doctor Cosme Argerich: 1758-1820*, Buenos Aires, Peuser.
- Destutt De Tracy, A. (1970) : *Eléments D'idéologie. Idéologie Proprement Dite. Première Partie*, París, Librairie Philosophique J. Vrin.
- (1970) : *Éléments D'Idéologie. Grammaire. Deuxième Partie*, París, Librairie Philosophique J. Vrin.
- Di Liscia, S. (2003): "Locura Y Peritaje Médico Legal. Acerca De La Justicia Civil En El Interior Argentino, 1890-1930", *Estudios Sociales*, Año Xiii, Segundo Semestre, 25, 147-165.
- Di Liscia, S. y Salto, G. N. (2004): *Higienismo, Educación Y Discurso En La Argentina (1870-1940)*, Santa Rosa, Universidad Nacional De La Pampa.

- Di Meglio, G. (2003): “La Consolidación De Un Actor Político: Los Miembros De La Plebe Porteña Y Los Conflictos De 1820” En: Sabato, H. Y Lettieri, A., Comps.: *La Vida Política En La Argentina Del Siglo Xix. Armas, Votos Y Voces*, Buenos Aires, Fondo De Cultura Económica, 173-189.
- (2006): *¡Viva El Bajo Pueblo! La Plebe Urbana De Buenos Aires Y La Política Entre La Revolución De Mayo Y El Rosismo*, Buenos Aires, Prometeo.
- Di Pasquale, M. (2011): “La Recepción De La *Idéologie* En La Universidad De Buenos Aires. El Caso De Juan Manuel Fernández De Agüero (1821-1827)”, *Prismas*, 15, 63-86.
- Echeverría, E. (1870): “Poema A Marco Avellaneda”, En: Echeverría, E.: *Obras Completas*, Editado Y Comentado Por Gutiérrez, J. M., Buenos Aires, 1870, Tomo I, 340-341.
- Fernandez De Agüero, J. M. (1940): *Principios De Ideología. Primer Curso De Filosofía Dictado En La Universidad De Buenos Aires (1822-1827)*, Tomo I: *Ideología Elemental O Lógica*, Buenos Aires, Universidad De Buenos Aires, Facultad De Filosofía Y Letras.
- (1940): *Principios De Ideología. Primer Curso De Filosofía Dictado En La Universidad De Buenos Aires (1822-1827)*, Tomo II: *Ideología Abstractiva O Metafísica*, Buenos Aires, Universidad De Buenos Aires, Facultad De Filosofía Y Letras.
- Foucault, M. (2008): *El Nacimiento De La Clínica*, Buenos Aires, Siglo XXI.
- Funes, G. (1960): “Plan De Estudios Para La Universidad Mayor De Córdoba”, En: *Biblioteca De Mayo, Colección De Obras Y Documentos Para La Historia Argentina*, Senado De La Nación, Buenos Aires, Tomo II, 1554-1587.
- Gallo, K. (2008): “A La Altura De Las Luces Del Siglo: El Surgimiento De Un Clima Intelectual En La Buenos Aires Posrevolucionaria”, En: Altamirano, C. Dir., *Historia De Los Intelectuales En América Latina. La Ciudad Letrada, De La Conquista Al Modernismo*, Tomo I, Madrid, Katz, 184-204.
- García Belsunce, C. (1977): *Buenos Aires, 1800-1830, Tomo II: Salud Y Delito*, Buenos Aires, Emecé.
- Gauchet, M. (1985): *Le Désenchantement Du Monde. Une Histoire Politique De La Religion*, Paris, Gallimard.
- Gonzalez Bernaldo, P. (2001): *Civilidad Y Política En Los Orígenes De La Nación Argentina. Las Sociabilidades En Buenos Aires, 1829-1862*, Buenos Aires, Fondo De Cultura Económica.
- Gonzalez Leandri, R. (1999): *Curar, Persuadir, Gobernar. La Construcción Histórica De La Profesión Médica En Buenos Aires (1852-1886)*, Madrid, Consejo Superior De Investigaciones Científicas.
- (2005): “Madurez y Poder. Médicos E Instituciones Sanitarias En Argentina A Fines Del Siglo XIX”, *Entrepasados*, 27, 133-150.
- (2006): “Campos E Imaginarios Profesionales En América Latina”, *Anuario Del Iehs*, N° 20, 331-344.
- Grmek, M. D., Dir. (1997): *Histoire De La Pensée Médicale En Occident*, Paris, Seuil, Vols. 2 y 3.
- Gusdorf, G. (1984): *L’homme Romantique*, Paris, Payot.
- Gutiérrez, J. M. (1998): *Noticias Históricas Sobre El Origen Y Desarrollo De La Enseñanza Superior En Buenos Aires 1868*, Buenos Aires, Universidad Nacional De Quilmes.
- Haber, S. (1991): *The Quest For Authority And Honor In The American Professions, 1750-1900*, Chicago And London, University Of Chicago Press.
- Halperin Donghi, T. (1962): *Historia De La Universidad De Buenos Aires*, Buenos Aires, Eudeba.
- Head, B. W. (1985): “Destutt De Tracy: Ideology, Language, And The Critique Of Metaphysics”, En: Bloom, H., Ed.: *French Prose And Criticism, 1790 To World War II*, New York, Chelsea House Publishers, 7-34.
- Lecourt, D., Ed. (2004) : *Dictionnaire De La Pensée Médicale*, Paris, Presses Universitaires De France.
- Lindermann, M. (2010): *Medicine And Society In Early Modern Europe*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Lopez, V. F. (1896): “Autobiografía”, *La Biblioteca* (Buenos Aires), Año I, Tomo I.

- Mármol, J. (2008): *Amalia*, Buenos Aires, Gradifco.
- Molinari, J. L. (1941): *Primeros Impresos Médicos Bonaerenses (1780-1810)*, Buenos Aires, Amorrortu.
- Myers, J. (1995): *Orden Y Virtud. El Discurso Republicano En El Régimen Rosista*, Buenos Aires, Universidad Nacional De Quilmes.
- (1999): “Una Revolución En Las Costumbres: Las Nuevas Formas De Sociabilidad De La Elite Porteña, 1800-1860”, En: Devoto, F. Y Madero, M. Dirs., *Historia De La Vida Privada. País Antiguo. De La Colonia A 1870*, Tomo I, Buenos Aires, Taurus, 111-145.
- Picavet, F. (1891): *Les Idéologues, Essai Sur L'histoire Des Idées Et Des Théories Scientifiques, Philosophiques, Religieuses, Etc. France Depuis 1789*, Paris, Félix Alcan.
- Picirilli, R. (1943): *Rivadavia Y Su Tiempo*, Buenos Aires, Peuser, 2 Vols.
- Pinel, P. (1798): *Nosographie Philosophique Ou La Méthode D'analyse Apliqué A La Médecine*, París, Crapelet, 2 Vols.
- (1813): *Traité Médico-Philosophique Sur L'aliénation Mentale, Ou La Manie*, París.
- Pi-Sunyer, J. (1965): *El Pensamiento Vivo De Claude Bernard*, Buenos Aires, Losada.
- Porter, R. (2001): *Bodies Politic. Disease, Death And Doctors In Britain 1650-1900*, Ithaca, Cornell University Press.
- Quiroga, M. (1972): *La Academia Nacional De Medicina De Buenos Aires, 1822-1972*, Buenos Aires, Academia Nacional De Medicina.
- Ramsey, M. (1988): *Professional And Popular Medicine In France 1770-1830: The Social World Of Medical Practice*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Rawson, G.: *Escritos Científicos*, Buenos Aires, W. M. Jackson, S.F.
- Rejai, M. (1973-74): “Ideology”, En: Wiener, P. Ed.: *Dictionary Of The History Of Ideas: Studies Of Selected Pivotal Ideas*, New York, Charles Scribner's Sons, Vol. II, 552-559.
- Ricoeur, P. (2001): *Ideología Y Utopía*. Barcelona, Gedisa.
- Roger, J. (1971): *Les Sciences De La Vie Dans La Pensée Française Du XVIII Siècle*, Paris, Armand Colin.
- Sánchez-Garnica, D. (2005): *Filosofía Y Biología En La Obra De Claude Bernard*, Madrid, Universidad Complutense De Madrid.
- Sinding, C. (2004): “Biologie Et Médecine”, En: Lecourt (2004), 164-165.
- Ternavasio, M. (1998): “Las Reformas Rivadavianas En Buenos Aires Y El Congreso General Constituyente”, En: Goldman, N. Dir.: *Revolución, República, Confederación (1806-1852)*, Tomo III, Nueva Historia Argentina, Buenos Aires, Sudamericana, 161-197.
- (2002): *La Revolución Del Voto. Política Y Elecciones En Buenos Aires, 1810-1852*, Buenos Aires, Siglo XXI.
- Vigarello, G. (1999) : *Histoire Des Pratiques De Santé. Le Sain Et Le Malsain Depuis Le Moyen Age*, París, Editions Du Seuil.
- Welch, C. (1984): *Liberty And Utility. The French Idéologues And The Transformation Of Liberalism*, New York, Columbia University Press.
- Zimmermann, E. (1994): *Los Liberales Reformistas. La Cuestión Social En La Argentina, 1890-1916*, Buenos Aires, Sudamericana-Universidad San Andrés.

SOBRE EL AUTOR

Mariano Di Pasquale: Mariano Di Pasquale está concluyendo su tesis doctoral en Historia por la Université Denis Diderot, Paris 7 y por la Universidad Nacional de Tres de Febrero. Es profesor e investigador del Instituto de Estudios Históricos en la Universidad Nacional de Tres de Febrero. Magíster en Historia. Becario del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Entre sus publicaciones se destaca la compilación junto a Jaime Peire y Arrigo Amadori, Ideologías, prácticas y discursos. La construcción social del mundo cultural, siglos XVII-XIX, Caseros, EdUnTreF, 2013. Se especializa en historia intelectual y cultural en el Río de la Plata durante la primera mitad del siglo XIX.

Comunicação, humanidades e humanização: conceituação e experiências na formação profissional no campo da saúde

Mario Alfredo De Marco, Universidade Federal de São Paulo, Brasil
Mariella Vargas Degiovani, Universidade Federal de São Paulo, Brasil

Resumo: Este artigo discute os conceitos de humanização e humanidades e apresenta uma revisão do campo, discutindo os papéis historicamente atribuídos à natureza e à cultura na constituição do sujeito. É apresentada uma revisão do movimento histórico que vem resgatando a valoração da importância da aplicação destes conhecimentos no campo da formação dos profissionais da área da saúde, ilustrando este movimento através do relato de um trabalho que vem sendo desenvolvido há vários anos no campo da graduação em medicina tendo como referencial as diretrizes esboçadas neste estudo.

Palavras chaves: humanização das práticas em saúde, humanidades médicas, comunicação em saúde, educação médica

Summary: This paper discusses the concepts of humanization and humanities and presents a review of the field, discussing the roles historically assigned to nature and culture in the constitution of the subject. A review of the historical movement that has been rescuing valuation of the application of this knowledge in the field of health professionals training, illustrating this movement through the report of a work that has been developing for several years in the field of medical teaching taking as reference the guidelines outlined in this study.

Keywords: Humanization of Health Practices, Medical Humanities, Health Communication, Medical Education

Humanização

Humanização tem sido palavra de ordem em uma série de iniciativas e programas implementados no campo da saúde. Como consequência da ampla utilização do termo nos mais variados contextos e situações, observamos uma tendência a modismos e banalizações que geram uma demanda de arejamento e discussão crítica, tendo em vista restaurar a pujança e a penumbra de associações que o conceito contempla.

Nos encontros e discussões com estudantes e profissionais de saúde observamos com facilidade o desgaste e a incompreensão que o tópico suscita. De um lado temos uma tendência à banalização, expresso em falas que reduzem o conceito a algumas noções básicas de cordialidade e educação: “Claro que é importante ser humano com os pacientes!” “Tem que saber o nome do paciente” “Tem que ser educado e atencioso” e por aí vai. De outro há expressões de indignação e revolta: “Humanizar o que? Por acaso já não somos humanos?”

Estas declarações que expressam o senso comum passam ao largo da complexidade do processo de humanização: na realidade, embora sejamos humanos enquanto espécie, não nascemos humanizados nem a humanização é um processo que possa ser considerado simples de ser implementado e definido, pois, a construção do sujeito depende da possibilidade de transmissão da sedimentação de milênios de evolução cultural. Assim como os cromossomos dos pais transmitem características acumuladas ao longo de milhões de anos de evolução, tudo o que a cultura alcançou em sua evolução é transmitido através da relação e da comunicação cujo papel na própria expressão genética tem descortinado uma compreensão aprofundada da interação natureza-cultura.



Natureza e cultura

Ao nascimento, a criatura humana é a mais frágil e despreparada para fazer frente aos desafios da vida. Contudo, é exatamente esta imaturidade seu maior patrimônio em termos evolutivos, tendo em vista a plasticidade e as possibilidades adaptativas que daí decorrem, pois seu desenvolvimento será amplamente condicionado pelos estímulos aos quais é exposta. É justamente esta característica que torna o ser humano amplamente adaptável e que lhe permitiu aventurar-se pelas diferentes regiões do planeta.

A imaturidade é que faculta a transmissão das aquisições culturais, de modo que, na formação do ser, temos ao lado da evolução condicionada pela herança genética, a evolução proporcionada pela herança cultural.

Se uma criança nasce hoje com características genéticas muito próximas de uma criança nascida há cinco mil anos, em poucos anos a herança cultural produzirá uma enorme diferenciação na medida em que todas as aquisições humanizadoras construídas culturalmente lhe serão transmitidas.

Natureza e cultura em interação recíproca determinam a construção do ser e o debate sobre esta interação ganha um novo e precioso enriquecimento com o aprofundamento dos conhecimentos do campo da epigenética que tem revelado uma importante distinção entre a carga genética e sua expressão.

O que este campo tem trazido de particularmente revolucionário na questão da interação entre disposição genética e meio ambiente é que, em contraste com a sequência genética, determinada por herança e, virtualmente idêntica em todos os tecidos, o padrão epigenético varia de tipo de célula para tipo de célula e é potencialmente dinâmico ao longo da vida. Ou seja, diferentes exposições ambientais, incluindo o cuidado parental inicial, podem afetar os padrões epigenéticos, com implicações importantes para o desenvolvimento e a constituição do sujeito. Tendo em vista que a programação epigenética define o estado de expressão de genes, as diferenças epigenéticas podem ter as mesmas consequências de polimorfismos genéticos. No entanto, em contraste com diferenças de sequência genética, alterações epigenéticas são potencialmente reversíveis. (McGowan e Szyf, 2010).

Esta potencialidade de reversibilidade é um aspecto dos mais importantes, pois, embora existam importantes "janelas" de sensibilidade que se estendem particularmente pelo período perinatal, compreender como essas experiências no início da vida produzem marcas epigenéticas que conferem determinadas características de personalidade e maior ou menor risco para transtornos, compreender como essas marcas são mantidas e como poderiam ser revertidas, está cada vez mais se tornando um foco de investigação nos diferentes campos que se dedicam ao estudo da construção da personalidade e seus transtornos (Murgatroyd e Spengler, 2011).

A base da constituição do sujeito

A base do processo de constituição do sujeito é essencialmente relacional, abrindo-se tanto para a possibilidade de uma evolução com enraizamento quanto para a alienação (Gomes e Schraiber, 2011). A comunicação, em seu sentido amplo, atualizada na relação através de padrões vinculares, irá determinar a extensão e a qualidade da construção da realidade biopsicossocial do ser, a partir dos fatores e da qualidade destas interações.

Dois variantes de uma mesma cena de interação entre a mãe e o seu bebê podem servir como ilustração da dinâmica deste processo de internalização das relações e da construção de padrões vinculares: temos um bebê e sua mãe; eis que o bebê chora e a mãe acorre para assisti-lo, todo seu ser mobilizado para tentar decifrar a qualidade do choro e identificar a perturbação/demanda. Começa a confortá-lo, segurando-o no colo e dirigindo-se a ele naquele dialeto típico (o "manhês") com suas sonoridades peculiares. Pode acontecer que consiga de pronto identificar e atender a necessidade da criança ou, por tentativa e erro, encontrar, sem grande

desespero, uma forma de proporcionar conforto para a criança que, em resposta, se acalma e interrompe o choro.

Numa variante desta situação, temos uma mãe que, frente ao choro do bebê, entra num estado de desespero e, tenta sofregamente se livrar desta situação perturbadora forçando as mais diversas opções para tentar silenciar o sofrimento que toma conta de si e da criança. A ansiedade da mãe potencializa a ansiedade da criança criando uma retroalimentação recíproca: a ansiedade da mãe aumenta a ansiedade da criança que por sua vez aumenta a ansiedade da mãe. Finalmente, após um tempo variável de permanência nessa vivência intensamente aflitiva, a situação desemboca numa interrupção do choro da criança.

Embora com desfecho semelhante –a interrupção do choro da criança– a diferença, a partir da perspectiva do registro da experiência e da construção dos padrões vinculares, é crucial. No caso do primeiro bebê os registros internos (introjeções) construídos a partir da experiência serão: existe um “objeto” ameaçador para o qual, evidentemente, o bebê não tem nome, mas existe, também, um “objeto” que tem a capacidade de permanecer em contato com este estado e oferecer continência, conforto e alívio da turbulência. Se este padrão relacional prevalece, a criança gradativamente vai sendo mais capaz de permanecer em contato com suas vivências discriminando e nomeando progressivamente as demandas associadas às turbulências vivenciadas (dor, fome, sede etc.) e as diferentes nuances emocionais (ódio, tristeza, amor etc.). Temos então, a incorporação de um padrão relacional favorável ao contato e ao crescimento emocional.

No caso do segundo bebê temos uma situação bem diferente, tendo em vista que o que ele irá incorporar é que não existe continência para seu estado de terror-sem-nome (Bion, 1991). A repetição reiterada dessa experiência dará lugar, tendo em vista a necessidade de sobrevivência, à operação de mecanismos que promovam a exclusão dessas vivências da vida mental. Consequentemente a vida mental vai ficar empobrecida e essas emoções, em estado latente, permanecerão em sua configuração primitiva, podendo se manifestar de forma sintomática ao longo da vida.

Esses processos básicos de constituição de padrões relacionais encontram, nos conceitos de continente e contido e o de *rêverie* propostos pelo psicanalista Wilfred Bion (1991), uma formulação útil para a compreensão da capacidade mental materna necessária para participar desse processo que contribui para promover a psiquização das vivências da criança.

A *rêverie* é uma capacidade mental descrita inicialmente como atributo importante da mãe (*rêverie* materna), cuja situação paradigmática, é a capacidade que ela tem para tolerar a identificação projetiva do pânico e do terror sem nome, que o bebê efetua, contendo e transformando estas emoções, de forma que, a criança sinta que está recebendo de volta, a sua temida personalidade, de uma maneira que lhe é agora mais tolerável (Bion 1991).

A *rêverie* materna desempenha para o bebê a função de modificar e transformar suas ansiedades e tensões, permitindo que, mãe e criança, integrem o processo que será o protótipo do processo de pensamento da criança e que continuará a se desenvolver através da vida.

Esta capacidade materna é estendida por Bion para a capacidade do analista em seu trabalho com o paciente e ampliada para as situações da vida em geral; Bion deixa claro, que a possibilidade de alcançar e manter esse estado é útil em muitas outras tarefas além da análise; ela é essencial para eficiência mental apropriada para uma tarefa, seja qual for a tarefa (Bion, 1992).

Com base neste modelo tem sido possível estabelecer uma distinção entre situações em que a estruturação do sujeito está enraizada em sua base emocional e outras em que há um desligamento dessa base.

Podemos, então, da perspectiva da humanização fazer uma distinção entre uma humanização ancorada numa base real e uma humanização estereotipada. Na humanização “real” existe um contato e uma evolução através da transformação das características básicas do ser. Na humanização estereotipada existe um desligamento do ser que abre as portas para a incorporação de padrões estereotipados de conduta. São padrões ditados (pré-moldados) e não construídos, que promovem uma estruturação da personalidade que tem recebido diversas denominações, entre as quais a de “falso Self” proposta por Winnicott (2000) ou de identificação com a “persona” proposta por Jung (1987) que procuram agrupar as situações em que ocorre a estruturação de uma identidade superficial, inautêntica, porque desligada de sua base real.

Emoção e razão

Não é nossa pretensão aprofundar neste artigo uma discussão quanto à definição e classificação dos fenômenos emocionais. A discussão é complexa e carregada de controvérsias e, há autores que inclusive questionam a validade da introdução deste conceito que, no seu entender, só trouxe complicações para a descrição dos fenômenos.

A palavra emoção (*emotion*) foi introduzida na língua inglesa a partir do século XVII e como categoria psicológica a partir do início do século XIX com uma ampla abrangência, englobando tudo o que era compreendido como sentimentos, estados de sentimento, prazeres, dores, paixões, afecções (Dixon, 2012).

Embora na linguagem corrente emoção e sentimentos sejam utilizados intercambiavelmente, no plano da investigação científica algumas tentativas tem sido realizadas para estabelecer uma distinção, por considerar que são fenômenos relacionados mas com características distintas.

Antônio Damásio (2011: 140), neurocientista de renome, formula a partir de suas observações e experimentos, uma distinção que se aproxima da que foi formulada por Carl Gustav Jung. Sucintamente podemos resumir a proposta de Damásio na seguinte proposição: sentimentos surgem quando o cérebro interpreta as emoções que são sinais puramente físicos ativados no corpo em reação a estímulos externos. Os sentimentos seriam, portanto, a experiência subjetiva da emoção, carente de alterações somáticas significativas e com uma certa estabilidade e duração.

Como já mencionado, não é intenção aprofundar esta interessante discussão categorial. O debate importante que se relaciona com a questão das humanidades e da humanização é quanto ao lugar que a vida emocional deve ocupar em nossa vida e em nossa evolução: Qual a contribuição desses fenômenos para a vida mental? Qual a relação entre emoção e razão? Deve a razão ser a encarregada de dirigir nossas vidas e nossas decisões? O que fazer com as emoções?

Toda uma linha de pensamento enraizada inclusive em tradições filosóficas consideram as emoções como um obstáculo para dirigir nossa vida e nossas escolhas. Em oposição a esta visão, temos a percepção, alcançada em diversos campos que se dedicam ao estudo do desenvolvimento da personalidade, de que as emoções constituem uma base importante para o crescimento mental e que o enraizamento na base emocional é de vital importância para a construção de uma personalidade integrada e autêntica. Novamente, do campo das neurociências surgem evidências inquestionáveis do valor das emoções para a condução da vida e das escolhas tornando anacrônica a clássica oposição entre razão e emoção.

Damásio (1996), a partir de extensas observações em pacientes neurologicamente lesionados, demonstrou que um processo puramente racional falha quando colocado diante da necessidade de escolhas e tomadas de decisão, tendo em vista que, a razão, ligada a áreas evolutivamente mais recentes do cérebro humano, não funciona adequadamente na ausência da qualidade gerada pelas emoções.

Pacientes com lesões no lobo frontal quando confrontados com uma situação que demanda decisão, ainda que de natureza trivial, encontram imensa dificuldade e são tomados por dúvidas sem fim, que acarretam adiamento de qualquer decisão.

Emoção, razão e ética

As evoluções culturais transmitidas à criança podem ser divididas em quatro categorias básicas: técnicas, éticas, estéticas e emocionais.

A educação técnica é a que mobiliza menos situações conflitivas, pois não envolve diretamente questões de valores como é o caso da educação ética, estética e emocional.

A relação entre a educação ética e emocional tem sido objeto de reflexões. Kesselring (2006) considera que as emoções foram, por muito tempo, negligenciadas pela ética, atribuindo a razão desta negligência, entre outras, à influência do pensamento de Kant que postulava que uma ação

moralmente boa é uma ação racional. Para Kant a qualidade ética de uma ação advém do fato que deve ser realizada, em contraposição a uma ação executada para satisfazer prazeres associados a inclinações e que, portanto, não possuem qualidade ética. O que as modernas investigações no campo têm demonstrado, sem maiores dificuldades, em contraposição a essa perspectiva, é o papel que as emoções sociais, que se atualizam como sentimentos morais, desempenham no desenvolvimento da conduta moral.

Esta contraposição entre uma ética ditada racionalmente e uma ética ancorada em estruturas inatas se insere numa discussão mais ampla entre duas vertentes de respostas à construção da dimensão moral da humanidade (Hoffmann, 2000).

De um lado uma visão de “pecado original” que assume que, as pessoas nascem egoístas e adquirem um senso moral através da socialização que controla o egoísmo e que tem paralelismo nos primeiros freudianos e, nas teorias de aprendizado social que sublinham a importância para o desenvolvimento moral da punição e recompensa pelos pais, especialmente dando e retirando afeto.

Diametralmente oposta é a doutrina da pureza inata, associada particularmente a Rousseau que via a criança como tendo uma bondade inata (sensível aos outros) sujeita à corrupção pela sociedade.

A nossa base moral está fundada no medo ou tem raízes em componentes inatos? Ficamos com Rousseau que no seu *Emílio* apresenta a visão da criança como essencialmente boa e com capacidade para ternura, sendo corrompida pela sociedade ou com Thomas Hobbes, que no seu *Leviatã* (1651) traça um retrato bem diferente: o homem desde o nascimento é uma criatura interessada em si própria e movida por perpétuo e incansável desejo de poder que só se extingue com a sua morte (De Marco *et al.*, 2012).

Uma discussão importante é o quanto cada uma destas visões corresponde a uma dimensão da construção do desenvolvimento moral.

As duas dimensões da moralidade

Os conhecimentos acumulados no campo da investigação psíquica quanto à existência de uma base inata, não racional, para a construção do desenvolvimento moral têm recebido confirmação através de estudos da biologia, da antropologia e das neurociências.

A própria concepção de que entre os atributos que tornam o ser humano único está a capacidade de agir moralmente, defendida por muitos filósofos e antropólogos, tem sido colocada em questão pela evolução dos conhecimentos neste campo.

Comportamentos sociais em animais, associados à empatia e preocupação com o sofrimento dos outros, têm sido demonstrados através de consistentes observações e experimentos: quando um chimpanzé entra em sofrimento por perder uma luta, cair de uma árvore ou qualquer outro evento estressante, os outros prontamente se disponibilizam para lhe proporcionar conforto e reassentamento. Eles o abraçam, beijam e tentam acalmá-lo com carícias e afagos.

A abrangência destes comportamentos, considerados como componentes da evolução da inteligência social não se restringe aos primatas, incluindo outras espécies, como elefantes, cetáceos (golfinhos e baleias) e mesmo pássaros (uma espécie da família dos corvos).

Certamente os humanos se diferenciam no grau de aplicação da ética e moralidade para a tomada de decisões, mas, estas observações que demonstram a presença da empatia em animais fornecem importantes indícios quanto à existência de um substrato neurológico destas habilidades (Hunter 2010).

A comprovação deste substrato neurológico vem sendo alcançada através da evolução das pesquisas no campo das neurociências. Sistemas neurais envolvidos na empatia e na inteligência social e que têm como propriedade central permitir a identificação e compreensão das intenções e das ações do outro, tem sido identificados. Este sistema foi denominado de sistema de neurônios-espelho, pois, parece “espelhar” as ações realizadas, codificando uma correspondência funcional entre a ação motora e a percepção sensorial desta ação. As evidências, através de observações e técnicas de neuro-imagem, indicam que este sistema forma parte da atividade neural que participa

do processo de mobilização de preocupação empática, a capacidade de sentir e compreender o estado emocional do outro, constituindo a base biológica para o desenvolvimento da nossa sofisticada evolução social e da base moral que a governa (Molnar-Szakacs, 2011).

Estas observações sugerem que as regras de moralidade que norteiam os comportamentos sociais, determinando a construção de papéis sociais e, as expectativas e sanções a que o sujeito estará submetido, são elaboradas, apoiadas nesta base.

Na construção do sujeito, portanto, temos que a socialização pode ocorrer através de dois mecanismos complementares: de um lado uma transmissão do processo, ou seja, as conquistas e construções sociais são alcançadas através da ativação e evolução das capacidades naturais; de outro a imposição pura e simples das conquistas e expectativas sociais.

Como a imposição é menos trabalhosa do que a construção apoiada na mobilização e evolução das características emocionais inatas, o perigo de um desvio para a tendência exclusiva à imposição estará sempre rondando o processo de humanização.

O resultado, quando esta tendência predomina, é a construção de uma personalidade estruturada com base nos papéis e nas expectativas sociais, mas desligada de uma base profunda que possibilitaria que a construção das condutas morais ocorresse a partir da vivência e elaboração dos conflitos entre as emoções “egoístas” e as emoções socialmente orientadas.

O processo de humanização implica numa base moral e, se essa base é construída apoiada numa preocupação empática, que irá resultar numa atenção e cuidado com o próprio sofrimento e com o sofrimento dos outros, podemos falar de uma humanização “verdadeira”. Por outro lado, podemos nomear como humanização “implantada”, a situação em que não há verdadeira base mas superimposição. Na humanização “verdadeira” os preceitos morais serão incorporados através de uma matriz vivencial e não como submissão a uma autoridade.

Uma leitura destas condições pode ser realizada através de conceituações provenientes das observações psicanalíticas. Jung, conforme já mencionamos, denomina de *persona* a estes papéis desempenhados pelo sujeito, referindo-se este termo latino à máscara utilizada pelo ator na antiguidade. Utiliza o termo para caracterizar nossa disposição inata para a adaptação à coletividade através do desempenho de papéis no palco do mundo (Whitmont, 1990). Esta adaptação representa um perigo quando a personalidade total se identifica com os papéis, promovendo a construção de uma identidade apoiada nos mesmos, que resulta no que Jung denomina *identificação com a persona*, indicando a construção de um sujeito desligado de sua autenticidade. Do ponto de vista da interação, o resultado será um sujeito com uma humanização superficial traduzida em polidez e um simulacro de interesse e respeito pelo outro.

As consequências de uma socialização apoiada na imposição de papéis são importantes tanto para o indivíduo quanto para a sociedade. A imposição pode provocar tanto uma revolta explícita quanto uma turbulência latente, sendo que esta tem lugar quando ocorre a *identificação com a persona*, produzindo a exclusão de aspectos socialmente indesejáveis, que irão encontrar diversas outras formas de manifestação, como por exemplo, o fenômeno do bode expiatório no qual os aspectos socialmente condenáveis são projetados nos outros (os vizinhos, outros povos, etnias, etc.).

Outro autor que formulou uma importante contribuição para o tema é Donald Winnicott (2000) através do conceito de *concern* (traduzido como preocupação). Para ele a capacidade de se preocupar é inata e, se as condições forem favoráveis, os valores correspondentes serão criados a partir de vivência e maturação. Em condições desfavoráveis teremos um desligamento da base profunda do ser e a construção de um falso *Self* (De Marco *et al.*, 2012).

Medicina e humanidades

A medicina, acompanhando o progresso da ciência em geral e o desenvolvimento das novas tecnologias, alcançou uma condição inimaginável em passado recente, propiciando a cura, o controle e a prevenção de inúmeras patologias bem como a realização, com altas margens de sucesso, de intervenções e cirurgias de alta complexidade. Os benefícios são inúmeros: aumento da expectati-

va de vida da população, diminuição das taxas de mortalidade e melhora na qualidade de vida de muitas pessoas que antes estariam limitadas por doenças crônicas (De Marco *et al.*, 2012).

Este impulso considerável na ampliação de seus conhecimentos conquistado a partir da adesão ao modelo científico fundado na experimentação trouxe um progresso inquestionável, mas, veio acompanhado por um desequilíbrio que comprometeu a visão integral do ser. A formação das escolas médicas vem seguindo preferencialmente este modelo (denominado biomédico), isolando o físico para facilitar a compreensão dos fenômenos estudados e desconsiderando dimensões que constituem a base essencial de nosso processo de evolução cultural e humanização e que determinam o sentido e a qualidade de nossa existência, bem como, interferem em todo o processo saúde-doença.

Um movimento complementar tem se tornado cada vez mais presente ressaltando que, embora não se questione que ter conhecimentos biomédicos é essencial para se tornar um bom médico, isto não é o suficiente. Os protocolos são necessários, mas contém apenas as diretrizes para o começo de um bom cuidado. Os pacientes esperam alguém que cuide deles, alguém que entenda de gente doente e não apenas de doenças. E isto começa por um interesse genuíno pela vida, pelas pessoas, pelos dramas humanos e pelo interesse por histórias de vida (De Marco *et al.*, 2012).

O modelo biopsicossocial

Complementarmente à tendência biologizante, já na primeira metade do século XIX, tem lugar um movimento que procura ultrapassar essa polarização da formação e da tarefa médica nos aspectos biológicos. No plano da dimensão social, a partir dos anos 40 do século XIX se criam as condições para a emergência da medicina social (Nunes, 2006).

Quanto aos aspectos psicológicos, expoentes importantes do movimento de reintegração foram os médicos vienenses Philipp Carl Hartmann (1773-1830) e seu discípulo Ernst Freiherr von Feuchtersleben (1806-1849). Este último foi um precursor da necessidade do preparo dos médicos em suas aptidões psicológicas.

A perspectiva biopsicossocial que se delineou como alternativa ao modelo biomédico preconiza que a formação do futuro profissional não se restrinja ao campo da biomedicina.

Acompanhando essa tendência, em nosso trabalho de formadores dos profissionais, consideramos essencial que a formação técnica biomédica possa ser acompanhada por uma educação emocional, ética e estética que, ao lado do preparo para o conhecimento das doenças, ofereça um preparo para o conhecimento das pessoas: que fique demonstrado para o aluno que aprender a auscultar as pessoas é tão importante quanto aprender a auscultar um coração ou um pulmão; que o ensino de técnicas de comunicação é tão importante quanto o ensino de técnicas cirúrgicas.

É a partir desta perspectiva que consideramos que as áreas ligadas às humanidades têm uma contribuição fundamental a oferecer para a aquisição desses conhecimentos.

A formação do profissional

Não faltam evidências para justificar a imprescindibilidade desta formação para o profissional (Rios e Schraiber, 2011; Llanes, 2011; Macnaughton, 2000; Grant, 2002). Entre elas, temos:

- O conhecimento e o reconhecimento das emoções (em si e no outro) e seu manejo apropriado, contribuem decisivamente para a construção de um campo emocional favorável para o desempenho da tarefa médica. Quem já tem alguma experiência neste campo reconhece prontamente a enorme diferença para a relação que advém, por exemplo, da capacidade de continência e empatia e pela observação e manejo da dinâmica transferencial-contratransferencial (De Marco *et al.*, 2012).
- Os dilemas éticos presentes desde sempre no exercício da profissão se apresentam na atualidade como desafio constante gerando situações altamente críticas (Schraiber, 1997). As intensas mudanças sociais e tecnológicas tornam a capacitação do profissional neste campo muito mais necessária e difícil. O panorama é de importante defasagem entre, de um lado, as mudanças sociais (que com a globalização vem sofrendo

transformações aceleradas e radicais) e as aquisições tecnológicas (com crescimento e transformações exponenciais) e, de outro, as mudanças ético/morais (que são, por sua própria natureza, de gestação e amadurecimento mais lentos).

- Quanto à educação estética, embora à primeira vista sua importância, para o profissional de saúde, possa não se mostrar tão evidente, um exame mais atento revela sua grande valia. A arte em sua linguagem peculiar aporta conhecimentos sobre os fatos da vida e das pessoas com profundidade que não pode ser alcançada através de outras linguagens. O contato com a arte proporciona uma transformação no próprio profissional, em sua visão de mundo e qualidade de vida, ao mobilizar “frequências mentais” que favorecem uma visão ampliada do mundo e uma plasticidade desautomatizadora da percepção. A arte é um convite a uma reorganização e à experimentação de novas versões do mundo e de si (Tapajós, 2002).

É possível no curso médico oferecer o preparo necessário? Certamente não, mas o importante é fornecer referências importantes para que observem, reflitam e para que tenham saídas criativas frente ao inesperado e ao imprevisível, que sempre acontece nos encontros humanos e deixar claro, parafraseando William Osler (1950) que a educação específica do profissional não é curso colegial, nem mesmo o curso médico, mas um *curso de vida*, para o qual o trabalho de poucos anos sob ensino é apenas preparação.

A experiência da Universidade Federal de São Paulo

Há muitos anos temos oferecido em nosso trabalho na UNIFESP, programas que buscam proporcionar um preparo no campo das humanidades, observando o cuidado de evitar seguir uma tendência de transformar esse ensino numa mera aquisição de técnicas, utilizadas mecanicamente (Rios e Schraiber, 2011).

Consideramos a técnica útil e necessária como um recurso a ser incorporado sempre respeitando a equação pessoal e a autenticidade. Dentro dessa perspectiva temos trabalhado com diversas técnicas e recursos metodológicos que incluem, no plano formal, o trabalho com pequenos grupos, o recurso a diversas técnicas de mobilização psicodramáticas, um laboratório de comunicação e outras. (De Marco et al, 2010).

No plano do conteúdo colocamos o aluno em contato com diferentes fontes de conhecimentos, tanto no campo científico (disciplinas psicológicas, sociológicas e antropológicas etc.) quanto do campo da arte, como literatura, teatro e cinema.

Neste trabalho, vamos apresentar com mais detalhes apenas a experiência introdutória que ocorre no segundo semestre do primeiro ano da graduação em medicina.

Conhecendo pessoas – uma ciência, uma arte

Como introdução a um programa que se estende por todo o curso, trabalhamos, com os alunos do primeiro ano da graduação em Medicina, utilizando uma metodologia que incorpora contribuições das ciências e das artes. Como materiais pedagógicos, textos científicos, contos literários e filmes, são estímulos para debates, discussões e planejamento de trabalhos (De Marco et al., 2009; 2011).

A intenção é aguçar a auto-observação e a observação das pessoas; instrumentalizá-los para que tenham a flexibilidade necessária para enfrentar as situações, reconhecendo os dilemas humanos e identificando e considerando os aspectos relevantes presentes no campo relacional e comunicacional (o que inclui o reconhecimento de seus estados e sentimentos bem como os de seus pacientes). Procuramos instrumentalizá-los para reconhecer e evoluir suas capacidades de observação, empatia e continência. Entendemos que, para que esta instrumentalização seja efetiva, o curso deve ter forte cunho experiencial, contribuindo para essa finalidade, não só a observação, o compartilhamento e a reflexão das vivências despertadas, mas, a própria relação profes-

sor-aluno, que pretendemos sirva de modelo de uma relação viva e autêntica. A forma como temos procurado lidar e elaborar as experiências emocionais que surgem no processo, nos leva a formular a hipótese que um componente importante de tal processo poderia ser denominado, utilizando e estendendo a nomenclatura formulada por Bion, “*rêverie* do papel profissional”, onde as atitudes do professor procuram proporcionar continuidade, acolhimento e elaboração das vivências, visando favorecer a metabolização das angústias dos alunos, que emergem nas experiências do curso médico e promover integração e evolução emocional.

“Conhecer pessoas” é o mote do curso que pretende aprofundar o contato dos alunos com as diferentes áreas que historicamente têm se interessado pelo conhecimento e equacionamento dos dilemas humanos. As aulas, em pequenos grupos (20 alunos), visam facilitar o contato entre professores e alunos e favorecer ampla participação.

Através da discussão das contribuições das diferentes áreas de conhecimento como mitologia, filosofia, psicologia, sociologia, antropologia, história, bem como, produções ligadas à arte, como literatura, teatro e cinema, procuramos sensibilizar os alunos para o imenso manancial que estas áreas produziram para o conhecimento das pessoas, seus conflitos e dilemas.

Por exemplo, através da abordagem da psicologia acessar conhecimentos do desenvolvimento da personalidade, seus momentos críticos, progressões e regressões, demonstrando a ajuda que estes conhecimentos podem proporcionar na detecção de fatores e situações de risco que contribuam para a saúde e a doença, bem como as reações da pessoa frente ao adoecer.

Estes mesmos conhecimentos podem ser muito enriquecidos através de contato com manifestações ligadas à arte.

Assim, se queremos um retrato vivo de como se sente e o que se passa com um doente e seu entorno, bem como uma visão crítica dos médicos e da medicina, a leitura de “A morte de Ivan Ilitch” (Tolstoi, 1998) pode ser muito enriquecedora. No texto de psicologia, sociologia, antropologia, vamos encontrar mais informação conceitual, na literatura (nos bons escritores) encontraremos uma visão aguçada da “vida como ela é”:

O clínico dizia: isto e aquilo indicam que o senhor tem isto ou aquilo; mas se o exame não confirmar que o senhor tem isto ou aquilo, devemos levantar a hipótese de ter isto ou aquilo... Ivan Ilitch só se preocupava com uma coisa: o que tinha era grave ou não? O doutor, porém, não ligava para a descabida pergunta. Do seu ponto de vista, o capital era decidir entre um rim flutuante, uma bronquite crônica ou uma afecção do ceco. Não estava em pauta a vida de Ivan Ilitch, mas sim decidir pelo rim ou pelo ceco. E o facultativo, brilhantemente resolveu, segundo pareceu a Ivan Ilitch, a favor do ceco... Exatamente o que Ivan Ilitch fizera mil vezes, e com o mesmo brilho, em relação a um acusado. De maneira igualmente brilhante, o médico fez sua conclusão e, triunfante, e até jubilosamente, olhou por cima dos óculos para o acusado. Mas Ivan Ilitch, pela conclusão científica, inferiu que as coisas andavam mal para o seu lado, embora isso fosse indiferente para o médico e talvez para todo mundo. (p. 37)

Se quisermos conhecer mais sobre o médico, sua personalidade e as vicissitudes do exercício da medicina podemos estudar uma série de textos (psicológicos, sociológicos, antropológicos), mas se, complementarmente, fizermos uma reflexão sobre o mito de Asclépio e seu tutor Chiron (o curador-ferido) com certeza sairemos bastante enriquecidos.

Por outro lado, se desejamos saber como se sente um médico quando adocece, estes trechos do livro “O médico doente” de Dráuzio Varela (2007) são uma amostra de quão instigante pode ser a sua leitura:

“Basta cair doente para que todos se considerem no direito de dar ordens: Já para a cama”; “Não saia no sereno”; “Vista o agasalho”. O mais humilhante é obedecer com a docilidade dos cordeiros, porque a doença tem o dom de nos fazer regredir ao tempo em que nos entregávamos indefesos aos cuidados maternos. “Na cadeia, vi muito assaltante de renome clamar pela mamãezinha na hora da dor” (p. 19).

Ou:

Um técnico do laboratório passou um garrote para colher sangue e ligar o frasco do soro: “Vou dar uma picadinha”. Foi o primeiro de uma série infindável de diminutivos que viriam a ser pronunciados. Achei graça porque me lembrei de meu sogro, engenheiro agrônomo que se orgulhava de ter passado a vida a abrir fazendas e a desbravar rincões longínquos. Quando esse homem à moda antiga saiu do centro cirúrgico depois de uma operação de catarata e lhe perguntei se havia sentido dor, respondeu: “Dor é o de menos; duro é ouvir ‘Abre o olhinho’, ‘Fecha o olhinho’ e ser obrigado a ficar quieto”. O emprego do diminutivo infantiliza o cidadão. Deitado de camisola e pulseirinha, sem forças para agir por conta própria, cercado de gente que diz: “Vamos tomar um remédio”; “Abre a boquinha”; “Levanta a perninha” há maturidade que resista? (p. 25)

Ou ainda:

As quatro pessoas mais próximas de mim, de quem eu morria de saudades ao me afastar por poucos dias que fosse, haviam perdido o significado afetivo. Não que tivessem se tornado estranhas; continuavam íntimas, mas os laços emocionais que me ligavam a elas já não existiam. Tinha visto pacientes dar a impressão que se desligavam dos familiares nos dias que antecedem a morte. Um deles descreveu com ênfase esse alheamento: “Meus filhos não significam mais nada. Meus netos parece que nunca existiram”. Fiquei chocado ao ouvi-lo. Julguei haver uma frieza nas relações familiares daquele homem, muito diversa do amor e da intimidade que caracterizavam as minhas. No lugar dele, imaginei que não suportaria a dor da separação iminente. Julgamento equivocado. Para mim, também, minha neta Manoela era uma figura abstrata. (p. 118)

Durante o curso, assistimos e discutimos alguns filmes, entre os quais: Freud Além da Alma, Os Quatro Diamantes e Uma Lição de Vida.

O primeiro, desperta muito interesse dos alunos pela postura investigativa do médico recém-formado Sigmund Freud na busca de entendimento dos quadros históricos. O filme serve como ilustração para discutir com os alunos noções básicas de Psicanálise e sua contribuição para o conhecimento das pessoas.

O filme, Os Quatro Diamantes (dirigido por Peter Werner, 1995) é baseado em história real e mostra a luta de um menino e sua família com um uma doença grave (câncer). O menino Christopher que costuma fantasiar ser cavaleiro da Távola Redonda é obrigado, em função da descoberta de um câncer, a fazer uma quimioterapia durante suas férias escolares. Ao retornar às aulas ao invés da tradicional redação “o que fiz nas férias de verão” é liberado pelo professor para escrever uma história de ficção. Envolvendo, em suas fantasias de cavaleiro, médicos e familiares, aborda a luta que trava com sua doença. Este filme sensibiliza muito os alunos, promovendo ampla discussão sobre a comunicação da médica com seu paciente e as diversas reações ao adoecer.

O filme uma Lição de Vida (dirigido por Mike Nichols, 2001) mostra a luta de uma professora universitária que leciona poesia inglesa e recebe, através de um oncologista e pesquisador famoso, a notícia de que tem um câncer de ovário em estágio avançado. A professora, ela própria, mantinha um relacionamento frio e distante com os seus alunos e, na posição de paciente, se vê exposta ao mesmo tratamento que lhes dispensava. O tratamento e a evolução de sua doença lhe permitem rever sua vida e sua forma de se relacionar.

O filme propicia a discussão da relação e comunicação médico-paciente, das fases do adoecer, consentimento informado, autonomia e ética em pesquisa.

Na literatura, um dos textos que temos utilizado é o conto “O Espelho” (1882) de Machado de Assis (Brayner, 1981), autor conhecido pelo olhar minucioso sobre o comportamento humano. Neste conto, o personagem, ao receber um posto militar, é surpreendido pelo respeito e destaque que recebe quando está fardado. Ser visto fardado torna-se necessidade, a ponto de provocar uma intensa angústia, frente a um sentimento de não-existência, quando o personagem fica sozinho por um breve período. O uniforme militar serve como metáfora para se discutir o uso do avental branco, sua interferência nos relacionamentos e o respeito a ele conferido. Numa avaliação do curso, a maioria dos alunos considerou a leitura e discussão deste conto como um dos momentos mais marcantes, tendo

em vista a mobilização que produziu para ajudá-los a refletir sobre o papel que ocupam e as vivências despertadas quando em contato com os pacientes. Perceber, desde a entrada no curso médico, a responsabilidade e o poder que os pacientes lhes conferem mobiliza emoções intensas. Numa das classes, ao discutir o conto, um aluno comentou sobre o “poder” que sentia ao vestir seu avental:

Num dia em que fomos observar o trabalho numa Unidade Básica de Saúde, eu estava chegando – já de avental – e dois pacientes brigavam na porta para ver quem entrava primeiro. Ao me verem, pararam de brigar e abriram espaço para que eu passasse. Assim que eu passei, voltaram a discutir.

O relato deste aluno trazia o espanto de se deparar com tanto poder para “abrir seu caminho”, mostrando, ao mesmo tempo, sua satisfação com todo o respeito que lhe era dirigido.

Assim como este fato relatado, os anos de graduação médica despertam inúmeras vivências intensas que necessitam espaços de discussão, suporte e elaboração. As aulas de Psicologia Médica favorecem que estas vivências possam ser ventiladas e o tema “conhecer pessoas” abordado durante todo o semestre, de diversas maneiras: os alunos observam os outros, a si próprios e aos pacientes. Isto foi apontado por diversos alunos em suas avaliações:

A habilidade que mais desenvolvi foi a de observar a mim mesma e refletir mais sobre isso. Ao longo do curso descobri muito sobre mim mesmo e isso foi algo que me assustou. Percebi que Psicologia Médica é muito importante e deve ser trabalhada durante toda a vida.

Outra atividade marcante é o trabalho final cujo tema é “Conhecendo pessoas: uma ciência, uma arte”. O trabalho é proposto já no início do curso e os alunos se dividem em grupos (de 6 a 7 alunos), com a tarefa de elaborar, focados no tema, uma apresentação para o resto da turma. Eles são estimulados a utilizar recursos tanto da ciência como da arte na formatação do trabalho. A forma e apresentação são muito variadas: montagem de cenas de teatro, produção de filmes, entrevistas, etc. A experiência promove a aproximação a um campo de conhecimento a partir de uma abordagem pouco habitual para um estudante de medicina, envolvendo um importante componente lúdico. Também proporciona oportunidade de exercitar o trabalho em grupo e conhecer melhor a seus colegas e a si mesmo (De Marco *et al.*, 2011).

Estes trechos nos fornecem uma noção das repercussões do trabalho final:

Vejo que através de tudo o que passamos durante o processo de construção do trabalho final, aprendi um pouco mais o que é ser médico. Ser médico é muito mais do que aprender técnicas, é uma arte de conhecer o outro (...) E essa arte não se aprende de uma só vez, mas continuamente, num processo eterno, porque não só uma pessoa é diferente da outra como o mesmo paciente que conhecemos hoje pode ser outro amanhã. Estamos em constante mudança.

Gostei muito de ter feito o trabalho final do curso. Revi e acrescentei conhecimento numa área que, repito, acredito ser de extrema importância na subjetividade médica. Pude relembrar diversos aspectos colocados em sala durante o curso e, assim, começar a finalizar a primeira de muitas etapas em meu aprendizado de psicologia médica.

Este modelo de curso tem sinalizado que a utilização conjunta de recursos das ciências e das artes tem grande potencial para instrumentalizar vivências e reflexões no futuro profissional, tendo em vista contribuir para um desenvolvimento pessoal e profissional incorporado e uma abertura crítica e aberta frente ao imenso desafio de abertura para o contato com a condição humana (De Marco *et al.*, 2011).

As palavras de alguns alunos ilustram a contribuição do curso em instrumentalizá-los e estimulá-los para este grande desafio:

Há muitas coisas e sentimentos atrás dos atos, atitudes e da própria identidade das pessoas. Conhecer pessoas é um desafio maior do que imaginávamos e um aprimoramento interminável.

Fazemos nossas essas palavras finais.

REFERÊNCIAS

- Bion, W.R. (1991). *O Aprender Com A Experiência*. Rio De Janeiro: Editora Imago.
- (1992). *Cogitações*. Rio De Janeiro: Editora Imago.
- Brayner, S. (org.) (1981). *O Conto de Machado de Assis: antologia*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Damásio, A. (1996). *O Erro de Descartes*. Ed. Cia. da Letras, São Paulo.
- (2011). *E o Cérebro Criou o Homem*. Ed. Cia. da Letras, São Paulo.
- De Marco, M. A. (2003). *A Face Humana da Medicina*. Ed. Casa do Psicólogo, São Paulo.
- , A. C. Lucchese, C. C. Dias, C. C. Abud, L. A. Nogueira-Martins (2009). “Semiologia Integrada - uma experiência de aproximação antecipada e integrada à prática médica”. *Revista Brasileira de Educação Médica* 33, pp. 282-290.
- , A. L. Vessoni, A. Capelo, C. C. Dias (2010). “Laboratório de comunicação: ampliando as habilidades do estudante de medicina para a prática da entrevista”. *Interface* (Botucatu. Impresso), 14(32), pp. 217-227.
- , M. V. Degiovani, D. M. C. Gallian, A. C. Lucchese (2011). “Conhecendo pessoas uma ciência, uma arte: Breve relato de uma experiência na Graduação Médica da EPM-UNIFESP”. *Interface* 15, pp. 1219-1222.
- , Abud, C.C., Lucchese, A.C., Zimmermann, V. (2012). *Psicologia Médica: Abordagem Integral do Processo Saúde-Doença*. Ed. Artmed, Porto Alegre.
- Dixon, T (2012). “Emotion”. *The History of a Keyword in Crisis Emotion Review* 4, p. 338. Originally published online 2, doi:10.1177/1754073912445814.
- Gomes, R.M. e L. B. Schraiber (2011). “A dialética humanização-alienação como recurso à compreensão crítica da desumanização das práticas de saúde: alguns elementos conceituais”. *Interface* (Botucatu. Impresso), 15, pp. 336-350.
- Grant, V. J. (2002). “Making room for medical humanities”. *Med. Humanities*, 28, pp. 45-48.
- Hoffman, M.L. (2000). *Empathy and moral development: Implications for caring and justice*. New York: Cambridge University Press.
- Hunter, P. (2010). “The basis of morality”. *EMBO reports* 11, pp. 166–169, doi:10.1038/embor.2010.19.
- Jung, C. G. (1987). *O Eu e o inconsciente*. Petrópolis: Vozes.
- Kesselring, T. (2006). “Ética e Emoções Morais”. *Cadernos IHU Ideias*, 4(52).
- Llanes, M. E. M. (2011). “Ciencias Sociales y Humanísticas en la formación médica”. *Rev. Hum. Med.* 11(1). Ciudad de Camaguey.
- Macgowan, P.O. e M. Szyf (2010). “The epigenetics of social adversity in early life: implications for mental health outcomes”. *Neurobiol Dis.* 39(1), pp. 66-72, doi:10.1016/j.nbd.2009.12.026.
- Macnaughton, J. (2000). “The humanities in medical education: context, outcomes and structures”. *Med. Humanities* 26, pp. 23-30.
- Molnar-Szakacs, I. (2011). “From actions to empathy and morality – A neural perspective”. *Journal of Economic Behavior & Organization*, 77, pp. 76–85.
- Murgatroyd, C. e D. Spengler (2011). “Epigenetics of early child development”. *Front. Psychiatry*. 2, 16, doi:10.3389/fpsy.2011.00016.
- Nunes, E. (2006). “Saúde coletiva: uma história recente de um passado remoto”. Em: G. W. de S. Campos, M. C. de S. Minayo, M. Akerman, M. Drumondjr e Y. M. Carvalho, *Tratado de saúde coletiva* (pp. 295-315). Rio de Janeiro, Hucitec, Fiocruz.
- Osler, W. (1950). *Aphorisms from his bed side teachings and writings*. Collected by Robert Bennett Bean; edited by William Bennett Bean. New York, Henry Schuman, Inc.

- Rees, G. (2010). “The Ethical Imperative of Medical Humanities”. *J. Med. Humanit.*, 31, pp. 267–277.
- Rios, I. C. e L. B. Schraiber (2011). “Uma relação delicada: estudo do encontro professor-aluno”. *Interface* (Botucatu. Impresso), v. 15, p. 39-52.
- Schraiber, L. B. (1997). “No Encontro da Técnica com a Ética: o exercício de julgar e decidir no cotidiano do trabalho em medicina”. *Interface*, 1(1), pp. 123-140.
- Tapajós, R. (2002). “A introdução das artes nos currículos médicos”. *Interface* (Botucatu. Impresso), 6(10), pp. 27-36.
- Tolstoi, L. (1998). *A Morte de Ivan Ilitch*. São Paulo: Publifolha.
- Varella, D. (2007). *O Medico Doente*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Whitmont, E. C. (1995). *A Busca do Símbolo*. São Paulo: Editora Cultrix.
- Winnicott, D.W. (2000). *Da Pediatria à Psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago.

SOBRE OS AUTORES

Mario Alfredo De Marco: Professor Associado do Departamento de Psiquiatria da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (EPM/UNIFESP), onde tem desenvolvido inúmeras atividades de ensino, pesquisa, extensão e administrativas, tendo implantado vários serviços e ocupado cargos universitários e de coordenação de disciplinas, serviços, cursos e programas. Sua principal linha de trabalho envolve a aplicação dos conhecimentos do campo da Saúde Mental ao campo das práticas e formação em saúde. É graduado em Medicina pela Escola Paulista de Medicina (1972) onde completou a residência em psiquiatria (1974). Tem título de especialista em Psiquiatria pela Associação Brasileira de Psiquiatria (1975) e em Psicanálise pela Sociedade Brasileira de Psicologia Analítica e International Association for Analytical Psychology (1983). É mestre em Psiquiatria e Psicologia Médica (1993) e Doutor em Ciências (2005) pela Universidade Federal de São Paulo. É professor-orientador dos Programas de Pós-Graduação “Ensino em Ciências da Saúde” do CEDESS da UNIFESP e “Saúde Coletiva” do Departamento de Medicina Preventiva da UNIFESP. Tem experiência na área de Psiquiatria, Psicologia Médica, Psicanálise e Psicossomática pesquisando e publicando sobre temas relacionados a metodologia de ensino na área de saúde, intervenções integradoras no campo da saúde (Interconsulta, Programas de Ligação, Comunicação e capacitação profissional, Humanidades Médicas) e prevenção e assistência à saúde do profissional de saúde. É coordenador do Serviço de Atenção Psicossocial Integrada em Saúde (SAPIS) do Departamento de Psiquiatria da UNIFESP.

Mariella Vargas Degiovani: Coordenadora da Psicologia da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Sao Paulo - HU-UNIFESP, Professora de Psicologia Medica, Tutora E preceptora da Reside.

Calidad de vida relacionada con la salud de adultos mayores pensionados y no pensionados en Santa Marta, Colombia

Cristina Marín Monroy, Universidad Cooperativa de Colombia, Colombia
Suly Castro Molinares, Universidad Cooperativa de Colombia, Colombia

Resumen: El incremento de la población de adultos mayores genera una problemática tanto a nivel social, económico y de atención en salud, parámetros relacionados con tener o no una buena calidad de vida. Este estudio es de enfoque cuantitativo, de diseño descriptivo y comparativo, de corte transversal; la muestra estuvo constituida por 177 adultos de 60 años en adelante, a quienes se les aplicó una ficha de datos socio demográfico y el cuestionario SF36. Los resultados indican que el 44,1% no son pensionados, mientras que el restante 55,9% poseen algún tipo de pensión; las mujeres representan la población mayoritaria con 56% pensionadas y 52% no pensionadas; predomina en ambos grupos el estado civil casado; en cuanto a escolaridad, el 22% de los pensionados terminó su bachillerato, mientras que sólo el 8,5% de los no pensionados lo hicieron. Al comparar los datos obtenidos de la población pensionada y no pensionada de adultos mayores de Santa Marta, se encontró que no hay diferencias significativas en las dimensiones Rol Físico, Dolor Corporal, Salud General, Vitalidad, Función Social, Salud Mental y Salud en el Tiempo. Con el estudio se concluye que la calidad de vida de los adultos mayores de Santa Marta se percibe como buena, sin embargo, se encontraron promedios significativamente diferentes entre las dos poblaciones comparadas, se observa que los pensionados manifiestan tener mejor Función Física que los no pensionados; situación contraria para la dimensión Rol Emocional, donde los no pensionados expresaron mejor función que los pensionados.

Palabras clave: salud, adulto mayor, SF-36, dimensiones de la calidad de vida, pensionado y no pensionado.

Abstract: The increase of the population of major adults generates a problematic so much at the social level, economical-ly and of attention in health, parameters related with having or not a good quality of life. This study is of quantitative approach, of descriptive and comparative design, of transverse court; the sample was constituted by 177 60-year-old adults in forward, to who were applied a card of information demographic partner and the questionnaire SF36. The results indicate that 44.1% is not pensioned, whereas the remaining one 55.9% possesses any type of pension; the women represent the majority population with 56% pensioned and 52% not pensioned; it predominates in both groups over the marital status married; in terms of education, 22% of pensioned completed their baccaulaureate, while 8.5% of non-pensioned did. On having compared the information obtained of the population pensioned and not pensioned of major adults of Santa Marta, was found that there are no significant differences in the dimensions Physical Role, Corporal Pain, General Health, Vitality, Social Function, Mental Health and Health in the Time. With the study is concluded that the quality of life of the major adults of Santa Marta is perceived as good, nevertheless, they found significantly different averages between both compared populations is observed that the pensioned ones demonstrate better physical function has that the not pensioned ones; situation contradicts for the dimension Emotional Role, where the not pensioned ones expressed better function that the pensioned ones.

Keywords: Health, Major Adult, SF-36, Dimensions of the Quality of Life, Pensioned and not Pensioned.



Introducción

El aumento de la longevidad es producto de los cambios socio demográficos y del desarrollo científico y tecnológico, este aumento ha modificado la pirámide poblacional la cual muestra el proceso de envejecimiento de la sociedad trayendo como consecuencias cambios políticos, económicos y psicosociales, generando una problemática a nivel mundial, nacional y local para la cual se formulan leyes, planes, pero la ejecución de los mismos no logra brindar una calidad de vida adecuada a la población de adultos mayores, la cual define Giusti (citado por Mora, Villalobos, Araya y Ozols, 2004) como el estado de bienestar físico, social, emocional, espiritual, intelectual y ocupacional que le permite al individuo satisfacer apropiadamente sus necesidades individuales y colectivas.

Lograr una buena calidad de vida de la población de adultos mayores exige identificar sus rasgos sociales, culturales, económicos y de su salud tanto física como mental para poder establecer programas y estrategias adecuados a las necesidades y expectativas de las personas de la tercera edad, población que en el último censo realizado en Colombia, presentó un incremento del 6.31% con tendencia a aumentar al 10.5% para el año 2020 (Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas en Colombia – DANE –, 2005).

Los bienes económicos y no económicos constituyen un aspecto importante para la calidad de vida de los adultos mayores, por cuanto garantizan su seguridad económica, definida por Huenchuan y Guzmán (2006), como la capacidad de disponer y usar de forma independiente una cierta cantidad de recursos económicos regulares, y en montos suficientes, para asegurar la calidad de vida. Esta seguridad económica, afirman los autores, permite la satisfacción de las necesidades objetivas que agregan calidad a los años, mejora la autonomía y la autoestima, favorece el desempeño de roles significativos y la participación en la vida cotidiana, como ciudadanos con plenos derechos.

En Colombia, la seguridad económica de esta población se ve comprometida si se tiene en cuenta que cerca del 58.8% de la población de adultos mayores no recibe ningún tipo de ingreso (DANE, 2005), el 66,3% es pobre y el 26% se encuentra en la indigencia (Centro de Investigaciones para el Desarrollo, 2004).

Según Giraldo y Cardona (2010), el registro de la dinámica del empleo, desempleo y subempleo en el mercado laboral reporta que el 29% de personas adultas mayores entre 60 y 79 años continúa activa. A partir de los 80 años esa participación se reduce a 5,8%. Es poco lo que se conoce de las consecuencias en el adulto mayor al ser retirado de su entorno laboral, porque cada quien vive su drama en silencio; pero perder la independencia económica, pasar a la escasez, a la imposibilidad de cubrir necesidades básicas en una edad que necesita de tranquilidad económica como derecho adquirido gracias a toda una vida de trabajo, no es fácil de medir, de estimar o de calcular, pero puede intuirse su costo emocional y su calidad de vida.

El estudio busca establecer la calidad de vida con relación a la salud y a la economía de los adultos mayores que residen en Santa Marta Colombia, mediante la aplicación del cuestionario SF-36 HealthSurvey V2 (Coronado, Díaz y Apolaya 2009), estableciendo el estado de salud en cuanto a las funciones y roles en lo físico, mental y social, asimismo su relación con la seguridad económica en cuanto a tener pensión por jubilación o no.

Metodología

Este estudio es de enfoque cuantitativo, de diseño descriptivo y comparativo, de corte transversal. La población estuvo conformada por adultos mayores de 60 años de la ciudad de Santa Marta DTCH Colombia.

La muestra se determinó utilizando la fórmula para cálculo de tamaño de muestra para una proporción. La población de Santa Marta para el 2005, según reporte del DANE (2005), es de 414.387 habitantes; de estos, 35.400 corresponden a sujetos mayores de 60 años, de los cuales se

tomó un 5%, con lo que se obtuvo un tamaño de muestra de 177 sujetos para la realización del estudio.

Se aplicaron dos instrumentos de recolección de datos, una ficha de datos sociodemográficos que incluye (edad, sexo, estado civil, tiempo que lleva viviendo en la casa, con cuántas personas vive, familiar y no familiar, procedencia de ingreso y grado de escolaridad), y el cuestionario SF – 36 V2 (Short Form – 36 HealthSurvey).

El cuestionario SF36 consta de 36 temas, que exploran ocho dimensiones del estado de salud: función física; función social; limitaciones del rol (por problemas físicos y por problemas emocionales); salud mental; vitalidad; dolor y percepción de la salud general. Se incluyó una categoría adicional denominada salud en el tiempo, que explora los cambios experimentados en el estado de salud en el último año (Coronado, Díaz y Apolaya, 2009).

Para su evaluación se utilizó la puntuación propuesta por el Rand Group con una graduación de las respuestas para cada tema desde 0 a 100. No todas las respuestas tienen el mismo valor, ya que dependen del número de posibilidades de respuesta para cada pregunta. Preguntas de dos categorías se puntúan 0-100, de tres categorías se puntúan 0-50-100; con cinco categorías se puntúan 0-25-50-75-100; con seis categorías 0-20-40-60-80-100. Luego, los puntajes de ítems de una misma dimensión se promedian para crear los puntajes de las ocho escalas que van de 0 a 100. Los valores superiores o inferiores de 50 deben interpretarse como mejores o peores, respectivamente que la población de referencia. (Secretaría de Salud de México, 2006).

Los instrumentos utilizados en este estudio fueron aplicados por personal capacitado previamente, en un tiempo aproximado de 20 minutos. Para la inclusión al estudio, previamente, se procedió a explicar la metodología del estudio y se solicitó aceptar a participar mediante la firma del consentimiento informado.

Para el análisis estadístico se utilizó el software SPSS 17 con presentación de datos con porcentajes y con las medias \pm desviación estándar.

Fundamentación teórica

Este tópico se aborda desde cuatro ópticas, la primera hace referencia a la calidad de vida, la segunda a su relación con la salud, la tercera los ingresos económicos del adulto mayor haciendo énfasis en los provenientes de la pensión o jubilación y la última a la medición de la calidad de vida.

La calidad de vida ha sido un tema y un concepto de interés desde hace tiempo, pero la preocupación por su evaluación científica es reciente, se populariza en los 60 y hoy el concepto es utilizado en ámbitos como la salud, la educación, la economía, la política y en el mundo de los servicios en general (Iglesias, Bárcena, Valle, Abella y Galán, 2010).

Para algunos autores (Reyes, Triana, Matos y Acosta, sf), la calidad de vida (CV) en la tercera edad, debe estar ajustada a la esperanza de vida, de lo contrario, aumentaría la expectativa de incapacidad. Por lo que matemáticamente se puede expresar que el aumento de la calidad de vida es inversamente proporcional a la expectativa de incapacidad.

Sin embargo, González y Rangel (2010) consideran que aunque la esperanza de vida haya aumentado no necesariamente indica que la calidad con la que se vivan los años en la última etapa de la vida haya mejorado. De ahí que sea necesario buscar estrategias que contribuyan a mejorar la calidad de vida de las personas mayores. El hecho de que la población anciana vaya en aumento deriva en la necesidad de que se desarrollen planes de acción para la atención adecuada y necesaria en el ámbito de la salud, en lo social y en lo económico. El garantizar una vida de calidad a las personas mayores es un reto que cada vez cobra mayor importancia en el contexto de la cooperación internacional y en las agendas nacionales en la mayoría de los países del mundo.

La calidad de vida se define como un constructo complejo, multifactorial, en donde se acepta que hay una dualidad subjetiva-objetiva; la primera hace referencia al concepto de bienestar o satisfacción con la vida y la segunda está relacionada con aspectos del funcionamiento social, físico y psíquico, siendo la interacción entre ambas lo que determina la calidad de vida. La evaluación objetiva es externa, para ello se utilizan indicadores objetivos; se realiza un juicio del

individuo o población en términos de su nivel económico, escolaridad, estado de salud, vivienda o alimentación. La evaluación subjetiva la realiza el propio individuo; se emplea la percepción del bienestar subjetivo, incorporando las valoraciones de los individuos sobre el proceso, condiciones e importancia que tienen para ellos mismos en su vida. Así, el concepto de calidad de vida, abarca tres dimensiones globales: a) aquello que la persona es capaz de hacer, el estado funcional; b) el acceso a los recursos y las oportunidades; y c) la sensación de bienestar. Las dos primeras dimensiones se designan como calidad de vida objetiva mientras que la última se considera como calidad de vida subjetiva (González y Rangel, 2010).

En este sentido, el concepto planteado por la Organización Mundial de la Salud (citado por Jiménez, 2007), abarca tanto lo subjetivo como lo objetivo y define calidad de vida como "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas y sus inquietudes". Así, este concepto puede emplearse para evaluar las condiciones de vida de una persona o una comunidad, valorando el nivel de progreso alcanzado, el logro de una vida digna en la que goce de condiciones de salud, libertad, equidad y bienestar para su realización plena.

La calidad de vida tiene diferentes componentes como salud y seguridad personal, relaciones familiares, relación conyugal, amistades, aprendizaje, comprensión de uno mismo, trabajo, autoexpresión creativa, ayuda a los demás, participación en asuntos públicos, socialización, actividades de descanso, actividades recreativas, ambiente, pero esta investigación se centra en el factor de la salud en donde tiene su máxima expresión (González, 2005).

Para Naughton y Schumaker, 1996 (citado por Schwartzmann, 2003), el concepto de calidad de vida relacionada con la salud CVRS, incorpora esencialmente la percepción del paciente, como una necesidad en la evaluación de resultados en salud, debiéndose por tanto, desarrollar los instrumentos necesarios para que esa medida sea válida y confiable, y aporte evidencia empírica con base científica al proceso de toma de decisiones en salud. La CVRS como la medida en que se modifica el valor asignado a la duración de la vida, en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento y/o las políticas de salud, es la percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud actual y la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo.

Diversos estudios han demostrado que la CVRS de los adultos mayores está asociada a tener mayor edad, convivir fuera del núcleo familiar, morbilidad, medicamentos que consumen, capacidad funcional, género, actividad física, sentimientos de abandono por parte de su familia, ingresos económicos, nivel educativo, servicios de salud, recreación, interacción social, bienestar espiritual, escolaridad, estado civil, autonomía y residir en medio urbano (Paternina y Melguizo, 2010).

En Medellín, Colombia, Cardona, Estrada y Agudelo (2002) hallaron un deterioro en la calidad de vida cuando las condiciones de funcionalidad y autonomía limitaban la realización de actividades de la vida diaria. En Cali, Ramírez, Agredo, Jerez y Chapal (2008) reportaron un deterioro importante de la CV de adultos mayores, no institucionalizados, relacionados con factores de riesgo de morbilidad, más acentuado en las escalas físicas y levemente en las escalas mentales.

Mientras que en Cartagena, en un estudio sobre CVRS de los adultos mayores realizado por Melguizo, Acosta y Castellanos (2012), se determinó el índice multicultural de calidad de vida de los adultos mayores en la Comuna 9 de esta ciudad, observándose que tiende a valores que pueden considerarse como una buena auto-percepción de la CVRS. En dicho estudio se resaltó el auto-cuidado, plenitud espiritual y funcionamiento interpersonal, como las dimensiones que presentaron una mejor auto-percepción entre los adultos mayores.

En este orden de ideas, es necesario destacar la importancia de la seguridad económica en la calidad de vida del adulto mayor, aspecto que depende en gran medida de su poder adquisitivo, que a su vez puede provenir, entre otras fuentes, del trabajo, de ahorros, de una jubilación o de redes de apoyo, principalmente las familiares (CEPAL, 2003).

Para el caso de América Latina, la participación económica, la seguridad social y los apoyos familiares son las principales fuentes de ingreso en la edad avanzada. Datos de 13 países de la

región indican que en promedio, el 43% de las personas mayores no recibía ingresos de ningún tipo en 1997, cifra que aumentó ligeramente en 2002 y llegó al 39% en el 2008. Los promedios ocultan diferencias, y una mirada a los países con débiles sistemas de seguridad social revela que el porcentaje de personas mayores sin ingresos fluctuaba entre el 40% y el 66% en 2005. Se trata de un segmento de la población de alta vulnerabilidad económica, que además está desprotegido frente a riesgos relacionados con la salud, la discapacidad y la reducción de sus redes de apoyo social. El propósito de los sistemas de jubilaciones y pensiones es brindar protección frente al riesgo de pérdida de ingresos y asegurar la suficiencia económica de las personas mayores. Sin embargo, y de acuerdo al último estudio del Banco Mundial, “la reforma del sistema de pensiones a lo largo de más de una década le ha brindado a América Latina importantes beneficios fiscales, sociales y financieros; pero el fracaso en la extensión de acceso a la previsión social formal a un segmento más amplio de la sociedad, ha sido decepcionante” (CEPAL, 2009).

La jubilación es uno de los cambios más grandes por los que pasa un adulto mayor, pues generalmente conduce a una pérdida de estatus, reducción de redes de apoyo y disminución o pérdida de los ingresos, lo que implica una redefinición en las relaciones con todas las personas que le rodean, así como también en la manera de enfrentar lo que le espera, repercutiendo en todos los niveles de la vida de la persona. Ejemplo de ello es la ruptura o pérdida de las redes de apoyo, hecho alarmante, ya que éstas son de vital importancia para todo ser humano, más aún para los adultos mayores, pues son éstas las que los ayudan a salir adelante, a no sentirse solos o deprimidos y a mejorar la percepción que tengan de sí mismos. La principal red de apoyo es la familia, por ser el primer contacto del ser humano con la sociedad (González y Rangel, 2010).

Existen pocos estudios que muestren la influencia de la pensión o jubilación sobre la calidad de vida en la salud; los aportes Del Llano, Pérez e Hidalgo (2004), muestran que los jubilados tienen mejor salud percibida que sus coetáneos no jubilados. Excepción a esta regla lo constituyen los prejubilados o jubilados antes de los 65 años, cuyo nivel medio de salud percibida es más bajo que el de las personas de 55 a 65 no jubiladas. A partir de los 65 años, el diferencial de salud percibida se hace favorable a los jubilados de forma continua y creciente. Respecto a los ingresos, existe una correlación positiva entre éstos y la autovaloración positiva del estado salud, aunque en el caso de los hombres sean los ingresos propios los determinantes y en el de las mujeres los ingresos del resto de los miembros del hogar. En definitiva, tanto para las mujeres como para los hombres el hecho de estar jubilado supone unos mayores ingresos, aunque los efectos que esta circunstancia tiene son diferentes a través de la edad. Para las mujeres los ingresos personales crecen con la edad, en buena medida debido a las pensiones no contributivas, mientras que para los varones sus ingresos descienden a medida que envejecen como consecuencia de unas pensiones inferiores a sus ingresos en la época de actividad laboral o empresarial.

Hay múltiples escalas para medir la calidad de vida en relación con la salud, algunas son genéricas que permiten comparaciones entre poblaciones, muestran diferentes aspectos del estado de salud, pueden no detectar diferencias y pueden no focalizar en áreas de interés; las específicas son clínicamente sensibles, pueden ser más discriminativas, no permiten comparación entre poblaciones, valor limitado en intervenciones poblacionales (González, 2005).

Como escalas genéricas se encuentran:

El EuroQol, que analiza cinco dimensiones con una pregunta cada una y con una escala de tres puntos: Morbilidad, Auto-cuidado, Actividades usuales, Dolor e incomodidad, Ansiedad y depresión (Duran, Salinas y Gallegos, 2003).

El SF-12, es la adaptación realizada para España por Alonso, Prieto y Anto (1995), es una versión reducida del Cuestionario de Salud SF-36 diseñada para usos en los que éste sea demasiado largo. Ha demostrado ser una alternativa útil cuando el tamaño de muestra es elevado (500 individuos o más) debido a la pérdida de precisión con respecto al SF-36 (Instituto Municipal de Investigaciones Médicas de Barcelona, 2008).

El SF-36 es un instrumento desarrollado a partir de una extensa batería de cuestionarios utilizados en el Estudio de los Resultados Médicos (Medical Outcomes Study) (MOS). Detecta tanto

estados positivos de salud como negativos, así como explora la salud física y la salud mental. A partir de 36 preguntas pretende medir ocho conceptos genéricos sobre la salud, los cuales son:

1. Función física: grado de limitación para hacer actividades físicas tales como el autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, coger o llevar pesos y los esfuerzos moderados e intensos (10 temas).
2. Rol físico: grado en que la salud física interfiere en el trabajo y otras actividades diarias incluyendo rendimiento menor que el deseado, limitación en el tipo de actividades realizadas o dificultad en la realización de actividades (4 temas).
3. Dolor corporal: intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como en el hogar (2 temas).
4. Salud general: valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermarse (5 temas).
5. Vitalidad: sentimiento de energía y vitalidad, frente al sentimiento de cansancio y agotamiento (4 temas).
6. Función social: grado en que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual (2 temas).
7. Rol emocional: grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias (3 temas).
8. Salud mental: salud mental general, incluyendo depresión, ansiedad, control de la conducta o bienestar general (5 temas).

Resultados

En este estudio, los datos demográficos como tipo de comunidad, estado civil, sexo, edad, escolaridad y el ítem salud actual, fueron analizados mediante la aplicación de estadísticos descriptivos y de contingencia para conocer las frecuencias, porcentajes y el recuento de variables considerada de interés para asociar entre sí. Para cada una de las ocho dimensiones del instrumento SF-36, sus ítems fueron codificados, agregados y transformados en una escala que tiene un recorrido desde 0 (cero) (peor valoración para esa dimensión) hasta 100 (cien) (mejor valoración). La interpretación se obtiene mediante puntuaciones estandarizadas de las poblaciones, de forma que un valor de 50 (± 10), es la media de la población general, y los valores superiores o inferiores a ésta, se interpretan como mejores o peores respectivamente, según procedimiento descrito para la adaptación del instrumento por Alonso y colaboradores (1995). Una dimensión denominada Salud en el tiempo (ST) fue adicionada. Se utilizó la prueba no paramétrica *U* de Mann-Whintney, para contrastar las medias de cada dimensión por tipo de comunidad (pensionados y no pensionados), como criterio de agrupación.

Tabla 1. Recuento de población de adultos mayores pensionados y no pensionados, según el sexo.

		<i>Sexo</i>		<i>Total</i>
		<i>Masculino</i>	<i>Femenino</i>	
<i>Comunidad</i>	<i>Pensionado</i>	43	56	99
	<i>No pensionado</i>	26	52	78
	<i>Total</i>	69	108	177

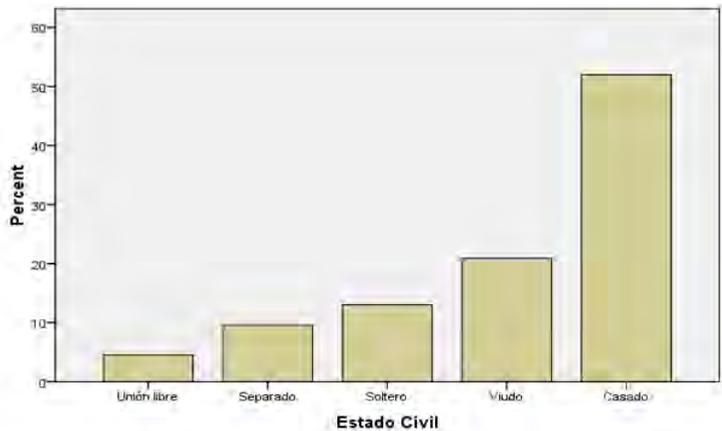
FI. Ficha Socio demográfica, Santa Marta Colombia, 2010.

Un total ciento setenta y siete (177) adultos mayores fueron incluidos en el análisis, de los cuales el 44,1% no son pensionados, mientras que el restante 55,9% poseen algún tipo de pen-

sión. Contrastando la comunidad de adultos mayores de pensionados y no pensionados según el sexo, se observó (Tabla 1), que tanto en el grupo de pensionados como en el de no pensionados, las mujeres representan la población mayoritaria, con 56 y 52 personas respectivamente. El menor recuento lo presentaron los hombres, con un total de 26 adultos mayores dentro del grupo de los no pensionados.

En la gráfica 1, se observa el porcentaje de adultos mayores agrupados según el estado civil, donde se identifica que la menor población corresponde a personas en unión libre (4,5%) y la mayor a personas con estado civil casado (52%).

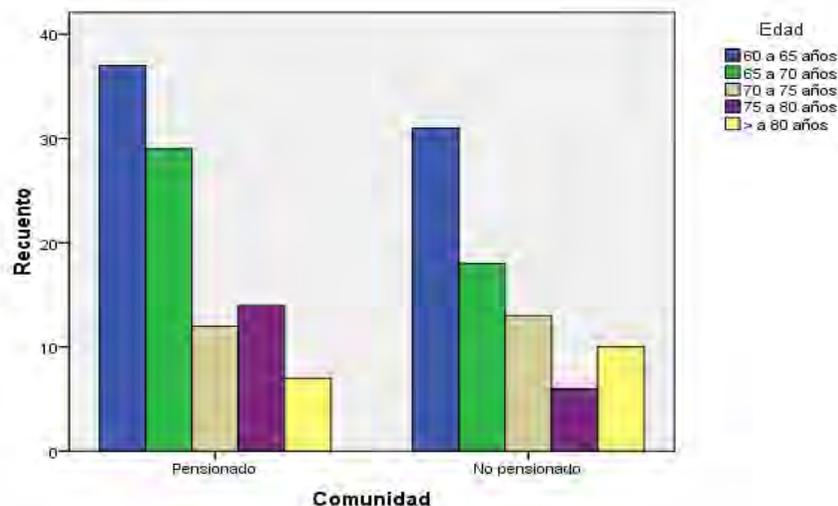
Gráfica 1. Estado civil de la población incluida en el estudio (Escala en porcentaje)



FI. Ficha Socio demográfica, Santa Marta Colombia, 2010.

Analizando la población de adultos mayores incluidos en el estudio, independientemente del tipo de comunidad de pensionados o no pensionados, se encontró que el 38,4% tiene una edad comprendida entre los 60 y 65 años, siendo la población mayoritaria, seguidos de las personas entre los 65 y 70 años, el 26,6%. La población muestreada mayor a los 80 años de edad, representó el 9,6% del total.

Gráfica 2. Recuento de adultos mayores según la edad y agrupados por el tipo de comunidad de pensionados y no pensionados



FI. Ficha Socio demográfica, Santa Marta Colombia, 2010.

Sin embargo, considerando la edad de la población, en función del tipo de comunidad de pensionados y no pensionados, se observó que la mayor población en ambas comunidades, se ubica entre los 60 y 65 años de edad (37 y 31 personas respectivamente). Por su parte, en el grupo de los pensionados, sólo siete personas son mayores de los 80 años, y en el grupo de los no pensionados, sólo seis están entre los 75 y 80 años (Gráfica 2).

La Tabla 2, permite observar la distribución de la población de adultos mayores pensionados y no pensionados, según niveles de escolaridad. Un total de 28,24% de personas con escolaridad de primaria incompleta y primaria completa pertenecen al grupo de no pensionados, mientras que 10,7% de adultos mayores pensionados se ubican en los mismos niveles de escolaridad. Por otra parte, un 29,9% del total de adultos mayores con bachillerato incompleto y bachillerato completo son pensionados y sólo 14,1% son no pensionados.

En los niveles de escolaridad de educación superior (tecnólogo, profesional y posgrado), el 15,2% de los adultos mayores hace parte del grupo de los pensionados y únicamente 1,7%, son no pensionados. En general, 37,3% del total de la población, que tenía nivel educativo de bachillerato completo, tecnólogo, profesional y posgrado, pertenecía al grupo de pensionados, frente al 10,2% del grupo de los no pensionados.

Tabla 2. Nivel de escolaridad de adultos mayores pensionados y no pensionados

Comunidad	Escolaridad							Total
	Primaria incompleta	Primaria completa	Bachillerato incompleto	Bachillerato completo	Tecnólogo	Profesional	Posgrado	
	%							
Pensionado	3,39	7,34	7,91	22,03	5,08	7,34	2,82	55,91
No pensionado	10,73	17,51	5,65	8,47	0	1,69	0	44,05
Total	14,12	24,86	13,56	30,51	5,08	9,04	2,82	100,0

FI. Ficha Socio demográfica, Santa Marta Colombia, 2010.

Se resalta como un total de 38 y 31 adultos mayores pensionados y no pensionados respectivamente, de la población entre los 60 y 70 años de edad, manifiesta que su estado de salud actual al momento del estudio es más o menos igual que un año antes. En total, 100 adultos mayores entre pensionados y no pensionados, manifestaron esta misma respuesta. Sólo una persona pensionada, del grupo de edad entre los 70 y 75 años, responde que su estado de salud actual es mucho peor al momento del estudio, que un año antes. Por el contrario, 9 adultos mayores pertenecientes al tipo de comunidad pensionada y 5 de la comunidad no pensionada, en todos los grupos de edad incluidos en el estudio, manifestaron que su estado de salud es mucho mejor al momento del estudio, que un año antes (Tabla 3).

Tabla 3. Recuento de asociación entre el tipo de comunidad, la edad y el ítem Salud actual, de la población de adultos mayores incluidos en este estudio

Ítem Salud actual	Comunidad	Edad					Total
		60 a 65 años	65 a 70 años	70 a 75 años	75 a 80 años	> A 80 años	
Mucho peor ahora que hace un año	Pensionado			1			
	Total			1			1

<i>Algo peor ahora que hace un año</i>	<i>Pensionado</i>	7	6	3	4	2	22
	<i>No pensionado</i>	6	3	6	2	4	21
	<i>Total</i>	13	9	9	2	6	43
<i>Más o menos igual que hace un año</i>	<i>Pensionado</i>	23	15	7	7	3	55
	<i>No pensionado</i>	19	12	4	4	6	45
	<i>Total</i>	42	27	11	11	9	100
<i>Algo mejor ahora que hace un año</i>	<i>Pensionado</i>	5	4	1	2	1	13
	<i>No pensionado</i>	4	1	1	0	0	6
	<i>Total</i>	9	5	2	2	1	19
<i>Mucho mejor ahora que hace un año</i>	<i>Pensionado</i>	2	4	1	1	1	9
	<i>No pensionado</i>	2	2	1	0	0	5
	<i>Total</i>	4	6	2	1	1	14

FI. Cuestionario SF36, Santa Marta Colombia, 2010.

Los promedios de los rangos de cada dimensión agrupada por la variable Comunidad (pensionados y No pensionados), se detallan en la Tabla 4.

Tabla 4. Promedio de rangos de 9 dimensiones, agrupados por tipo de Comunidad

	<i>Comunidad</i>	<i>N</i>	<i>Rango promedio</i>	<i>Suma de rangos</i>
<i>Salud General</i>	<i>Pensionado</i>	99	92.18	9126.00
	<i>No pensionado</i>	78	84.96	6627.00
	<i>Total</i>	177		
<i>Función Física</i>	<i>Pensionado</i>	99	96.49	9553.00
	<i>No pensionado</i>	78	79.49	6200.00
	<i>Total</i>	177		
<i>Rol Físico</i>	<i>Pensionado</i>	99	86.18	8532.00
	<i>No pensionado</i>	78	92.58	7221.00
	<i>Total</i>	177		
<i>Rol Emocional</i>	<i>Pensionado</i>	99	83.39	8256.00
	<i>No pensionado</i>	78	96.12	7497.00
	<i>Total</i>	177		
<i>Función Social</i>	<i>Pensionado</i>	99	93.36	9243.00
	<i>No pensionado</i>	78	83.46	6510.00

	<i>Total</i>	177		
<i>Dolor</i>	<i>Pensionado</i>	99	86.67	8580.50
	<i>No pensionado</i>	78	91.96	7172.50
	<i>Total</i>	177		
<i>Vitalidad</i>	<i>Pensionado</i>	99	95.08	9413.00
	<i>No pensionado</i>	78	81.28	6340.00
	<i>Total</i>	177		
<i>Salud Mental</i>	<i>Pensionado</i>	99	87.57	8669.00
	<i>No pensionado</i>	78	90.82	7084.00
	<i>Total</i>	177		
<i>TS</i>	<i>Pensionado</i>	99	92.38	9145.50
	<i>No pensionado</i>	78	84.71	6607.50
	<i>Total</i>	177		

FI. Cuestionario SF-36, Santa Marta Colombia, 2010.

El estadístico de contraste de los promedios de rangos, establecidos por la prueba no paramétrica de Mann-Whitney, se muestra en la Tabla 5.

Tabla 5. Prueba de Mann-Whitney, para las 9 dimensiones agrupadas por tipo de Comunidad (Pensionados y No pensionados)

	<i>Salud General</i>	<i>Función física</i>	<i>Rol Físico</i>	<i>Rol Emocional</i>	<i>Función social</i>	<i>Dolor</i>	<i>Vitalidad</i>	<i>Salud mental</i>	<i>TS</i>
<i>U de Mann-Whitney</i>	3546.0	3119.0	3582.0	3306.0	3429.0	3630.5	3259.0	3719.0	3526.5
<i>W de Wilcoxon</i>	6627.0	6200.0	8532.0	8256.0	6510.0	8580.5	6340.0	8669.0	6607.5
<i>Z</i>	-0.934	-2.199	-0.961	-2.099	-1.329	-0.685	-1.786	-0.422	-1.101
<i>Sig. asinto. (bilateral)</i>	0.35	0.028	0.336	0.036	0.184	0.494	0.074	0.673	0.271

a. Variable de agrupación: Comunidad

FI. Cuestionario SF-36, Santa Marta Colombia, 2010.

El análisis estadístico permite observar que las dimensiones Función física y Rol emocional, definidos por la variable Comunidad, proceden de poblaciones con promedios significativamente diferentes ($P=0.028$ y $P=0.036$ respectivamente). Las demás dimensiones aunque presentan diferencias numéricas en los promedios de los rangos (Tabla 5), no son significativas ($P>0.05$).

Discusión

Los hallazgos alcanzados en el presente estudio, en cuanto a la situación sociodemográfica, indican que predomina el sexo femenino. Ello es coherente con los datos del Minprotección (2007), los cuales indican que en Colombia, con el aumento de la longevidad aumenta el índice de viudez, principalmente para las mujeres, que es de 43%, mientras que para los hombres es de 13% es decir, hay cerca de tres veces más viudas.

En cuanto al estado civil, la distribución de frecuencias encontradas en este estudio difiere de las obtenidas en el estudio del Minprotección (2007) en lo que respecta a la población casada, por cuanto es significativamente superior en la población de Santa Marta. Estas diferencias encontradas pueden ser explicadas por factores culturales relacionados con el tema de divorcio o también por la no muy alta tasa de viudez. Aunque la pérdida del cónyuge es más frecuente en las mujeres, es importante destacar la viudez como un factor de riesgo social para los hombres, debido a la dependencia vinculada a la condición masculina, generada por la necesidad de cuidado, especialmente en los aspectos domésticos; como también la obligación femenina de velar por los padres y madres ancianos aun en circunstancia de precariedad (Minproteccion, 2007).

Igualmente, se observa un incremento del nivel de escolaridad en esta población, lo cual es coherente con los resultados revelados en el último censo, que evidencia que a partir de los 60 años, el promedio de años de escolaridad es de cinco aproximadamente, siendo menor en las mujeres, y descendiendo progresivamente hasta ser alrededor de dos años, en los más viejos. (Minprotección, 2007). Además, estudios similares han evidenciado que la educación junto a la renta es uno de los factores determinantes del estado de salud, lo que podría indicar que a medida que aumenta la educación, aumenta la probabilidad de autovalorar el estado de salud (Profamilia, 2010; Del Llano, Pérez e Hidalgo, 2004).

Continuando con la discusión, no se conocen estudios en Colombia sobre calidad de vida en adultos mayores relacionados con la salud y seguridad económica que permitan una amplia comparación de los resultados aquí obtenidos y aporten datos a la discusión. Sin embargo, se han encontrado tres estudios realizados en Medellín (Caracterización de componentes de calidad de vida y de condiciones de salud), Cali (Calidad de vida y condiciones de salud) y Cartagena (Calidad de vida) que sirven de referencia para la comparación de los datos derivados de este estudio.

Los resultados del cuestionario SF – 36 V2 para medir Calidad de Vida en cuanto a la Salud demuestran, en promedio, la percepción de buena salud de los adultos mayores en Santa Marta, independientemente de su condición económica, lo que se constituye en factor protector en ambas poblaciones, pues en la medida que una persona perciba mejor su salud tiene una menor utilización de los servicios de salud y una mayor calidad de vida.

Esta percepción de buena salud de los adultos mayores en Santa Marta contradicen los datos reportados por Ramírez, Agredo, Jerez y Chapal (2008), que indican un deterioro importante de la CV de adultos mayores, relacionados a factores de riesgo de morbilidad, más acentuados en las escalas físicas; mientras que en el estudio de Cardona, Estrada y Agudelo (2002), los componentes de independencia, seguridad socioeconómica y redes de apoyo social constituían el 97% de la calidad de vida de los adultos mayores. Es claro entonces que el estado funcional, el acceso a los recursos y las oportunidades, sumados a la sensación de bienestar son las tres dimensiones que definen la Calidad de Vida de las personas (González y Rangel, 2010).

Al comparar los datos obtenidos de la población pensionada y no pensionada de adultos mayores de Santa Marta, se encontró que no hay diferencias significativas en las dimensiones Rol Físico, Dolor Corporal, Salud General, Vitalidad, Función Social, Salud Mental y Salud en el Tiempo, es decir, que la percepción de la población de adultos mayores muestreados en este

estudio, en cuanto a estas dimensiones, es similar independientemente de su condición económica. Esta percepción de buena salud de los adultos mayores, independientemente de su condición económica contradice lo expresado por Del Llano, Pérez e Hidalgo (2004), quienes afirman que los jubilados gozan de mejor salud que los que no lo están y que esta diferencia se acrecienta a medida que se incrementa la edad. Se podría afirmar entonces, que la posesión de recursos económicos, no garantizan una percepción positiva de la calidad de vida en los adultos mayores, por cuanto en ella intervienen otros factores, como ya se ha mencionado.

Sin embargo, se encontraron promedios significativamente diferentes entre las dos poblaciones comparadas en lo que respecta a Función Física (Sig. 0,028) y Rol Emocional (Sig. 0,036). Se observa que los pensionados manifiestan tener mejor función física que los no pensionados; esto puede relacionarse con el hecho que han tenido más acceso al servicio de salud durante su etapa laboral con un mejor control de las enfermedades crónicas no transmisibles, como lo evidencia Huenchuan (2009), “el acceso a los servicios de salud representa un factor clave para que las personas mayores puedan gozar de un buen nivel de salud; así, quienes tienen acceso se caracterizan por una probabilidad un 195% más elevada de declararse con buena salud en comparación con quienes tienen limitaciones de acceso”.

Situación contraria para la dimensión Rol Emocional, donde los no pensionados expresaron mejor función que los pensionados. Esto podría explicarse por el hecho de que el paso de la adultez a la vejez trae consigo inevitables cambios, entre estos, retiro de la actividad económica, que en el caso de quienes estaban empleados el impacto emocional es mucho mayor, por lo que significa pérdida de la ocupación disminución del ingreso y deterioro de la identidad social (Giraldo, 2010), aun cuando ese retiro signifique una condición económica estable. Otra explicación podría darse por el hecho de que el apoyo familiar para la satisfacción de las necesidades cotidianas, cobra mayor importancia para quienes no cuentan con una pensión, lo cual estrecha los vínculos afectivos, lo que repercute en su estado emocional.

Conclusiones

Los resultados del presente estudio sobre la calidad de vida relacionada con la salud y seguridad económica en adultos mayores, se constituyen en un reto para los profesionales de la salud, los entes gubernamentales y la sociedad en general, por cuanto deja ver la realidad de este grupo poblacional que muchas veces no se beneficia de las decisiones y políticas nacionales y locales.

Por otra parte, visibilizar estos resultados permite generar estrategias de intervención que busquen que las personas mayores sean agentes de su propio cuidado, de su propia promoción de la salud y su estado de bienestar, lo cual es significativo si se tiene en cuenta que el grupo de personas mayores de 60 años son las que más problemas de salud e incapacidad física presentan.

Las conclusiones que se pueden derivar de los resultados obtenidos en este estudio son las siguientes.

Con respecto a situación demográfica de los adultos mayores, la mayoría se ubica en el rango de 60–65 años de edad, prevalece el sexo femenino, se encontró un mayor porcentaje de personas casadas, y se presentan mayores probabilidades de avance en la formación académica en los pensionados. Sobre el estado de salud actual, un alto número (100) de adultos mayores manifestó tener más o menos igual salud que hace un año.

En lo referente a las ocho dimensiones analizadas por tipo de comunidad, Rol Físico, Dolor Corporal, Salud General, Vitalidad, Función Social, Salud Mental y Salud en el Tiempo, aunque presentan diferencias numéricas en los promedios de los rangos, no son significativas.

Mientras que las dimensiones Función Física y Rol Emocional mostraron diferencias significativas en los promedios.

Recomendaciones

Se recomienda a los jefes de recursos humanos de las empresas en Colombia implementar programas de retiro que ayuden a que la calidad de vida con que goza el trabajador se conserve durante la jubilación en especial atendiendo a la salud mental.

Se deben revisar las estrategias para el abordaje en cuanto a protección al adulto mayor, especialmente de los niveles del SISBEN 1 y 2 para adecuar una mejor prestación de servicios en salud con el fin de mejorar la calidad de vida relacionada con los aspectos físicos.

Se hace necesaria la atención interdisciplinaria de los adultos mayores participantes y no participantes en el estudio, con programas de actividad física encaminados al desarrollo de fuerza, flexibilidad y equilibrio con la intervención de médicos, fisioterapeutas y entrenadores deportivos. Así mismo la valoración por psicólogos, psiquiatras, neurólogos y neuropsicólogos para la adecuada valoración y tratamiento de dichos pacientes.

REFERENCIAS

- Alonso, J. L. Prieto y J. M. Anto (1995). “La versión española del SF36 Health Survey Cuestionario de Salud SF36: un instrumento para la medida de los resultados clínicos”. *Med. Clin.* (Barcelona) 104, pp. 771-6. Recuperado de: <http://dgplades.salud.gob.mx/2006/htdocs/hg/Nuevas/hc1.pdf>.
- Cardona, D., A. Estrada, H. B. Agudelo (2002). “Envejecer nos ‘toca’ a todos. Caracterización de algunos componentes de calidad de vida y de condiciones de salud de la población adulta mayor”. Medellín, Facultad Nacional de Salud Pública. Recuperado de: http://www.udea.edu.co/portal/page/portal/bibliotecaSedesDependencias/unidadesAcademicas/FacultadNacionalSaludPublica/Diseno/archivos/Tab1/Tab/envejecer_nos_toca_a_todos.pdf.
- Centro de investigaciones para el desarrollo (2004). *Bien-Estar: Macroeconomía y pobreza. Informe de Coyuntura 2003*. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.
- Comisión Económica para América Central y el Caribe, CEPAL (2009). “Envejecimiento, derechos humanos y políticos públicos”. Recuperado de: <http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/4/36004/LCG2389-P.pdf>
- (2003). “Las personas mayores en América Latina y el Caribe: diagnóstico sobre la situación y las políticas: síntesis (LC/L.1973), Santiago de Chile”. Recuperado de: <http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/3/13233/DLE1973-Sintesis.pdf>
- Coronado, G. J., Díaz, V. C. y S. M. Apolaya (2009). “Percepción de la calidad de vida relacionada con la salud del adulto mayor residente en la ciudad de Chiclayo”. *Acta méd. peruana* [online], 26(4), pp. 230-238. Recuperado de: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S172859172009000400008&lng=es&nrm=iso.%20ISSN%201728-5917.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas DANE, Colombia. Censo Nacional (2005). Estadísticas. Recuperado de: <http://www.dane.gov.co/censo/files/libroCenso2005nacional.pdf>.
- Del Llano, S., S. Pérez y A. Hidalgo (2004). *El impacto de la jubilación en la salud y calidad de vida de las personas mayores*. Fundación Gaspar Casal para la investigación y el desarrollo de la salud. Recuperado de: <http://www.imw.es/userfiles/file/Salud/Salud%20mayores%20definitivo%20IMSESO.pdf>.
- Durán, A. L., E. G. Salinas y C. K. Gallegos (2003). “Medición de la Calidad de Vida en el Adulto Mayor en dos Estados de México”. Instituto mexicano del Seguro Social. Recuperado de: <http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/259FFB4C-BD1C-45B7-80B5-1320157D1EAA/0/DrLuisDuran.ppt>.
- González, A. L. y C. Rangel (2010). “Calidad de Vida en el Adulto Mayor”. Recuperado de: <http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/34.pdf>
- González, J. (2005). “Calidad de vida relacionada con la salud”. Recuperado de: <http://epi.minsal.cl/cdvida/htm/Taller2005/0102juliagonzalez.ppt>.
- Huenchuan, S. (2009). *Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) Santiago de Chile*. Publicación de las Naciones Unidas, p. 131.
- Huenchuan, S. y J. M. Guzmán (2006). “Seguridad económica y pobreza en la vejez: tensiones, expresiones y desafíos para políticas”. Notas de Población No. 83 CEPAL, p. 102. Recuperado de: <http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/9/30029/lcg2340-P4.pdf>
- Iglesias, J. A., C. Bárcena, M. J. Del Valle, V. Abella e I. Galán (2010). “Premisas para la elaboración de una herramienta para valorar la calidad de vida en las personas mayores”. *Gerokomos* [revista en Internet], 21(2), 56-61. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2010000200002&lng=es <http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2010000200002>.

- Instituto Municipal de Investigaciones Médicas (2008). “Descripción del instrumento: Cuestionario SF-12. Barcelona”. Recuperado de: http://iryss.imim.es/iryss/PDFs/descripcion_SF12_BiblioPRO.pdf.
- Jiménez, C. (2007). “Ciudades para un futuro más sostenible”. Recuperado de: <http://habitat.aq.upm.es/temas/a-calidad-de-vida.html>.
- Melguizo, E., A. del C. Acosta y B. Castellanos (2012). “Calidad de vida de adultos mayores en Cartagena. Colombia”. *Enfermería Comunitaria* (rev. digital) 8(1). Recuperado de: <http://www.index-f.com/comunitaria/v8n1/ec7698r.php>
- Minprotección (2007). “Diagnostico preliminar sobre personas mayores, dependencia y servicios sociales en Colombia”. Recuperado de: <http://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Documents/Situacion%20Actual%20de%20las%20Personas%20adultas%20mayores.pdf>.
- Mora, M., D. Villalobos, G. Araya y A. Ozols (2004). “Perspectiva subjetiva de la calidad de vida del Adulto Mayor, diferencias ligadas al género y a la práctica de la actividad físico recreativa”. *Revista MHSalud* 1(1), Septiembre 2004, p. 3.
- Paternina, D. y E. Melguizo (2010). *Calidad de Vida de los Adultos Mayores revisión sistemática*. Recuperado de: <http://190.27.248.91/redunicar/encuentros/5encuentro/ponencias/022.pdf>.
- Profamilia (2010). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud*. Recuperado de: http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/index.php?option=com_content&view=article&id=62&Itemid=9.
- Secretaría de Salud de México (2006). “Cuestionario de salud SF3”. Recuperado de: <http://dgplades.salud.gob.mx/2006/htdocs/hg/Nuevas/hc1.pdf>.
- Schwartzmann, L. (2003). “Calidad de vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales”. *Ciencia y Enfermería* 9(2). Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532003000200002&script=sci_arttext.
- Ramírez, R., Agredo, R., Jerez, A. y L. Chapal (2008). “Calidad de Vida y Condiciones de Salud en Adultos Mayores no Institucionalizados en Cali. Colombia”. *Rev. Salud Pública* 10(4), 529-536. Recuperado de: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v10n4/v10n4a03.pdf>.
- Reyes, C. T., A. E. Triana, P. N. Matos y J. R. Acosta (sf). “Salud en la tercera edad y calidad de vida”. Recuperado de: http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/CALID_007.pdf.

SOBRE LOS AUTORES

Cristina Marín Monroy: Medico graduada hace 25 años en la Fundación Universitaria Juan N. Corpas de Bogotá, especialista en Docencia universitaria de la Universidad Cooperativa de Colombia, con ejercicio de la docencia hace 12 años. Oriento cursos de investigación en cuarto nivel y de promoción y prevención en adultos mayores en séptimo nivel. Actualmente también coordino investigación a nivel de la facultad de Medicina. Pertenezco al grupo de investigación de Ciencia y Pedagogía el cual esta categorizado en D por Colciencias, he hecho publicaciones en la revista Memorias de la universidad la cual esta indexada en categoría C. Mis intereses van orientados hacia la investigación en relación a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en diferentes grupos del ciclo vital humano.

Suly Castro Molinares: Licenciada en Ciencias Sociales, Especialista en Pedagogía para el desarrollo del aprendizaje autónomo, Magistra y Doctora en Educación. Docente de medio tiempo de la Universidad Cooperativa de Colombia, orienta cursos de investigación en segundo, tercero y cuarto nivel. Pertenece al grupo de investigación de Ciencia y Pedagogía el cual esta categorizado en D por Colciencias.

El error médico y la formación del residente

Mauricio Soto Subiabre, Pontificia Universidad Católica de Chile, Chile

Resumen: El error en medicina se manifiesta en todos los contextos en la cual esta puede desarrollarse; por ejemplo, en un ambiente formador de pre como postgrado, cobrando importancia el análisis que se haga de ello, con la finalidad de fortalecer la transmisión de ideas, invitando a la conceptualización y construcción en temas como el profesionalismo médico y con ello al desarrollo de una actitud y forma de actuar frente a una medicina que puede equivocar sus finalidades. Por ello, formación médica de postgrado implica asumir una actitud por parte del residente respecto de la seriedad en su proceso formativo, en el esfuerzo y entendimiento de la necesidad de una formación de calidad y de criterio. Por su parte, los docentes, médicos-supervisores, no deben olvidar el respeto de la autonomía y los tiempos de aprendizaje del residente. Además se debe considerar el contexto en el cual el médico-residente se desarrolla, un ambiente familiar-social y uno laboral-educacional, potencialmente incompatible y que a menudo puede resultar en privación de sueño, falta de tiempo libre, "burnout" y depresión.

Palabras claves: errores en medicina, educación médica

Abstract: Errors in medicine occur in all contexts in which it can be developed. For instance, in pre and post-graduate education, where the subsequent analyses that are helping to conceptualize and develop medical professionalism. This is why post-graduate education makes it necessary for residents to develop a serious attitude towards their formative process, allowing them to understand the importance of a quality education. In this regard, supervising physicians should not forget to respect residents' autonomy and learning curve. It is also important to take into account the family-social and labor-educational environments, potentially incompatible, and often resulting in sleep deprivation, lack of free time, burnout, and depression.

Keywords: Errors in Medicine, Medical Education

Introducción

La equivocación en el desempeño de la medicina, se manifiesta en todos los contextos en la cual esta puede desarrollarse, desde una mala rotulación de muestras médicas, el cambio de una ficha clínica, hasta errores en el diagnóstico. Las consecuencias han de ser asumidas por todas las partes involucradas y las responsabilidades entendidas en las dimensiones concretas de las presuntas culpabilidades. No basta con buscar culpables y obtener una sanción monetaria o ética, es reconocer que los errores de una práctica médica ordenada y coherente deben ser analizados en retrospectiva, de tal manera de reconocer el momento, la forma y circunstancia en la cual el error comenzó a gestarse. Lo anterior, cobra importancia fundamental en aquellos errores médicos que se presentan en un ambiente formador, tanto de pre como postgrado, ya que la capacidad y posibilidad de su análisis no hace más que enriquecer y fortalecer la transmisión de ideas, invitando a la conceptualización y construcción, por ejemplo, del profesionalismo médico y con ello al desarrollo de una actitud y forma de actuar frente a una medicina que puede equivocar sus finalidades. La presente revisión, analizará el error médico en el contexto de la formación de un médico especialista o subespecialista, la relación que se establece entre la forma de enseñanza y las posibles equivocaciones, y de cómo el ambiente formador, la supervisión por parte de otros médicos, la sobrecarga de trabajo y el deterioro en la calidad de vida de los residentes, promueven el alejamiento de una medicina de virtud y finalidades.

La formación del residente: generalidades

La educación médica de postgrado, se define como la fase en la cual los médicos se forman bajo supervisión para una práctica independiente, después de completar su educación médica básica.



Se desarrolla a partir de una estructura, en la cual los médicos jóvenes en situaciones clínicas están bajo la supervisión de otros médicos con más experiencia que asumen la responsabilidad de su formación e instrucción. Por lo anterior, los programas de formación se han modificado en el tiempo y desarrollado en virtud de una formación clínica-práctica adecuada, supervisión por expertos, enseñanza teórica, investigación y evaluación sistemática de los mismos. Lo anterior se construye a partir de estándares internacionales de calidad, los cuales han de ser modificados o complementados de acuerdo con las necesidades y prioridades regionales, nacionales e institucionales. Cada institución y país tiene la responsabilidad de garantizar que su programa de formación médica de postgrado proporcione soporte a objetivos sanitarios nacionales concretos (Pregrado, Postgrado y Desarrollo Profesional Continuo, 2004).

La misión y los objetivos de los programas, deben estar orientados a estimular una innovación apropiada en el proceso de formación y permitir el desarrollo de las competencias más amplias de las mínimas requeridas, como también, mejorar constantemente la atención del paciente para ser apropiada, efectiva y compasiva. La formación debería animar a los médicos a convertirse en expertos en su especialidad, y prepararlos para un aprendizaje autodirigido a lo largo de la vida y estar dispuestos a proseguir la educación médica y el desarrollo de otros profesionales. Se establece de esta forma, que la formación médica de postgrado debería ser una interfase entre la educación médica básica y la educación médica continuada para el desarrollo profesional. La formación debe ser dirigida y el residente debería ser guiado, mediante la supervisión y el asesoramiento regular, de tal manera de recibir una retroalimentación que favorezca, no sólo su proceso de aprendizaje, sino también el desarrollo y las modificaciones necesarias de los programas. En este orden de cosas, el residente va adquiriendo competencias, es decir, desarrolla cualidades o capacidades generales para su desempeño profesional pero asumiendo que es una formación entre adultos, en donde si bien podrá responsabilizarse de su propia formación, necesitará de la guía y orientación de un tutor, pieza clave en la educación y evaluación que no sólo mide los objetivos alcanzados, sino que permite mejorar las estrategias de aprendizaje (Jalil *et al.*, 2007; Ricarte-Díez *et al.*, 2008).

Pero no basta con diseñar un programa de formación que permita al residente adquirir habilidades, destrezas y desarrollar competencias, se debe crear un ambiente tanto de enseñanza académica como laboral, que le proporcione seguridad y bienestar al residente. Por ello, la formación de postgrado debe llevarse a cabo en puestos apropiadamente remunerados en la especialidad escogida y las condiciones de servicio y las responsabilidades de los residentes deben estar definidas y dadas a conocer a todos los implicados. Creo que debe incluir en este punto el establecimiento claro de las cargas trabajo del residente, tratando de lograr un equilibrio entre lo necesario para la formación del especialista, pero sin transformarse en un sobrecarga.

La formación del residente: construyendo supervisores adecuados

Existe claridad en que la formación médica de postgrado es más que la simple transmisión de conocimientos y la adquisición de competencias, es asumir una actitud por parte del residente respecto de la seriedad en su proceso formativo, en el esfuerzo y entendimiento de la necesidad de una formación de calidad y de criterio, relativo a delimitar su accionar. Por tanto, se asume que los centros formadores no deben tener una actitud pasiva, entendiendo con ello que no basta con la sola transmisión de información ni en la disposición de instalaciones apropiadas y de la más alta calidad. Teniendo esa visión, parece fundamental para continuar cualquier análisis de este tema, definir que se ha de entender por una supervisión efectiva y creo acercar una definición útil en la medida que esa supervisión *sea realizada en virtud de los objetivos y exigencias para el residente, pero respetando en todo momento su autonomía y sus tiempos de aprendizaje, como también asumiendo que la adquisición de destrezas es paulatina y que responde a la mayor o menor exposición que se tenga de una situación puntual y lo repetitiva que esta sea durante la etapa de formación.* Se construye por tanto, una ecuación que no resulta fácil equilibrar, en donde la presencia del residente más la presencia del médico –docente, en un ambiente de supervi-

sión, resultará en una atención eficaz y oportuna para el paciente. De ello es posible deducir que, en la medida que el médico-docente tenga una mayor presencia en su rol de médico tratante, se producirá una pérdida en la oportunidad de enseñanza junto al desarrollo de un modelo poco efectivo o ausente de supervisión. Las consecuencias de esto es la transmisión de un modelo de enseñanza, de una visión y actitud en la formación de especialistas médicos; como también, que una presencia permanente no se traducirá en una mayor enseñanza. La supervisión debe ser entendida como una actividad permanente en el desarrollo profesional, una habilidad y un compromiso en la formación de otros, también adultos y pares, ya que el proceso de enseñanza, en un nivel más especializado y restringido, no sólo se transmite el conocimiento de una técnica, se transmite motivación y el reconocimiento en la experiencia de un otro el prototipo de lo que se quiere, no parecer, sino ser (Millán, 2006).

En un ambiente hospitalario de formación médica, se puede reconocer una escala de supervisiones y roles intrínsecamente definidos y que, bien o mal diseñados, el tiempo impone el peso de esa transmisión de funciones y definiciones respecto de los mismos. La cadena se inicia con un médico que supervisa las acciones de otro médico en su etapa de formación como especialista o subespecialista; este último hace lo mismo con los internos de medicina y estos finalmente, supervisan las funciones de los estudiantes de medicina. Sin embargo, surge también una cadena de formación paralela en donde esas supervisiones, históricamente definidas, son desconocidas en la medida que la carga asistencial y la demanda por obtener resultados rápidos y precisos hace que aquellos con más experiencia y destrezas ya adquiridas, asuman por completo esa atención médica requerida, en virtud de, por ejemplo, acortar los plazos de espera en un servicio de urgencia, mejorar los tiempos quirúrgicos, evitar pérdida innecesaria de insumos o transmitir indicaciones con mayor seguridad a los pacientes. Por tanto, nace la problemática respecto del equilibrio entre la necesidad de asistir en la supervisión, con el valor educativo de la autonomía en la formación médica (Kaveh *et al.*, 2006).

Sin duda no resulta fácil construir un panorama en este aspecto o dar señales de absolutismo en relación a los compromisos o formas de funcionamiento hospitalario, pero existen ciertas cosas que están claras y son reconocidas. Una de ellas, ya esbozada antes, es la *tensión entre supervisión y autonomía*, pero más importante quizás, *entre supervisión y el servicio entregado*. Este último es cada vez más requerido y la demanda de atención por parte de los pacientes, si bien traduce mayor potencialidad en el aprendizaje, se impone como un obstáculo en la medida que médicos supervisores no realizan esta labor, ya que su función asistencial y de responsabilidad asistencial ocupa la mayor parte del tiempo. Se crea por tanto, un círculo de trabajo en donde las responsabilidades y confianzas entre el médico-supervisor y el médico-residente se asumen como pilares constructores de un funcionamiento interno adecuado, en el ambiente de formación médica de postgrado. Pero también, resulta válido reconocer que esas confianzas auto-asumidas y/o en un inconsciente transmitidas, son fácilmente vulnerables o en el peor de las situaciones, jamás alcanzadas. Confiar en alguien, tanto para cumplir un rol particular o para escuchar alguna confesión o comentario, requiere del análisis previo de las funciones y comportamiento de ese alguien “potencialmente confiable”, una suerte de objetivar esa confiabilidad; es decir, ver como se desenvuelve bajo determinadas situaciones, el criterio que aplica en la resolución de conflictos, los límites que se impone relativos a la carencia de conocimientos. Pero también, se aplica el componente subjetivo en la toma de una decisión respecto de asumir mayor o menor confianza para con alguien, la potencia de la “primera impresión”, la empatía con su proceso de aprendizaje, las virtudes reconocidas, los defectos asumidos o, como parte de la naturaleza humana, el grado de cercanía que se tenga entre ambos. Se evidencia así, la vulnerabilidad patente que esa confianza impone en la relación supervisión-enseñanza, en donde el supervisor asumiendo una actitud pasiva, no hace más que desentenderse de una responsabilidad y transmitir al residente límites poco claros en su desempeño. Y por ser una confianza altamente vulnerable, sustentada muchas veces sólo en el ambiente laboral, cualquier quiebre de criterios o falta de conocimiento en el residente llevará a perderla. Por tanto, no es difícil asumir que en la etapa de formación del residente, se adquieren no sólo habilidades y destrezas de acuerdo a las exigencias propias de cada programa, sino que también se construyen las capacidades y potencialidades para asumir y

reconocerse poseedores de supervisar a futuro, a nuevos residentes, internos o alumnos de medicina. En este sentido, se ha demostrado que los residentes que adquieren habilidades rápidamente en su etapa de formación, no necesariamente desarrollan la capacidad de ser buenos supervisores, como si las habilidades y destrezas que adquieren lo inhabilitan para enseñar en la medida que sus funciones así lo requieran (Millán, 2006).

En virtud de lo anterior, se ha de comenzar a buscar aquellas condiciones que sean las ideales de estar presentes en los médicos supervisores y en fin de cuentas, en aquellos médicos que actúen como docentes formadores de una especialidad o subespecialidad médica. Aparece así el contenido y la forma de enseñanza. Resulta fundamental la existencia de un sustento teórico y de experiencias, como situaciones fundamentales que permitan desarrollar habilidades propias y transmitir las. Me parece que esto, en la mayoría de los casos, no debería constituirse en un punto de quiebre o de freno en la posibilidad de enseñanza o de construir una supervisión favorable, como tampoco debe ser el punto de partida de los errores de residentes o internos, ya que ello constituiría directamente una negligencia médica sustentada por la ignorancia de los participantes. Sin embargo, es interesante reconocer todos los otros elementos que subyacen, en conjunto, a la formación médica. Esta claro que un especialista debe formarse en un centro acreditado para ello, con las condiciones de infraestructura y estándares de calidad, que permitan enseñar tal como los procedimientos deben realizarse, pero también, un centro de esta naturaleza reconoce que, dada la amplitud de los servicios entregados, ha de concentrar un importante número de pacientes, ser en algunos casos centro de referencia en determinadas patologías y propender a una especialización permanente de sus profesionales, con protocolos claramente establecidos de las formas de desempeño profesional. Se presentan así, servicios de urgencia y policlínicos con alta demanda de pacientes o largos horarios de pabellón, elementos que condicionan directamente el desempeño laboral, profesional y educativo. Por ello, aparecen elementos que condicionan el desempeño laboral, algunos que son concretos, como la alta carga laboral, las exigencias de pacientes, entender las personalidades de médicos especialistas o con años de reconocida experiencia; y otros que a poco andar se evidencian como consecuencia de lo anterior, estrés laboral, depresión, *burnout*, agotamiento, privación de sueño, ausencia de vida personal y familiar. Y este universo de situaciones, no hace más que estrechar la distancia entre el desempeño laboral del médico-residente con la potencialidad cierta del error médico.

El contexto del error médico y la relación médico-paciente

El error médico corresponde al desenlace de una circunstancia no esperada, prevenible o no, como resultado de una atención médica particular a otro que precise de alivio y que traducirá consecuencias, medibles o no, en ambas partes. El impacto del error médico en los pacientes se asume como un daño serio, muerte, incapacidad y tratamientos adicionales o prolongados. En tanto para el médico, traducirá sentimientos de frustración, incompetencia, duda en sus capacidades desarrolladas y las potenciales. Lo fundamental de los alcances de un error o complicación médica, está en lo circunstancial de su naturaleza y en la dependencia directa de culpabilidad que se puede extraer, inicialmente, de un análisis de las circunstancias. Frente a un error en el contexto de la medicina, los culpables están definidos de antemano y las víctimas asumirán la responsabilidad de sancionar tal situación. Sin embargo, pareciera que no todo error médico, sea por parte de los médicos o por parte de los pacientes, es comunicado y por tanto, en la medida en que no se comunica, las responsabilidades éticas o legales, pueden no ser entendidas ni asumidas en la requerida magnitud. Se ha demostrado que el 35% de los médicos y el 42% de los pacientes reportan un error médico (Blendon *et al.*, 2007).

En una revisión se estableció que la mitad de los errores en medicina son atribuidos a diagnósticos equivocados o tardíos, resultando en el 35% de los casos en daño permanente o muerte; del mismo modo, el 55% de ellos se produce en la atención ambulatoria y el 23% durante una hospitalización. En el ambiente de la atención de urgencia, los errores se presentan en un 38%, siendo, nuevamente, lo más frecuente un error en el diagnóstico. En este contexto, resulta válido

establecer una relación entre los eventos adversos que ocurren en la práctica de la medicina y los errores médicos responsables de tales eventos. En el Harvard Medical Practice Study se encontró que los errores diagnósticos correspondían al 17% de los eventos adversos; del mismo modo, en una revisión neozelandesa los errores en el diagnóstico correspondían al 8% de los eventos adversos, clasificando el 11,4% de ellos como prevenibles (Eta *et al.*, 2008).

La preocupación por el error médico y la seguridad del paciente se ha constituido en un tema relevante a nivel mundial, en donde algunos países han desarrollado políticas sanitarias que regulen estos asuntos y del mismo modo, organizaciones internacionales han contribuido a informar y estudiar los factores involucrados y consecuencias de ello. En este sentido, en 1999 la Academia Nacional de Ciencias de Estados Unidos publica “To err is human: building a safer health system”, en donde se revela que entre 44.000 y 98.000 personas morían cada año en ese país a consecuencia de errores médicos, traduciéndose ello en la octava causa de muerte. Lo que impone este tipo de informes o investigaciones, es dar a conocer un tema de gran relevancia e impacto humano y contribuir con el desarrollo de iniciativas destinadas a seguir investigando respecto del mismo. El primer paso está dado. La apertura al debate y análisis de los contextos y las condiciones en donde se puede presentar un error médico están de alguna forma clarificados, pero creo fundamental para avanzar en estos temas, entender dos situaciones previas a la presencia del error médico, una de ellas es la construcción bioética que se hace de la seguridad del paciente y de los alcances del desempeño profesional del médico y por otro lado, aunque conectados, reconocer aquello que se espera la práctica médica.

Aparece como prioritario al entender cualquier actuar médico, la estructuración del concepto de relación médico-paciente, asumida a mí entender como una instancia y una circunstancia de dignidades cooperativas, en donde un hombre con dolor y que sufre está necesitado de sanación, de escucha, de compasión, frente a un otro que le da confianza y por el cual siente respeto, admiración y que puede hacerse cargo de esas necesidades, en otras palabras es “el encuentro entre una confianza y una conciencia” (Pontificio Consejo para la Pastoral de los Agentes Sanitarios, 1995).

Para construir medicina debe existir una predisposición tanto del médico como del paciente, en que ambos entiendan y asuman el origen de la enfermedad o problema y a partir de ello, embarcarse en los caminos que permitan tales soluciones; de esta forma, se llega a una retroalimentación cooperativa y no excluyente respecto del enfrentamiento de la enfermedad, por un lado su reconocimiento y por otro, entenderla en el contexto en que se presenta, es decir, asumir la circunstancia. Sin embargo, aparece en este esquema de relación lo que me he propuesto llamar los “distractores del actuar médico”; es decir, todas aquellas situaciones y condiciones que, como toda relación humana, nos invita al rechazo, al esfuerzo mínimo, a no ser cooperativo, a decir lo justamente necesario, a consentir las propuestas desproporcionadas de los pacientes. Es posible encontrar como distractores, actitudes de los pacientes frente al médico, un saludo inequívoco, exigencias desproporcionadas, pacientes con información errónea y preconcebida, médicos apurados en dar atención, no mirar a los ojos, examinar a los pacientes con desprecio, por nombrar algunas cosas. Es decir, se puede asumir que desde la relación médico-paciente potencialmente aparece el error, entendiendo con ello que, para hacer un diagnóstico adecuado, las variables no sólo deben entenderse del actuar médico técnico, sino también de asumir a la persona que se tiene enfrente, las posibles opiniones de ese otro que pueden afectar la construcción de un diagnóstico y proponerse buscar lo prioritario de esa relación.

La toma de decisiones en medicina resulta de un proceso cognitivo claro y estandarizado, en donde un médico construye una unidad diagnóstica en virtud de aquello que el paciente refiere, los elementos que objetiva a través de un examen físico apropiado y la manera en como integra eso con sus conocimientos teóricos; es así como aparece el diagnóstico clínico. Sin embargo, el contexto en el cual se da la relación médico-paciente, no es pura en términos de desarrollarse de forma unívoca lo anterior. Aparecen elementos como el ajuste en las decisiones a las reglas o normas dictadas por expertos, las actitudes que pueden o no satisfacer las expectativas de los pacientes y cumplimiento de las exigencias legales. Por tanto, a medida que esas variables con incluidas en la relación, el ejercicio de la medicina tiende a definirse como una actividad falible que maneja dos racionalidades posibles: la búsqueda del menor error posible y el mayor beneficio probable. Se

puede hablar en este contexto, de los factores involucrados en la aparición del error en medicina; se distinguen factores predisponentes y desencadenantes, los cuales no hacen más que dejar de manifiesto el como se construye la forma de hacer medicina, al ambiente social en el cual se desarrolla y las modificaciones que se han producido en la visión actual del médico (Tabla 1).

Tabla 1. Factores condicionantes en la aparición del error médico.

<i>Factores predisponentes</i>	<i>Factores desencadenantes</i>
La medicina como ciencia y arte falible Debilitamiento del aprendizaje biomédico	Medicina defensiva ejercida con sobreabundancia de análisis y prácticas a veces invasivas y peligrosas.
Surgimiento de sistemas de salud que favorecen la despersonalización en la atención del paciente	“Cultura del Apuro” en la relación médico/paciente/consulta.
Expectativas sobredimensionadas acerca del poder de la medicina para resolver cualquier dolencia	Búsqueda de trascendencia en los medios de comunicación por parte del profesional. Ambición económica desmedida por profesionales de la salud

Construcción del error médico-residente

La equivocación, el error, la falla no hacen más que imponer la frustración de todas las partes involucradas. En el desarrollo de un error, conocemos (o buscamos) los culpables directos, otros que no fueron capaces de detectar las equivocaciones o desempeños mermados, conocemos además los afectados y en forma parcial asumimos las potenciales consecuencias de esas equivocaciones. Entender este esquema, permite en la contingencia personal o laboral, implementar las sanciones o asumir las medidas reparativas. Sin embargo, el reconocimiento de las circunstancias que propiciaron al error y el desarrollo de una capacidad crítica, pocas veces se ven asumidas por los responsables o por supervisores directos, construyéndose así un ambiente sancionador frente a la equivocación y por otro lado, la pérdida de oportunidad frente a la potencialidad constructiva de la misma. Este último cobra importancia en el ambiente educacional y sobre todo, en las etapas de la formación médica. Cabe entonces la pregunta, ¿existirá algún denominador común en la construcción del error de un médico residente?

Para dar una respuesta, es importante reconocer el ambiente en el cual se desarrolla la formación del residente, distingo de esta forma, el ambiente *familiar-social* y el *laboral-educacional*. El primero representa la situación familiar, amistades, pareja, distracción, ocio, en otras palabras la vida personal que se construye durante la vida; en tanto el segundo, involucra las relaciones que se establecen con los otros residentes, con los docentes, personal de salud y la actitud que se toma frente a la institución formadora y con las consecuencias que ello trae al desarrollo académico, exigencias laborales, evaluación de los conocimientos o desempeño; sin desentenderse que estos mundos son complementarios y que integrantes de uno pueden ser parte del otro. Lo que si está claro y estudiado el efecto del ambiente laboral en el ambiente familiar-social.

Se han demostrado tasas de prevalencia para depresión y *burnout* en los residentes de 7 a 56% y de 41 a 76%, respectivamente. Las manifestaciones más comúnmente reportadas, incluyen de privación sueño y falta de tiempo libre. Además los datos muestran, la posibilidad cada vez más real, de la presencia de depresión en los residentes, ya que el 20% de ellos tiene alto riesgo para presentarla y que un 26% revela historia clara de depresión al momento de aplicar el *Harvard National Depression Screening* (Fahrenkopf *et al.*, 2008). Por tanto, los datos demuestran que los residentes tienen casi el doble de depresión que la población general y que están permanentemente expuestos al exceso de trabajo, a la falta de sueño y al tiempo libre. En virtud de ello, se construye un ambiente que no resulta apto para un fiel desempeño laboral, ya que las condiciones mentales y físicas se ven mermadas por que no se generan momentos para la recuperación y rehabilitación de

esas condiciones. Se desarrolla de esta forma un modo de actuar repetitivo en el tiempo: ese de “estar ahí”, de “responder” de “no ser débil”, frente a la imposibilidad de tomarse tiempos, descansar o desconectarse. Algunas consecuencias de esta forma transitoria de vida están claras: falta de concentración, descontento con el ambiente laboral o la forma de enseñanza, dificultad en el ambiente familiar y presencia de errores en el desempeño laboral diario. Se ha establecido que aquellos residentes con depresión, a pesar de la vigilancia directa, presentaron 6 veces más errores y que cerca del 50% de ellos no advirtieron tal situación.⁷ Aparecen circunstancias que hacen poco claro el entendimiento de la dinámica del error médico en el contexto de alteraciones mentales, consecuencias de la formación médica de postgrado, ya que la presencia de depresión o *burnout*, si bien pueden presentarse como los responsables directos del error médico, también pueden ser consecuencia de los mismos, en el entendido que una sobrestimación del error cometido sea por un ambiente competitivo o de permanente sanción o como resultado de elevados estándares de exigencia personal y las alcances personales del creer hacer daño a alguien. Con estos datos, queda de manifiesto la relación entre el error médico de los residentes y la presencia de depresión o *burnout*, ya que estas condiciones desencadenan una baja productividad y disminución en la calidad de vida, con claras repercusiones en el desempeño laboral y la productividad.

Pero me parece que no sólo el ambiente laboral característico de la formación médica se traduce en el responsable de la aparición de errores médicos en los residentes, también merece un análisis la personalidad de este, su forma de enfrentar la situación a la cual está expuesto y la dinámica de cómo se da la formación de especialistas y su directa relación con la actitud que impone el residente frente a la toma de sus decisiones.

En ciertos ambientes formadores, el residente asume, ya sea por iniciativa propia o por imposición inconsciente del ambiente, una actitud “demostrativa” permanente; es decir, con las opiniones dadas, las destrezas adquiridas y los aciertos constantes, va mostrándose y “luciendo” sus capacidades y su evolución, tanto frente a los médicos supervisores, como a sus pares. Esto genera una calificación subjetiva de estar “apto” para el desempeño de ciertas funciones, como la entrega de libertad en la toma de decisiones, sin llegar a cuestionar los límites de ello; es decir, el médico-supervisor entrega su confianza, dado el desempeño del residente, para tomar decisiones y apostar por conductas individuales frente al paciente. Por otro lado, esa situación genera una sobreconfianza en el residente que lo lleva a asumir una actitud y a reconocer como prioritario de su formación la mantención de la misma. Se construye una forma de enseñanza y aparente supervisión, sustentada en la subjetividad de una impresión u opinión. Tratando de objetivar el efecto de la confianza en la toma de decisiones médicas y su correlación con un diagnóstico correcto, se estudió la confianza de médicos tratantes, residentes y estudiantes de medicina, frente a escenarios clínicos diversos; encontrándose una alta variabilidad entre los residentes, los cuales a pesar de confiar plenamente en sus diagnósticos, fueron menos precisos que los realizados por los médicos tratantes. Es decir, a pesar de las destrezas adquiridas y de los conocimientos acumulados, la posibilidad de error en los residentes es mayor, quizás por que la experiencia juega un rol importante en la toma de decisiones y es precisamente aquello, que el médico-supervisor debe transmitir. La orientación, la fijación en lo realmente importante muchas veces no está descrita en la literatura especializada, sino que es la experiencia el referente fundamental en la posibilidad de tomar decisiones acertadas. Por otro lado, un aspecto de la sobreconfianza es la complacencia, reflejando ello una subestimación del error, tolerancia al mismo y la creencia de que es inevitable, actitud presente no sólo en el residente, sino también en los médicos en general. Se desarrolla de esta forma, una cultura de tolerancia frente a las equivocaciones, no asumiendo culpas, no reconociendo la potencia de un análisis fundamentado en el error y evitando con ello el desarrollo de pautas o protocolos, transmisibles a los residentes y médicos, encaminados al entendimiento retrospectivo de las conductas, como herramientas protectoras para nuevos errores.

A pesar de que el residente va acumulando el conocimiento y las destrezas necesarias, sigue siendo inexperto en ciertas situaciones y en determinados momentos, sobrepone a su rol de médico y residente, la mantención de esa confianza entregada y con la cual asume representar la totalidad de sus capacidades. Es por ello que, en situaciones clínicas determinadas, puede no ser capaz de pedir ayuda y no reconocer sus limitaciones; pero también, es en ese mismo escenario

donde una supervisión eficiente cobra un importante valor, ya que resulta aún más grave que la incapacidad del residente en pedir ayuda, la inexperiencia e indolencia del médico-supervisor en no reconocer por un lado, a ese tipo de residente que está formando, como además desvincularse de esos llamados de ayuda en virtud de esa confianza asumida. De esta forma, se va construyendo un ambiente en el cual el residente debe realizar su rol de médico, pero agregándose elementos y circunstancias propias del ambiente laboral hospitalario, a saber, sobrecarga de trabajo, debilitamiento en la calidad de vida o relaciones laborales superficiales y de permanente exigencia. Así, los elementos hacia los cuales debe apuntar la formación del especialista y que se reconocen como detractores de un buen desempeño laboral, están reconocidos y estudiados, por tanto, cualquier medida que se tome para la mejoría de todo lo anterior, apuntará en corto y mediano plazo a la obtención de una mejor calidad de vida en los residentes, con lo cual disminuiría la aparición de errores por agotamiento o estrés, pero a largo plazo, construir nuevos y eficaces modelos de educación en la formación de especialistas, como nuevas visiones y actitudes en la supervisión médica de los mismos.

Conclusiones

En la etapa de formación de postgrado, a quedado de manifiesto que no basta la sola transmisión de conocimientos ni dar una oportunidad para la adquisición de destrezas, es desarrollar una estructura formativa encaminada a la construcción de la medicina que los espacios de mundo precisen, teniendo como objetivo final la formación de médicos-especialistas, expertos en los temas requeridos, pero también con las habilidades claras de supervisar y/o controlar las actividades de otros médicos o estudiantes en formación. La única forma, a mi entender, de lograr distanciar el error del residente, está en delimitar un ambiente formador sustentable y una supervisión permanente por parte de médicos-docentes. Con lo primero se promueve la construcción de definiciones claras para el actuar médico, desarrollar y trabajar los conceptos de relación médico-paciente, de humanización en salud, la permanente revisión de los principios bioéticos y su aplicación en la práctica clínica; debe considerarse en este punto también, la influencia de la residencia en el desarrollo personal, en la calidad de vida, como resultado de una equilibrada interrelación entre los ambientes familiar-social y laboral-educacional. Lo segundo, involucra una supervisión encaminada a entender que ese “adulto supervisado” tiene criterio, que aprende con sus tiempos, con sus estrategias y que exterioriza sus conocimientos y habilidades bajo el alero de su personalidad y de su forma de ver la vida, asumiendo de esta forma, que las confianzas creadas en ese ambiente formador no responden exclusivamente al resultado de relaciones humanas favorables, sino que traduce una confianza objetivada en capacidades y formas de actuar y pensar. No se trata de enlentecer los procesos, sino más bien coordinarlos y promover plazos razonables que resulten en residentes comprometidos con la forma de enseñar, orgullosos de la coherencia aplicada por su centro formador y que sean referentes claros de retroalimentación en la mejoría de las formas de enseñanza.

Finalmente, es necesario considerar que no basta con asumir que el error ha de estar presente en la formación del residente, como tampoco creer que la búsqueda de culpables y el desarrollo de las sanciones impondrán un progreso en la evolución del constructo error-residente. Es por tanto, indispensable creer en los procesos reflexivos como parte fundamental de todas las actividades involucradas en el desarrollo personal, incluyendo en ello, la formación médica de postgrado y las consecuencias que resulten del desarrollo de esta actividad.

REFERENCIAS

- Pregrado, Postgrado y Desarrollo Profesional Continuo (DPC) (2004). “Desarrollo Profesional en Ciencias de la Salud”. *Educación Médica*, 7(2). (Autor)
- Jalil, J., *et al.* (2007). “Programas de postgrado en Medicina por competencias”. *Ars Medica*, 15: 211-218.
- Ricarte-Díez, J. M., *et al.* (2008). “Formación del residente desde su abordaje como adulto”. *Educ. Med.*, 11(3): 131-138.
- Millán, J. R. (2006). “La reflexión como eje central del desarrollo profesional”. *Educ. Med.*, 9(3): 30-36.
- Kaveh G., *et al.* (2006). “Graduate Medical Education and Patient Safety: A Busy—and Occasionally Hazardous—Intersection”. *Ann Intern Med.*, 145: 592-598.
- Blendon R. J., *et al.* (2007). Views of practicing physicians and the public on medical errors. *N Engl. J. Med.*, 347: 1933-1940.
- Eta S., *et al.* (2008). “Overconfidence as a Cause of Diagnostic Error in Medicine”. *The American Journal of Medicine*. 121(5A): S2-S23.
- Pontificio Consejo para la Pastoral de los Agentes Sanitarios (1995). *Carta de los Agentes Sanitarios*. Vaticano: Ciudad del Vaticano.
- Fahrenkopf, M., *et al.* (2008). “Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: prospective cohort study”. *BMJ Online First*.

SOBRE EL AUTOR

Mauricio Soto Subiabre: Médico, especialista en Ortopedia y Traumatología con formación de Humanización en Salud y actualmente cursando un Magister en Bioética en la Pontificia Universidad Católica de Chile. Realizó actividad clínica permanente en hospital y consulta médica, junto a docencia de pregrado a alumnos de medicina de la universidad, como de postgrado a residentes de Ortopedia y Traumatología y alumnos de diplomado en Salud y Humanización, dependiente del departamento en el cual trabaja. Su línea de trabajo es fomentar una ética en la formación médica de postgrado en medicina, respeto por el adulto que se forma, su criterio y sus estrategias de aprendizaje.

Las pedagogías del sentido en las ciencias de la salud: captar y favorecer un movimiento

María Rosa Walker, P. Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

Resumen: Las pedagogías del sentido se refieren a un conjunto de prácticas que permiten favorecer en los alumnos el movimiento hacia una mayor plenitud personal. Hoy estamos frente a un desarrollo considerable de la tecnología en educación médica. Aunque esto constituye un avance indiscutible, ha supuesto también pérdidas: entre ellas, la subjetividad y los fines. El tutor está llamado a “captar el movimiento”, en el sentido de vislumbrar, para apoyar, los procesos que van en la línea de una mayor plenitud personal. La mera acumulación de conocimientos - una tentación real en el ámbito de la medicina- puede ser un mero proceso de vértigo. Un pequeño avance en las fortalezas y virtudes personales puede significar a la larga mucho más. Se presentan principios y prácticas pedagógicas que favorecen la búsqueda de sentido integrando el aporte de las Humanidades y la Andragogía (enseñanza de adultos). Los autores que consideramos en este trabajo (Torralba, Vella, López Quintás) postulan que trabajando con los temas generativos de los estudiantes, invitándoles a movilizar sus sentidos y capacidades para reconfigurar nuevas percepciones y considerando la tradición y contexto cultural, se puede ir mucho más allá que el mero aprendizaje técnico.

Palabras claves: formación docente, andragogía, filosofía de la educación, humanidades médicas

Abstract: The pedagogy of meaning means a pedagogical approach that intends to facilitate not only the technical training of students but also their human development. Nowadays, we are experiencing an exponential development of technology in medical education. Undoubtedly, this is important. However, we can miss some aspects of education, such as subjectivity and meaning, for example. The student's tutor is somebody who can “capture the internal movement” of the student, and facilitate his/her development. Knowledge accumulation by itself can be a “vertigo process”, so to speak. On the other hand, a subtle movement toward the acquisition of virtues can be much more relevant. In this paper we describe the pedagogical principles and practices that can help us for the search of meaning, conflating the principles and perspectives of andragogy and humanities. The authors cited in this work (Torralba, Jane Vella, and Alfonso López Quintás) give us some clues that can help us to go farther than just technological learning, namely, the consideration of generative themes of students, the perception process in learning, and the integration of tradition treasures and cultural context.

Keywords: Medical Education, Pedagogy of Meaning, Philosophy of Education, Medical Humanities, Andragogy

Introducción

Cuando se trata de formar a los docentes de las Ciencias de la salud, nos encontramos hoy con largas listas de competencias, perfiles y objetivos con figura de protocolos científicos. Una abrumadora cantidad de información. Los diagramas nos ayudan a ordenar el caos, pero muchas veces lo que suponemos que tiene que ocurrir, por estar muy bien especificado, sólo sirve de incentivo pasajero. Los misterios de la motivación humana- cargada de subjetividad- desbordan las esquinas de la impecable mesa del escritorio. Los protocolos no suelen considerar esa cosa misteriosa de lo humano: no nos movemos sólo por necesidad (de seguridad, de pertenencia, de identidad) sino por algo más allá de la razón lógica, que suele llamarnos. ¿Cómo escuchar esta llamada, cómo integrarla en nuestras actividades docentes? Las Humanidades han sido por siglos una de las principales portadoras de esta llamada, e inspiradoras de nuestro quehacer. Entre los estándares para los educadores médicos, se señalan unos valores centrales. Entre ellos, aparece que el educador médico debe ser capaz de articular su propia filosofía de la educación. Este artículo pretende aportar elementos para ese punto. Al hablar de filosofía de la educación estamos hablando de qué hacemos con las grandes preguntas metafísicas: qué es el hombre, qué hace en el mundo, qué sentido tienen la historia, el amor, el sufrimiento, y la muerte.



A las personas que trabajan en docencia les suele gustar algo muy valioso: ver crecer a las personas (Walker y Zúñiga, 2012). A los maestros se les ha llamado parteros, hortelanos. Se trata de oficios dedicados a cuidar la vida que crece. Antes de la ciencia de la Educación médica, la Filosofía de la Educación nos ayudaba a hacer más visibles los procesos que estábamos impulsando. Hoy, al diseñar un currículum, solemos saltarnos una parte importante de la conversación: poner sobre la mesa nuestros valores y creencias, y nuestra idea de hombre. Muchas veces evitamos esta etapa porque nos atemoriza encontrarnos con diferencias insalvables. Sin embargo, siguiendo a López Quintás (1987), podemos afirmar que en el proceso de crear colaborativa y creativamente se pueden integrar muchas de nuestras diferencias. Si por querer ser “científicos” dejamos de lado lo existencial, lo humano, cargado de subjetividad y sesgos, dejamos también de lado una gran cantidad de energía motivacional (Lolas, 1997: 57). Si, por el contrario, podemos compartir ideas y propuestas a un nivel de motivación, se abren las compuertas de la creatividad. Nos ponemos en el campo de la potencialidad cuando superamos esas fuerzas que nos homogenizan.

Como dice Francesc Torralba (1997), filósofo de la educación, toda propuesta educativa es “soteriológica”: nos propone un camino hacia la plenitud. ¿Cómo hacerlas más explícitas?

El propósito de este trabajo es analizar las propuestas pedagógicas de tres educadores para identificar métodos o prácticas educativas que nos permitan hacer aparecer esos presupuestos. El objetivo final es seleccionar una serie de “buenas prácticas”, que nos permitan compartir y profundizar nuestras creencias y valores.

Antes de presentar tres autores, describiremos brevemente dos conceptos que nos ayudan a centrar nuestra tarea de acompañar a los alumnos en su proceso de crecimiento: el tema filosófico de “El hombre, ser inacabado”, y el “Profesionalismo médico”.

El hombre, ser inacabado

La condición de “inacabado” se manifiesta de forma evidente en el hombre. Igual que cualquier otro ser vivo, el hombre viene a este mundo con un cuerpo equipado biológicamente para crecer. Nace en una cultura, en un tiempo y en una familia, lo que implica expectativas y desafíos para crecer. Y ante situaciones límites, manifiesta una capacidad antropológica que lo llama a la trascendencia, una “inquietud metafísica” (p. 30).

Esta característica de “inacabado”, es una oportunidad para un desarrollo diferenciado. Desde el inicio de la vida se observa la gran diversidad biológica, que se traducirá en seres humanos con diferencias en sus capacidades. Por otra parte, el hombre no es autosuficiente. Desde el inicio de la historia ha formado comunidades para sobrevivir.

Esta condición de “inacabado”, es una oportunidad de movimiento y de desarrollo de las diversas dimensiones de la persona, proceso que el tutor puede favorecer en sus alumnos. Vemos que estas dimensiones del desarrollo personal no suelen ser consideradas en la evaluación. Vamos a detallarlas con más profundidad.

En primer lugar, *relacionarse con el mundo, con los demás*. En segundo lugar, *desplegar capacidades y virtudes*. Existen numerosos perfiles de egresados de las ciencias de la salud, que intentan evaluar cuidadosamente al alumno de forma integral. Se incluyen habilidades clínicas, de comunicación y de manejo de información. Pero los perfiles que incluyen procesos de desarrollo personal son más escasos. Hoy la Educación médica ha ido centrando sus esfuerzos en el concepto de “Profesionalismo”, que es un conjunto de virtudes deseables para el médico (Arnold y Stern, 2006). En tercer lugar, *ejercer su libertad*. Más adelante describiremos brevemente los conceptos de “éxtasis y vértigo” en el modelo de López Quintás que permiten comprender los procesos humanos en sus consecuencias de plenitud o destrucción, como derivados del uso de nuestra libertad. En cuarto lugar, la condición de “inacabado” le permite al hombre *generar cultura y participar en la búsqueda del bien común*. En quinto lugar, *descubrir su condición de creatura*, de ser limitado. Este aspecto, que corresponde a la dimensión de vulnerabilidad de la persona, es fundamental en el abordaje del error

médico. En sexto lugar, *buscar el sentido de su historia personal y comunitaria*. Por último, percibirse a sí mismo como un ser de avances y retrocesos.

Orseque (2006), sitúa en la condición de inacabado la base de la dignidad de la persona. Es otra forma de reconocer el valor de ser único y libre.

La mayor parte de los textos de Antropología y Filosofía de la educación tratan a la persona como un ser estático. Se habla de las “dimensiones de la persona” (Aranguren y Yepes, 2003: 73). Se incluyen referencias a las etapas de desarrollo, pero no se sabe muy bien cómo facilitar y captar este movimiento. Más aún, no tenemos muchas herramientas para hacer visible los procesos de maduración personal.

Profesionalismo médico

Desde hace más de una década se ha intentado llegar a una definición operativa de Profesionalismo, el conjunto de características deseables en el médico. Una de las más aceptadas es la de Arnold y Stern (2006), que la grafica en forma de templo griego: cuatro columnas -excelencia, humanismo, responsabilidad y altruismo-, que descansan sobre los fundamentos de competencia clínica, habilidades comunicacionales y comprensión ética y legal” (Arnold y Stern, 2006).

El “humanismo”, o características humanísticas del médico, es la más difícil de precisar. Diversas definiciones giran en torno a conceptos como calidad de las relaciones, respeto, humildad, cultura, empatía, etc. En esta característica de “humanismo” es donde se da una mayor oportunidad de diálogo sobre diversas posturas filosóficas. La característica más citada en relación al humanismo es el respeto.

Propuestas pedagógicas que favorecen la investigación y búsqueda de sentido

1. La pedagogía del sentido de Francesc Torralba

Francesc Torralba presenta su modelo en el libro “Pedagogía del sentido” (Torralba, 1997). Para este autor, ningún acto educativo es neutral ya que siempre se transmite o se comparte una visión de mundo. Como decíamos en la introducción, él defiende que toda propuesta educativa es “soteriológica”: nos propone la plenitud a través de unos valores. Por ejemplo, el desarrollo científico tecnológico, el esfuerzo personal, el desarrollo económico, la solidaridad, espiritualidad, etc. Nos propone que la persona tiene, entre sus dimensiones, una “inquietud metafísica”: la de buscar el sentido de su vida y de su quehacer. Esto ocurre especialmente en las experiencias límites, como son la enfermedad y la muerte. Otras experiencias límites pueden ser las experiencias estéticas intensas y la contemplación de la naturaleza.

Un programa educativo que permita la búsqueda de sentido debe tener espacios de reflexión que permitan el autoconocimiento y que favorezcan el surgir de las grandes preguntas. Reconociendo además la riqueza de nuestra tradición, recogida en las Humanidades (Historia, Filosofía, Letras, y Artes) Torralba propone no renunciar a esta riqueza interpretativa. Una propuesta interesante es la de Clemens Franken quien organizó un seminario interdisciplinario sobre “Verdad y ficción en la filosofía, teología, historia y literatura” (Franken, 2000). Como los programas de formación de los profesionales de la salud cuentan con pocos espacios para las Humanidades, es más realista despertar intereses nuevos y alentar la búsqueda en los alumnos, que intentar cubrir demasiados contenidos.

Sintetizando las ideas expuestas por el autor en su libro “Pedagogía del sentido” (1997), podemos señalar aquellos elementos que al estar presentes en un proyecto/programa educativo favorecen una búsqueda de sentido:

a. Experiencias de aprendizaje

- Relaciones significativas: continuidad, relación alumno-tutor, modelaje, portafolio.
- Reflexión sobre la propia vulnerabilidad, conciencia de los propios límites, errores, preferencias.

- Creatividad: uso de lenguaje narrativo para comprender motivaciones, interrelaciones, significados.
- Toma de conciencia de ser parte de un país, de una historia, de una cultura.
- Experiencias de misterio, exploración del ser: experiencias límite, espacios de gratuidad, uso o conocimiento del lenguaje simbólico.
- Compartir testimonios.
- Descubrimiento de ser únicos (historia personal, autoconocimiento).
- Libertad para elegir/responsabilidad.
- Imaginación.
- Proyectos personales y en equipo.

Una reflexión continuada, como la que se puede dar en un portafolio docente, es mucho más valiosa, no sólo por la continuidad sino por la creatividad que supone.

b. Exponer al alumno a nuevos lenguajes

El sentido, según Torralba, se comunica a través de lenguajes que permiten integrar la imaginación, las emociones, la espiritualidad. Aquellos lenguajes más cercanos al arte, la psicología y la filosofía y que permitan experiencias estéticas - incluyendo el silencio y la contemplación- han sido muy valorados como camino para desarrollar la empatía (Walker, 2000).

En este sentido, los cursos que desarrollan las capacidades de apreciación artística son de una potencialidad extraordinaria.

El apartado anterior puede servir para evaluar en qué medida un programa incluye experiencias y lenguajes que permiten la búsqueda de sentido.

2. Jane Vella: Educación dialógica

La Dra. Jane Vella desarrolló un método de Educación participativa de adultos (“andragogía”) que sigue las teorías de los educadores Malcom Knowles y Paulo Freire, entre otros. A continuación destacaremos algunas de sus ideas (Vella, 2008).

El centro del aprendizaje es la persona, con sus intereses, aspiraciones y necesidades. En cuanto al método, lo central es el diálogo. En oposición al monólogo -como entrega pasiva de información- el diálogo permite interacción social, debate de contenidos, cambios de postura, integrar afectos y emociones, hacer surgir nuevas preguntas, etc. El punto de partida es la pregunta abierta, de la cual no sabemos la respuesta. El saber es siempre afectivo, cognitivo y psicomotor y va mucho más allá que el mero conocimiento intelectual. Trabajando en grupos pequeños, interdisciplinarios, dialogando y confrontando nuestras diferencias en un ambiente seguro, aprendemos de forma eficaz. Lo importante en evaluación es: ¿cómo saben ellos (los alumnos) que saben? El respeto, expresado en múltiples formas, es un requisito ineludible para crecer. No se trata de acumular información, sino abordar un tema y problematizarlo: ¿qué interés o problema me genera, en qué dirección me mueve? ¿Qué tiene que ver conmigo/con nosotros? Aprendemos algo cuando es necesario y relevante, cuando puedo hacer una aplicación inmediata y a través de una experiencia que involucra a toda mi persona. Aprender haciendo. ¿Cómo sabemos que sabemos? Cuando ya lo hemos hecho.

Para que la persona se sitúe frente a un tema-problema, es necesaria una cierta secuencia. Se debe comenzar con ejercicios que abren nuestra percepción; se entrega a continuación el nuevo contenido, el alumno lo trabaja y aplica mientras obtiene *feedback*; se moviliza con nuevas necesidades y preguntas y finalmente lo intenta integrar en su quehacer. Todo aprendizaje efectivo es siempre un proceso.

Al ser un modelo de adultos, no integra el aspecto de “modelaje”, que es relevante en el período de la adolescencia. Pero todos los principios de la andragogía impulsan al joven a hacerse adulto: tomando postura frente a los problemas y asumiendo las consecuencias de sus decisiones.

En nuestra experiencia con el método de Jane Vella hemos visto que este despierta talentos y creatividad de una forma asombrosa (Walker, 2006). El tutor-facilitador hace una alianza con las motivaciones internas de los alumnos, desatando una energía nueva: los participantes descubren en su interior recursos y talentos que les llenan de satisfacción y alegría. Esta energía hace posible el aprendizaje y el cambio. Finalmente, y como un logro mayor, podemos destacar que este método no sólo favorece el diálogo entre disciplinas por proveer un lenguaje común, sino que es un método genuino de enseñanza interprofesional (IPE) (Hammick *et al.*, 2007) en la cual “aprendemos del otro, con el otro y acerca del otro”.

3. Escuela de pensamiento y creatividad de Alfonso López Quintás

López Quintás, educador español, desarrolló sus ideas en la Escuela de pensamiento y creatividad. Una de las vertientes de esta Escuela es la Formación humana a través de la literatura, que se centra en un comentario filosófico de las obras literarias. Para poder realizarlo, se requiere profundizar previamente en algunos términos filosóficos. Describiremos dos de sus principales aportes: la distinción entre éxtasis y vértigo, y el método lúdico ambital para el análisis literario.

a. Distinción entre proceso de Éxtasis y vértigo

En el análisis de las experiencias humanas, nos habla de dos formas de movimiento radicalmente opuestas:

El hombre del vértigo es impaciente y opta por uno de dos caminos: fundirse o empastarse con la realidad, buscando gratificarse por medio de sensaciones (las idolatra por la exaltación que le producen, el fluir de la vida es una fuente inagotable de nostalgia y pesimismo), o se decide por dominar: busca por medio del poder y control para someterlo todo a sus planes. Ambos coinciden en un rasgo común: el egoísmo. Lo “otro” es un objeto, un mero “ello”, para satisfacer sus intereses, nunca como un Tú, centro de iniciativa capaz de dialogar, encontrarse, asumir apelaciones, responder a las mismas... Rehuye las acciones creadoras, porque entrañan generosidad y riesgo. No tiene libertad para ser creativo, para relacionarse con realidades que le ofrecen posibilidades de juego creador. Queda encapsulado en su yo... Cultiva de forma crispada toda forma de diversiones, que implican una entrega a lo superficial... Relaciones de odio, que no crean relaciones de convivencia ni campo alguno de juego creador. (López Quintás, 1987: 183)

Por el contrario, para hacer experiencias valiosas y creativas, que conducen al gozo, al encuentro y el éxtasis, el autor nos refiere a la idea de “ascenso a lo misterioso”, del filósofo Gabriel Marcel:

Perder el miedo a entregarse de forma generosa a realidades que desbordan al hombre en todos los aspectos-incluso en el de comprensión analítica- y le permiten desarrollarse al máximo. Se requiere capacidad de admiración y sobrecogimiento: acogimiento sincero y agradecido de una realidad valiosa que ofrece grandes posibilidades de juego creador.

Respecto a las relaciones personales y en directa relación con los procesos de vértigo y de éxtasis, identifica las diferencias entre las relaciones de objeto y las relaciones con ámbitos (Barbera, 2008). En las primeras, tratamos al otro como una cosa: lo utilizo, lo domino. Cuando me relaciono con un ámbito, en cambio, entro en un juego creador con aquella realidad. Esto nos dignifica. Uno puede, como profesional de la salud, tener mayoritariamente relaciones de objeto o relaciones personales. Frente a la enfermedad, se la puede tratar como un órgano enfermo -un objeto-, o considerarla parte de un ámbito -la persona- que conlleva un misterio.

b. Método lúdico-ambital de análisis literario

La propuesta de López Quintás (1997) sobre formación a través de la literatura se apoya en la distinción básica entre objetos y ámbitos. Con los objetos se puede tener relaciones de poder, de indiferencia, de utilización. Pero con los ámbitos, como señalábamos, se puede entrar en juego. Este autor

define los ámbitos como “realidades que constituyen campos de posibilidades” (un instrumento musical, una obra literaria, una experiencia vital). También las personas son realidades ambientales. Con los ámbitos es posible un encuentro y en esta posibilidad de juego radica el poder formativo de la lectura. Nos ayuda a desarrollar una forma nueva de relacionarnos, que no es cosificadora, que ayuda a ir más allá de nuestra tendencia a relacionarnos con la realidad como con objetos. Esta distinción tiene correlación directa con la distinción que hacemos en el cuidado de la salud, entre el tratar la enfermedad (objeto) y cuidar a un enfermo.

Según López Quintás interpretar una obra es “hacer juego con ella” y rehacer sus experiencias básicas. Por ejemplo, en “El principito”, se trata del encuentro interpersonal. En “El Túnel”, de E. Sábató, la confusión entre amor y posesión. “Al revivir se alumbran en el lector las mismas intuiciones que un día tuvo el autor. A la luz de estas intuiciones leemos estas obras por dentro”. Se trata de una “lectura creativa genética”. Sintetizando el método, podemos destacar su propuesta:

En una obra se describen múltiples actos humanos a través de los cuales una persona o un grupo social van desarrollando un proceso vital. Se deben poner al descubierto: los actos humanos, el contexto y los procesos de creatividad o destrucción, y la motivación o razón de ser profunda de los acontecimientos, con su articulación interna.

Aportes y limitaciones de los tres modelos

Hemos presentado brevemente algunas de las ideas básicas de tres educadores que se sitúan en la línea de los filósofos personalistas.

Habiendo utilizado estos modelos en experiencias educativas (Walker y Zúñiga, 2012) nos damos cuenta de que los tres permiten el diálogo y la reflexión. Torralba nos presenta un modelo de filosofía de la educación. Vella nos aporta un método desde la praxis, y López Quintás nos ayuda a hacer un puente entre la reflexión filosófica y la práctica del cuidado de la salud (relación con ámbitos).

Estos tres autores no hacen enunciados respecto a temas metafísicos, como el sentido del sufrimiento, la existencia del mal y el sentido de la belleza, por ejemplo; los tres permiten un diálogo abierto en torno a ellos. Esta posibilidad de diálogo es claramente un avance frente a la docencia centrada únicamente en aspectos empírico-rationales. Los tres admiten también la importancia de ampliar el lenguaje para abarcar realidades simbólicas.

Pero las grandes preguntas siguen allí y es en las situaciones límite donde el tutor, “testigo simbólico”, según palabras de Torralba, podrá compartir con sus alumnos su visión de mundo.

Comentario final

La búsqueda de sentido en educación se refiere al esfuerzo de clarificar los valores que mueven a una comunidad, ya que “toda propuesta educativa es soteriológica” y nos propone un camino hacia la plenitud. El sentido tiene relación con la orientación final, con las grandes preguntas metafísicas: quién es el hombre, qué hace en el mundo, cuál es el sentido de la historia, del sufrimiento. Finalmente, cuál es el sentido de mi propia vida. Para algunos autores, el sentido es un concepto filosófico ordenador. Para López Quintás, el sentido aparece en los procesos de creación de realidades significativas o valiosas (“fundación de modos relevantes de unidad”) como puede ser una familia, un programa educativo, una obra artística.

Hoy estamos frente a un desarrollo considerable de la tecnología en educación médica. Es importante no confundir los medios con los fines: la narrativa no es un fin, ni el diálogo, la reflexión, o la creatividad en sí mismas. El tutor está llamado a “captar el movimiento”, en el sentido de vislumbrar, para apoyar, los procesos de maduración personal de los alumnos que van en la línea de una mayor plenitud. La creación de formas valiosas de unidad, prevalece sobre el encierro individualista. La mera acumulación de conocimientos sin un sentido, puede ser signo de un

mero proceso de vértigo. Un pequeño avance en las habilidades de relaciones personales, o en la interdependencia o en el esfuerzo, pueden ser a la larga mucho más valioso.

La relación personal y continua, durante largos períodos de tiempo (meses, al menos), permite una labor de acompañamiento. Una herramienta como el portafolio docente, puede ser la base para una reflexión y evaluación del proceso, acompañada de la satisfacción por el camino recorrido.

Hemos aprendido que debemos distinguir los medios de los fines: el diálogo, la narrativa o la poesía, son tan buenos o malos medios como el uso que se les quiera dar. No son fines en sí mismos. López Quintás nos llama a buscar esas grandes verdades, como es la Redención para un cristiano, que actúan como clave de bóveda o punto principal que ordena toda la estructura arquitectónica.

Teniendo más claros los fines, se trata de captar el movimiento, y facilitararlo. La educación es algo vivo, no un diseño matemático. Torralba nos invita a “investigar y alentar la transmisión de sentido”. Una riqueza que está en nuestra tradición, y que es muy importante conservar.

REFERENCIAS

- Arnold, L. y Stern, D. T. (2006) "What is medical professionalism?". En Stern, D. T. (2006), *Measuring medical professionalism*. Oxford University Press.
- Franken, C. (2000). *Verdad y ficción en la filosofía, teología, historia y literatura*. Santiago de Chile: Ed. Universidad Católica de Chile.
- Hammick, M., Freeth, D., Koppel, I., Reeves, S., Barr, H. (2007). "A best evidence systematic review of interprofessional education: BEME Guide no. 9". *Med. Teach.*, 29(8): 735-51, octubre.
- Lolas, F. (1997). *Más allá del cuerpo*. Santiago: Andrés Bello.
- López Quintás, A. (1987). *Vértigo y éxtasis. Bases para una vida creativa*. Madrid: Ed. Impresa.
- (1997). *Literatura y formación humana*. Madrid: San Pablo.
- Orseque J. F. (2006). "El humanismo en la educación médica". *Educación* 30(1): 51-63.
- Torralba, F. (1997). *Pedagogía del sentido*. Madrid: PPC.
- Vella, J. (2008). *Learning to listen, learning to teach*. John Wiley & Sons.
- Walker, R. (2000). "Desarrollo de la capacidad empática a través de las humanidades". *Ars médica* 2(2): 139-146.
- (2006). "Educación en salud y humanización". *Ars Médica* 12(12): 107-120.
- Walker, R. y Zúñiga, D. (2012). "La narrativa en la formación docente: experiencia de cinco años de un taller de escritura creativa". *Rev. Med. Chile*. 140(5), mayo 2012, 659-666.
- Barbera, F. (2008). "Una visión de la antropología filosófica de enfermería. La empatía como cuidado trascendental". *Rev. electrónica portales médicos.com*.
- Aranguren, L. y Yepes, R (2003). *Fundamentos de antropología: un ideal de la excelencia humana*. Navarra: Ed. EUNSA.

SOBRE LA AUTORA

María Rosa Walker: Licenciada en medicina, (1983), P. Universidad Católica de Chile. Estudios de postgrado en Madrid, España (Especialidad en Medicina Preventiva y Salud pública; Título superior en Ciencias de la Familia). Master in Science en Educación para la salud, (NC, Chapel Hill, USA). Magister en Humanidades y arte, Universidad Gabriela Mistral, Chile). Como profesora, ha participado en el desarrollo de nuevos programas docentes en la PUC Chile: Medicina Familiar, Diplomado en Salud y Humanización, Diplomado en Educación Médica, y Certificado académico en Medicina, Cultura y persona. Imparte talleres de Educación participativa de adultos a profesionales de la salud, y Talleres de Narrativa y docencia. Intereses: formación y desarrollo personal de los profesionales de la salud; narrativa y medicina; espiritualidad y medicina.

GLOBAL  KNOWLEDGE
ACADEMICS

