

Revista del
Hospital General “Dr. Manuel Gea González”

Volumen **4**
Volume

Número **4**
Number

Octubre-Diciembre **2001**
October-December

Artículo:

**Reflexión médico-antropológica,
desde la perspectiva de Pierre
Bourdieu para la atención del enfermo
renal (ER)**

Derechos reservados, Copyright © 2001:
Hospital General “Dr. Manuel Gea González”

**Otras secciones de
este sitio:**

-  **Índice de este número**
-  **Más revistas**
-  **Búsqueda**

***Others sections in
this web site:***

-  ***Contents of this number***
-  ***More journals***
-  ***Search***



Medigraphic.com

Reflexión médico-antropológica, desde la perspectiva de Pierre Bourdieu para la atención del enfermo renal (ER)

Sigfrido Gerardo Huerta-Alvarado¹

INTRODUCCIÓN

Los aportes de Bourdieu a la sociología de la cultura tienen inserción en el escenario de la salud, ya que las nuevas corrientes antropológicas incluirán conceptos en los cuales se reconocerán elementos culturales que participarán en la adquisición y desarrollo de las enfermedades; en particular los padecimientos crónicos que hoy por hoy representan las primeras causas de mortalidad en nuestro país,¹ estos estados patológicos demandarán posturas que complementarán la detección de casos nuevos porque los factores de riesgo y los detonantes multicausales han cambiado la historia y el curso clínico de las enfermedades; por consiguiente para la atención de los enfermos se tendrá que replantear una serie de supuestos que permitirán una corriente holística en su manejo. Por ello la enfermedad ha sido descrita desde un constructo biomédico y el padecimiento se concibe como la manera en que cada individuo y su red social interpretan y responden a las manifestaciones y efectos de la misma.

Los padecimientos crónicos se clasifican desde una perspectiva diacrónica, se establecen y son considerados a partir de treinta días, meses, años e incluso décadas; con base en lo anterior es necesario replantear la relación existente entre el enfermo, los integrantes de las redes sociales y los profesionales de la salud. Estas enfermedades se caracterizan por una fuerte carga de incertidumbre, ya que nunca se tendrá la

certeza de la trayectoria en cada persona y continuamente es reconocida en los diagnósticos, tratamientos y proyectos futuros.

PARADIGMAS

Las barreras culturales que delimitan el objetivismo y subjetivismo del ER permiten visualizar modelos de estudio que determinan posiciones en cada uno de sus protagonistas, el positivismo biológico ha establecido aspectos funcionales del riñón en donde se reconocen dos misiones mediante funciones distintas, en primer lugar la secreción de orina y en segundo, las funciones propias del metabolismo, todo ello está encaminado a mantener el equilibrio orgánico y es por eso que se reconoce su indudable repercusión orgánica en caso de disfunción. Por otro lado el deterioro del ER por efecto de su evolución presentará una serie de transformaciones corporales, producto del desgaste metabólico.

Es importante conocer el significado cultural que representa el padecimiento entre el ER para formular propuestas de organización social y familiar. Los estudios sobre calidad de vida en el ER, ponen énfasis en el bienestar físico, emocional y social de los sujetos; por ello es posible agruparlos en una serie de componentes que definirán su proyecto de vida. Las nuevas corrientes antropológicas en investigación permitirán establecer ejes de análisis bajo los cuales será posible proponer metodologías cuantitativas y cualitativas² para replantear estrategias entre los límites objetivos-subjetivos y con esto reforzar el estilo de vida y atención del ER.

MOMENTO HISTÓRICO

Según lo expuesto hasta el momento, y con el inicio del milenio, la etapa histórica en la que se encuentra la medicina y sus disciplinas afines, se presenta como

¹ Médico Cirujano, UNAM, Gerontólogo de la Sociedad de Geriátría y Gerontología, Epidemiólogo Clínico de Pemex. Shuerta_98@yahoo.com

un hecho inconvertible la ideología individualista en el campo de la salud, por otro lado se pugna por una reforma sanitaria a partir de una nacionalidad de costo-beneficio, y el modelo médico dominante ofrece la panacea de curar enfermedades a corto y mediano plazo aplicando los nuevos conocimientos de la ingeniería genética y la biología molecular. Por otro lado se deberá intentar rescatar el punto de vista de quienes padecen las enfermedades, mostrar cuál es su experiencia al vivir con una enfermedad, y resaltar los motivos y argumentos en su participación para aceptarla, tratarla o limitar sus efectos. Todo ello con la finalidad de incorporar estos "puntos de vista" en la toma de decisiones y elaborar programas en materia de salud.

Los ER se desarrollan dentro de un sistema social bajo el cual se confrontan diferentes posiciones producto de asignaciones y rituales, Bourdieu analizó lo que menos se ha dicho del marxismo, es decir "los consumos". Este principio es aplicable al ER porque sus consumos definirán experiencias reconocidas con las que enfrentará su realidad y provocarán disminución o ausencia del o los órganos efectores, inclusive serán capaces de establecer ambivalencias negativas o positivas hacia su padecimiento; los consumos de los familiares permitirán conformar una red de apoyo bajo el instinto de solidaridad; el modelo médico a través de sus consumos que son la base de las experiencias previas no son lo suficientemente sólidos para tomar postura ante estas polaridades. Con base en lo anterior se vislumbran las experiencias que cada grupo social conforma, por lo que es claro la jerarquía que cada una establecerá como objeto de estudio, en algunos casos el prestigio social podrá ser cómplice y es muy frecuente que se presenten y establezcan posibilidades de reconocer campos culturales, que deban ser estudiados a nivel individual.

Para el ER la constitución de un campo desde una perspectiva histórica es la existencia de un capital de conocimientos y creencias, la información facilitará el desarrollo de habilidades para el conocimiento de aspectos básicos de la enfermedad así como las prácticas de asistencia; un ejemplo son las diálisis ambulatorias o automatizadas en donde las propuestas de realización bajo un ambiente familiar (en su domicilio) son las recomendadas para mantener interacciones individuales y colectivas; paralelo a esto los familiares son sujetos a las mismas actividades básicas introductorias de manejo y atención de su enfermo, estos grupos mantienen

una subversión que establecerá diferencias bajo las cuales ciertos grupos reconocerán nichos de poder que les ostentarán autoridad ante la creencia que se les asigne; el profesional de la salud debe reunir una formación especializada con alta habilidad para la instalación de catéteres y manejo de los equipos dializadores y hemodializadores, así como la capacidad de identificación oportuna de señales de alerta con la cual mantendrá la hegemonía del problema.

BOURDIEU Y LOS SISTEMAS

Como un marco referencial se plantea retomar esta reflexión con la necesidad de delimitar la objetividad-subjetividad de cada uno de los protagonistas a partir de la teoría de la práctica, es decir describiremos lo que Bourdieu³ planteó como el sistema de disposiciones estructuradas, estructurantes y bajo las cuales se constituirán las prácticas; de este planteamiento los condicionantes de existencia producen *habitus*, y los sistemas *disposiciones* duraderas y transferibles, es decir estructuras estructurantes que actuarán como principios generadores de prácticas y representaciones, esto es la construcción objetivista del ER hacia su padecimiento en sus diferentes variaciones o etapas de la historia natural de la enfermedad.

El ER además de su ya descripción de los cambios y alteraciones físicas se enfrentará a una vivencia corporal que algunos han denominado metamorfosis del ER en su identidad, historia, mitos que se determinarán a partir de su perspectiva genérica; las condiciones de existencia son elementos bajo las cuales se revaloran la historia pasada y futura de la enfermedad, y con ello establecerá prácticas o representaciones.

Con la estructura estructurante se podrá considerar la participación en su aceptación o rechazo hacia su enfermedad y los tratamientos requeridos, esto es establecer una matriz generadora de prácticas, conocimientos y apreciaciones; por ejemplo el ER día con día se limita más su capacidad de actitudes libremente elegidas, inclusive podrá llegar a una total falta de deambulación, sin embargo el enfermo puede mantener firme su interés por continuar haciendo uso de los aparatos (dializadores) con espera de algún día encontrar una solución diferente; el familiar también reconocerá el vínculo entre las máquinas y su enfermo, de tal forma se mantendrá aun cuando las condiciones de su familiar ya no sean bajo racionalidad en un esquema de manejos y cuidados. El personal médico a partir de su formación mantendrá una actitud de

ensañamiento con el objeto de mantener una vida cuya calidad subjetiva es limitada.

Bajo la visión objetiva de la teoría de la práctica no existirán estímulos detonantes y convencionales, los tres grupos sociales (enfermo, familiar y profesionales de la salud) no han logrado establecerlos por la variedad de eventos que conllevan a la insuficiencia renal; si bien el antecedente previo de algunas enfermedades como la diabetes mellitus entre otras, son condiciones que desencadenan alteraciones renales, aún no está determinado ¿por qué algunos enfermos diabéticos no desarrollan este tipo de complicaciones?, a pesar de tener un elemento cromosómico no bastará el sobrepeso y sedentarismo para que convencionalmente se establezca dicha entidad y esto es una de las grandes decisiones por la que los estudiosos del genoma no terminarán por reconocer la conveniencia de advertirlo a las personas.

Con lo ya descrito, la subjetividad se establecerá como la variabilidad bajo la cual el ER podrá llevar a cabo prácticas que le permitirán elegir a través de rituales y mitos, aquellas que resultarán en un verdadero fortalecimiento, consuelo, confianza, apoyo, amparo y ánimo, lo mismo sucederá con sus familiares y el personal de salud, este último llevará a cabo un reconocimiento sociocultural maximizado.

Otro componente que se tiene que describir se determinará a partir de la identidad que el ER forjará a partir del contacto social, las personalidades que de acuerdo con Bourdieu no son monolíticas, para el ER el sujeto está bajo una serie de normas y valores culturales que establecerán la individualidad del enfermo como tal y de su colectividad, todo lo anterior por efecto de acciones sociales. El ER es un sujeto cuya actitud positiva o negativa hacia su enfermedad determinará una particularidad, es decir en general mantendrá un proyecto de vida producto de interacciones ya sean asignadas a través de valores como es el liderazgo familiar, porque las líneas de parentesco entre los familiares se conservan y es aquí donde se llevarán a cabo las interacciones de sus integrantes, además el personal de salud mantendrá la intención de homeóstasis entre el enfermo, su familia e inclusive la incorporación hacia medios laborales, sociales, entre otros, se conjuntarán en afán de alimentar esta identidad.

Por ello es necesario establecer un proceso de interiorización para reconocer la subjetividad que se mantendrá y separar lo objetivo, se tendrá que llevar de manera continua la interpretación de los actores

aún con base en principios Freudianos y así identificar las situaciones que el ER desea o demanda, es decir situarse en el "ello" como lo que el ER quiere y que en algunos casos salen de los principios de su manejo terapéutico (cuando su dieta se convierte en una situación de conflicto o de choque, además de la "polifarmacia" que resulta desgastante). Otro punto de revisión es "súper yo" donde no cualquier ER podrá llegar a estos planteamientos de sus libertades convenidas a cambio de interacciones conductuales o sociales, y permitirán establecer una mejor adherencia a sus tratamientos o intervenciones y sacrificios.

Finalmente esta posición mediante la óptica de Bourdieu⁴ permitirá llevar a cabo reflexiones que complementarán el manejo de los enfermos crónicos y en particular los renales pondrán de manifiesto diferencias culturales entre ellos mismos, sus familiares y los profesionales de la salud con la cual se modificarán actitudes, conocimientos, se identificarán diferencias genéricas y tendrán una mayor claridad en la selección de los tratamientos que redundarán en calidad objetiva y subjetiva de vida, fortaleciendo los sistemas individuales, culturales y sociales en donde se revalorará la endoculturación antropológica a través de la Semiótica, Hermenéutica, entre otras; e introducir el habitus del ER hacia el campo para establecer la nobleza cultural.

CURRICULUM

Sigfrido Gerardo Huerta Alvarado, es candidato a doctor en Antropología de la Escuela Nacional de Antropología e Historia; médico cirujano de la Universidad Nacional Autónoma de México; gerontólogo de la Sociedad de Geriatria y Gerontología, epidemiólogo clínico de PEMEX; y alumno del master en bioética y derecho de la Universidad de Barcelona, España. shuerta_98@yahoo.com

REFERENCIAS

1. López R, Villa SJC, Esquivel I. La transición epidemiológica. Los nuevos perfiles. *Ciencia Médica. Boletín de la División de Estudios de Posgrado e Investigación de la Facultad de Medicina. UNAM.* Octubre-Diciembre de 1994; 1(2).
2. Nigenda G, Langer A. Métodos cualitativos para la investigación en Salud Pública. *Perspectivas en Salud Pública No. 20* Instituto Nacional de Salud Pública. Morelos, México 1995; 1-104.
3. Bourdieu P. *El sentido práctico.* Taurus Ediciones. Madrid, España 1996; 1-165.
4. Bourdieu P. *Sociología y cultura.* Los noventa. Cultura crítica de nuestro tiempo. Consejo Nacional para la Cultura y las Artes. 1996; 9-50.