

SOCIOLOGIA MEDICA

¿Puede afirmarse hoy que la teoría y la investigación sociológica proporcionan armas efectivas para la más amplia comprensión del ejercicio profesional del médico en su práctica diaria? Estudios realizados en los últimos años permiten contestar afirmativamente esta pregunta. El Dr. García desarrollará este tema en una serie de artículos que iniciamos con la presente publicación.

Sociología y Medicina

BASES SOCIOLOGICAS DE LAS RELACIONES MEDICO-PACIENTE

Dr. CESAR GARCIA L.*

En el ejercicio de la medicina existen esferas que no han sido tocadas por un análisis científico. El problema de las relaciones médico-paciente, que los médicos han dado en llamar "el arte de la medicina", hasta la fecha ha sido iluminado sólo por una o varias teorías derivadas del empirismo personal del médico. Obvio es decir que en ellas se volcaban, más de alguna vez, sus propios deseos y creencias personales.

El sociólogo se incorpora hoy a las inquietudes propias de estas áreas aportando el conocimiento acumulado por la teoría sociológica y también, mediante la utilización del método científico, allega explicaciones a tales sectores problemáticos. Por la naturaleza del cuerpo teórico sociológico es posible que pueda brindar una explicación más objetiva, entregando al profesional un arma efectiva para la comprensión de la conducta humana dentro del contexto médico.

No obstante, el encuentro, este dar y tomar de conocimientos, no es fácil. Por una parte, los médicos perciben al sociólogo como un nuevo profesional que trata de realzar su campo mediante el uso de un lenguaje esotérico y, por otra parte, los resultados de ciertas in-

vestigaciones simplificadas al exceso, son percibidos como inútiles para el ejercicio de la profesión.

Es preciso no olvidar que el uso de un lenguaje esotérico es sólo el producto de la voluntad de todo esfuerzo científico por deslindar conceptos, por salvarlos de la contaminación del pre-concepto o el pre-uso del concepto. Lo han hecho así otras ciencias. Lo ha logrado la "ciencia médica" en un intento de aislarse del uso de un vocabulario corriente, impregnado de significaciones diversas. Es necesario tener presente asimismo, que el resultado de investigaciones simples, constituye, muy a menudo, un paso previo hacia experiencias que determinarán en el futuro conclusiones más trascendentes. Muchos resultados parecen obvios sólo cuando se ha llamado la atención sobre ellos y después que se ha obtenido su definitiva comprobación.

A su vez, la Sociología con sus explicaciones científicas debe enfrentarse y competir con pre-concepciones fuertemente arraigadas, impregnadas de juicios valorativos y que cumplen con la función de reafirmar intereses y valores personales. Debe resistir, asimismo, la tendencia actual de usar, utilitariamente, los métodos desarrollados por la Sociología en investigaciones que no contemplan la búsqueda ni el uso de leyes sociológicas y que se promueven tras la solución de problemas prácticos, locales, percibidos por el cuerpo médico. Este tipo de trabajo enmascara las explicacio-

* El Dr. J. CÉSAR GARCÍA recibió su título de médico en la Universidad de La Plata. Sus intereses se dirigen primeramente hacia la Pediatría y Educación Sanitaria y Administración en Salud Pública. Después de graduarse en la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, fue nombrado Profesor Asesor de la Cátedra de Teoría Sociológica de ese plantel.

nes fundamentales y trae fatalmente como resultado la imposibilidad de obtener conclusiones valederas de un cúmulo de hechos huérfanos de un cuerpo teórico que oriente racionalmente su recolección¹.

La teoría sociológica permite hoy el planteamiento de investigaciones más importantes, tanto para el terreno médico como para el sociológico, y en la medida que esta posibilidad se reconozca y acepte, el aporte interdisciplinario beneficiará a ambos campos².

Así como la Sociología enfrenta concepciones no científicas sustentadas por gran parte de la población, la medicina debe enfrentar a diario las representadas por las creencias sobre las causas de la enfermedad.

¿Qué importancia tienen para el médico estas concepciones competitivas y, a veces, prevalentes? ¿Cuál es el origen de su persistencia?

Analicemos, por ejemplo, los factores que determinan la búsqueda de ayuda médica por el enfermo. Esta búsqueda es parte de un proceso que puede ser esquematizado en la forma siguiente:

—Definición de la enfermedad por el propio sujeto.

—Decisión de buscar ayuda, y elección del médico o de un tratante no médico.

Definición de la enfermedad por el propio sujeto.

Las ideas o creencias sobre enfermedad pueden ser categorizadas en dos amplios sectores: conocimientos científicos y conocimientos no científicos.

En el camino que recorre el hombre-sano hacia el hombre-paciente, nos parece evidente que corresponde al médico dictaminar si es un enfermo o no; pero no hay que olvidar que es el paciente quien da la primera definición de su estado. Esta definición la hace mediante la interpretación de sus síntomas, guiado por su propia noción de enfermedad. Si su concepción coincide con una explicación científica y él encuentra su estado insatisfactorio, buscará la ayuda de quien está oficial-

mente autorizado por la sociedad para determinar lo en definitiva. En nuestra sociedad, es el médico y, en consecuencia, la relación médico-paciente se concretiza³⁻⁴.

No obstante, algunos segmentos de la sociedad tienen una noción diferente de las causas de la enfermedad, dependiendo de ella el auto-diagnóstico y la terapia que estiman adecuados. Dependerá de aquella, asimismo, quién se estime capacitado para aplicar tal terapia, iniciándose la búsqueda del individuo no médico, que se percibe como preparado, entrenado o con poderes especiales.

Pero también se registra otra alternativa caracterizada por la coexistencia en el mismo individuo de nociones científicas y no científicas que usa paralelamente para distintos tipos de enfermedad, de modo tal que algunas caen dentro del ámbito de la terapia médica y otras, en el ámbito de la terapia no médica. Por eso es que se le ve recurrir en algunos casos al médico y en otros a individuos fuera de la profesión.

Las nociones no científicas, acerca de salud-enfermedad, no son únicamente la consecuencia de la ignorancia de conocimientos científicos. Los educadores saben la resistencia que ofrecen ciertas creencias aunque se esté en posesión de éstos. Los conceptos de salud-enfermedad se encuentran en íntima relación con otros valores de manera tal que su cambio significaría una reestructuración de todo un sistema conceptual en la medida que son interdependientes. Estas nociones se transmiten de generación en generación. Conscientemente, a través del grupo familiar y otras instituciones, e inconscientemente, a través de ciertos mecanismos. Este hecho, sin embargo, no explica en su totalidad la persistencia de las mismas y, por lo tanto, es preciso buscar, además, otras causas⁵⁻⁶.

Así, Child y Whiting encuentran en un estudio intercultural que las concepciones sobre enfermedad se encuentran ligadas a ciertas prácticas de crianza de los niños. Las creencias sobre enfermedad constituirían un canal a través del cual se expresan ciertas necesidades de la personalidad. De aquí que algunos individuos perciban la enfermedad como el castigo enviado por algún ser poderoso, huma-

no o no. En cambio, otras personalidades descargando la agresión interiormente, perciben la enfermedad como resultado de su propia culpabilidad ⁷.

Estos estudios se refieren a sociedades primitivas, pero estas formas de expresarse mediante la enfermedad se detectan también en nuestra sociedad en individuos que distorsionan los conceptos científicos de que están en posesión.

Si dos creencias se enfrentan en un individuo o en un grupo que no han puesto en duda, hasta el momento de esta oposición, su noción de salud-enfermedad, es posible que la introducción de los nuevos conceptos les cree inseguridad. Como consecuencia, se producirá el rechazo de los nuevos conceptos y la reafirmación y explicitación de los que se encontraban en vigencia.

Otra solución que puede darse es la aceptación parcial de las nuevas nociones y su alteración.

Es posible, también, que algunos individuos acepten en forma total los nuevos conceptos cuando se encuentran en una posición marginal a la sociedad. Esta aceptación les proporcionará un criterio de prestigio distintivo dentro de su grupo.

Analicemos el problema en las clases bajas donde existe una aparente conformidad con los valores oficiales de la sociedad mientras subyacen vigentes los valores de su propia sub-cultura. Superficialmente, entonces, pueden cumplir ciertas exigencias impuestas por la creencia mayoritaria sin llegar a comprometerse totalmente con ella. Por ejemplo, pueden cumplir con algunas obligaciones impuestas por los organismos de salud (Certificado de salud) porque constituyen un medio para satisfacer las demandas de tales instituciones y, no obstante, refieren el problema en sí a un curandero o a otro sujeto que ellos estiman de su confianza. Del mismo modo, ciertas consultas preventivas son cumplidas en cuanto ellas sirven como medio para obtener otros elementos (Control infantil para obtener leche) ⁹.

Los mismos factores que influyen en la definición de la enfermedad por el paciente, son

válidos para las personas que por determinadas circunstancias son llamadas a definir o a intervenir en la definición del estado de enfermedad del afectado. (Menores accidentados, estados comatosos, etc.) ⁸.

Es preciso tener en cuenta, también, que el impacto de las opiniones ajenas es importante aún para aquellos que se encuentran en estado de definir por sí mismos, considerando que hay personas muy sensibles a la influencia de terceros.

Decisión de buscar ayuda y elección del médico o de un tratante no médico.

Hecha la definición de enfermedad por el paciente, y de acuerdo con las perturbaciones que percibe, iniciará la búsqueda de ayuda que va desde el empleo de remedios caseros hasta la consulta de la o las personas que considera capacitadas para hacerlo. Estas personas son las oficialmente aceptadas por la cultura predominante, o las aprobadas por la sub-cultura a que pertenece el individuo. En nuestra sociedad, el médico corresponde a las primeras y, en algunos casos, el curandero a las segundas.

Sin embargo, puede que por presiones sociales, tales como obligaciones de trabajo, compromiso con familiares, etc., el afectado no busque ayuda de ningún tipo.

Lo expuesto nos puede servir para explicar algunos de los obstáculos con que se enfrenta la medicina preventiva, dado que muchos de sus objetivos requieren la participación efectiva de la población. Del mismo modo, en la práctica clínica, la cooperación del enfermo se da por supuesta y, no obstante, ella no se observa en la forma necesaria ¹⁰.

Se han intentado diversos caminos para lograr esta participación, sin resultados eficientes. Diversas investigaciones sociológicas y antropológicas lo prueban.

Estas búsquedas se han basado en supuestos sobre la conducta humana que son discutibles.

Algunos de estos supuestos son:

—la falta de participación en programas médicos y la persistencia de las creencias no

científicas sobre salud, se deben a la falta de información adecuada y, por lo tanto, la solución está en la transmisión de los conocimientos científicos en el envase más práctico y agradable posible;

—que la posesión de los conocimientos adecuados serán confrontados por el individuo con la realidad, en un proceso de vaivén, dando como resultado el rechazo de las creencias no científicas.

Ambos supuestos han sido controvertidos teniendo en cuenta que los sistemas de creencias están ligados a factores psicológicos y sociológicos, de modo tal, que sin la remoción de éstos no es posible modificarlos. Por lo tanto, la transmisión de información en cualquier envase que sea, no es lo determinante.

Además, aunque se obtenga la asimilación de la información, ésta puede aislarse en el individuo, manteniéndose sin confrontación con la realidad y sin cumplir la función cognitiva esperada.

Enfermedad y Factores Socio-culturales

Otro campo de interés que la sociología puede ayudar a clarificar, es el grupo de teorías que se refieren a la relación entre enfermedad y factores socio-culturales. Varios estudios se han centrado sobre el efecto de estímulos sociales y culturales en la génesis de las enfermedades. Por ejemplo, las tensiones que surgen de las incongruencias en la posición de un individuo; los procesos de emigración rápida; el contacto de poblaciones con nuevas formas culturales, etc.¹¹⁻¹². Los factores socio-culturales también han sido estudiados como elementos que actúan en la prolongación de la enfermedad.

Algunos autores, como Parsons, afirman que parte importante de la etiología de las enfermedades es debida a factores motivacionales, llegando a sostener que algunas personas, inconscientemente se exponen a injurias o infecciones como un medio de evadir las presiones sociales a que están sometidas. La tendencia a adoptar el papel de enfermo como una forma de evasión de responsabilidades y, por consiguiente, motivada, ha sido estudiada como una variable que se intercala

entre los impactos sociales y la enfermedad misma. No todos los individuos que sufren los mismos impactos consultan al médico. Aquellos que están fuertemente motivados, lo hacen con mayor asiduidad¹³⁻¹⁴.

Este pensamiento supone que el individuo "introyecta" los requerimientos de la sociedad y que el no cumplimiento es sentido como una desviación.

La relación entre los factores socio-culturales y la enfermedad se comprende mejor si intercalamos un concepto desarrollado por sociólogos y psicólogos: la Imagen Propia o Identidad.

El propio concepto en que se tienen el individuo o *Identidad*, refleja las apreciaciones que otros hacen de él. Esta imagen incluye no sólo la de su cuerpo sino que todos los conceptos que el individuo general al relacionarse con el ambiente. La *Imagen Propia* define su existencia en el espacio y el tiempo, de tal forma que al enfrentarse con situaciones cambiantes no deja de ser él mismo. La disolución de la Identidad produce ansiedad, un elemento de las enfermedades mentales y de gran número de las orgánicas.

La enfermedad, asimismo, al producir perturbaciones en el *auto-concepto*, puede desarrollar procesos mentales que acompañan y prolongan el desequilibrio orgánico¹⁵.

De una Identidad más o menos individualizada depende si una persona es más o menos susceptible a los impactos socio-culturales.

Tanto el médico clínico como el médico de salud pública, si tienen en cuenta estos factores de la enfermedad, podrán acelerar el proceso de restablecimiento o la prevención de un buen número de enfermedades.

La exposición, en este primer artículo, de algunas hipótesis extraídas de la teoría sociológica tiene el propósito de explicar que ésta puede jugar un papel colaborador del médico en la ampliación de sus conocimientos del hombre y en este caso, de las relaciones médico-paciente y de las relaciones con la comunidad a la cual contemplará en un sentido dinámico.

Finalmente, repetiremos, como ya se ha dicho en la primera parte de este trabajo, que

la teoría sociológica permite el planteamiento de investigaciones, cuyo aporte interdiscipli-

nario beneficiará tanto al médico como al Sociólogo.

BIBLIOGRAFIA

1. READER, GEORGE G. y GOSS, MARY E. W. *The Sociology of Medicine*. Sociology Today, Robert K. Merton y otros (Eds.) Basic Books, New York, 1961, págs. 229-246.
2. STRAUSS, ROBERT Y CLAUSEN, JOHN A. *Health, Society, and Social Science*. The Annals, Vol. 346 (Marzo 1963). págs. 1-8.
3. KOOS, EARL L. *The Health of Regionville*. Columbia University Press, New York, 1954.
4. APPLE, DORRIAN; *How Laymen define Illness*. Journal of Health and Human Behavior, Vol. 1 (Otoño de 1960), pág. 219.
5. PAUL, BENJAMÍN D. *Anthropological Perspectives on Medicine and Public Health*. The Annals, Vol. 346 (Marzo 1963). págs. 34-43.
6. WELLIN, EDWARD. *Water Boiling in a Peruvian Town*. Health, Culture and Community, B. D. Paul (ed.) Russell Sage Foundation, New York, 1955.
7. WHITING, JOHN W. M. y CHILD, IRVIN L. *Child Training and Personality*. Yale University Press, New Haven, 1953.
8. STRAUSS, ROBERT, *Some Sociocultural Considerations in the Care of Patients with Myocardial Infarction*. Journal of Health and Human Behavior, Vol. 1 (Verano, 1960). págs. 119-122.
9. OSSENBERG, RICHARD J. *The Experience of Deviance in the Patient-Role: a Study of Class Differences*. Journal of Health and Human Behavior, Vol. 3 (Invierno, 1962). págs. 277-282.
10. ELLING, RAY. *Patient Participation in a Pediatric Program*. Journal of Health and Human Behavior, Vol. 1 (Otoño, 1960). págs. 183-191.
11. READER, GEO G. *Socio-economic Effect of Heart Disease*. Soc. Probs. 4 (1956), págs. 51-55.
12. KING, STANLEY H. *Psychosocial Factors Associated with Rheumatoid Arthritis*. J. Chronic Diseases, 2 (1955). págs. 287-302.
13. PARSONS, TALCOTT, *The Social System*. FREE Press, Glencoe, 1951.
14. MECHANIC, DAVIC y VOLKART, EDMUND H. *Stress, Illness Behavior and the Sick Role*. American Sociological Review, Vol. 26 (February 1961). págs. 51-58.
15. LITMAN, THEODOR J. *The Influence of Self-Conception and Life Orientation Factors in the Rehabilitation of Orthopedically Disabled*. J. of Health and Human Behavior, Vol. 3 (Invierno 1962). págs. 249-257.