

Taller de

Acompañamiento al estudio de las carreras de MEDICINA

**Universidad
Nacional
de José C. Paz**

**EJEMPLAR
GRATUITO**

CICLO DE INICIO UNIVERSITARIO 2024

ANEXO PARA EL TALLER DE ACOMPAÑAMIENTO PARA ESTUDIANTES DE MEDICINA

Les damos la bienvenida al cuadernillo de ejercicios y textos que utilizaremos para trabajar en el Taller de Acompañamiento al Estudio de la carrera de Medicina en el Ciclo de Inicio Universitario 2024. El estudio de una carrera universitaria requiere del desarrollo de algunas técnicas y estrategias que nos permitan mejorar nuestras habilidades y optimizar el tiempo que disponemos. Esperamos que estos insumos y los ejercicios que realicen les permitan ir adquiriendo algunas herramientas para el estudio y que puedan encontrar el método apropiado para cada una y cada uno de ustedes.

El cuadernillo está dividido en tres partes:

La primera parte contiene algunos ejercicios que realizaremos en clase, y que serán algo así como “calentar los motores” para encarar lecturas más complejas.

La segunda parte presenta algunos textos de las ciencias de la salud que serán los materiales con los que trabajarán en los encuentros presenciales.

La tercera parte contiene algunos artículos periodísticos que utilizaremos más adelante en el taller cuando trabajemos la especificidad de los textos científicos y académicos.

1. Ejercicios para determinar el tema y las ideas principales de los textos

Consigna 1:

- 1) Leé los siguientes copetes aparecidos en el diario Página 12 el 28 de julio de 2007.
- 2) Señalá cuál de ellos podría pertenecer a la nota titulada “Los expertos en metegol dieron cátedra y hasta una exhibición”.
- 3) Justificá por escrito la elección.

El tradicional metegol cuenta con una federación nacional, que este fin de semana organiza un certamen en diferentes categorías, desde sub 12 hasta duplas de padre e hijo. Para esta edición se esperan más de 800 participantes.

Frente a dirigentes políticos y empresarios locales que participaron del Congreso, el expresidente de Brasil dio cátedra en relación a cómo construyó política desde su origen de pobreza.

Lo que para muchos es sólo un pasatiempo y para otros una pasión representa una disciplina que ya va por su segundo campeonato mundial. Los especialistas argentinos dieron una charla pública.

Por la mañana, en el hotel Hilton de Buenos Aires, las candidatas harán las presentaciones de rigor, luego los electores emitirán sus votos en forma secreta y, por la tarde, se anunciará el nombre de la sede de los Juegos Olímpicos 2020.

Consigna 2:

- 1) Leé los siguientes copetes aparecidos en el diario Página/12 el 2 de junio de 2013.
- 2) Señalá cuál de ellos podría pertenecer a la nota titulada “Efecto espuma”.
- 3) Justificá por escrito la elección.

Están los que se animan a producir para vender. Están los que convierten una casona en un bar de cervezas. Y están los que la cocinan en sus casas, porque sí, porque les gusta. La demanda y el público de cervezas gourmet crece un 20 por ciento cada año.

En la costa norte de Mar del Plata, la Escuela Náutica “La nueva ola” enseña a los chicos de los barrios Camet y La Dalia deportes acuáticos. Son 34 varones y 6 chicas de entre 9 y 15 años, coordinados por cuatro profesores.

Las llamas tienen una temperatura de mil grados. Pero la boca del pozo, del tamaño de un CD, se mantiene a 200 por el burbujeo del agua que los bomberos lanzan sin parar: 225 mil litros por hora.

Un estudio llevado a cabo en Australia demuestra que los hombres de hoy prefieren usar afeitadoras eléctricas en lugar de la clásica navaja con espuma de afeitar. El tiempo y la comodidad son factores determinantes de ese cambio.

Consigna 3:

- 1) Lee los siguientes resúmenes de libros.
- 2) De los títulos que aparecen a continuación, elegí el que corresponda para cada resumen.
- 3) Subrayá las pistas del resumen que te hayan ayudado a elegir el título.

Títulos posibles:

- A. Tú y yo
- B. Plata quemada
- C. Aráoz y la verdad
- D. El equipo de los sueños

Resúmenes:

Ariel tiene 14 años y una vida dedicada a la escuela, los amigos y el fútbol. Una vida tranquila, hasta que comienza a trabajar en una verdulería cerca de uno de los barrios más pobres de Buenos Aires. Allí conocerá a la chica de su vida, que le embarcará en una peligrosa aventura: rescatar de las manos de unos delincuentes la primera pelota con la que jugó al fútbol Diego Maradona. Ariel y sus mejores amigos tendrán que enfrentarse a los riesgos de la marginalidad y de una policía violenta. Deberán atravesar las pruebas y tentaciones sin perder la valentía y el buen humor. Todo sea por ser fieles a sus principios, a la amistad, a las chicas y a la pasión que les despierta un buen remate, un gol agónico en el último minuto.

Ahora les proponemos realizar algunas lecturas para ejercitar el modo en que seleccionamos la información que es relevante

Consigna 4:

- 1) Lee el siguiente texto.
- 2) Respondé las preguntas que aparecen a continuación.

La enfermedad de Cotard

Si elaboráramos una lista de las enfermedades mentales más raras, entre las situadas en lo más alto del listado figuraría el síndrome de Cotard. Se llama también síndrome de zombi, delirio de negación o alucinación nihilística.

Este síndrome se produce cuando una persona cree que ha fallecido, que no existe, que su alma le ha abandonado y su cuerpo está pudriéndose o ha perdido un órgano vital o toda la sangre. Según Ramachandran, el síndrome de Cotard “es una enfermedad en la que el paciente afirma que está muerto, clamando que huele a carne podrida o que tiene gusanos deslizándose sobre su piel”. Se ha relacionado con otros trastornos del sistema nervioso como la esquizofrenia, la depresión o el trastorno bipolar.

Algunas personas con este síndrome pierden el contacto emocional con el mundo y pueden tener comportamientos suicidas porque al estar “muertos” nada cambia si ponen en peligro su vida y, por creer que ya murieron, se consideran inmortales.

- A. ¿Cuál de las tres informaciones subrayadas es la más importante? ¿Por qué?
- B. ¿Cuál de las tres informaciones subrayadas es la menos importante? ¿Por qué?

C. ¿Qué otro título le pondrías para que se comprenda mejor de qué se trata el texto?

- La base de la esquizofrenia
- El síndrome del zombi
- El cuerpo en acción
- Delirios de Ramachandran

Consigna 5:

Los médicos han estimado que existen alrededor de unas 6000 enfermedades raras que afectan a un número reducido de personas en distintas partes del mundo. A continuación, te presentamos algunas de ellas.

- 1) Leé las siguientes descripciones de enfermedades rarísimas, tomadas de Wikipedia.
- 2) Resolvé las consignas que se presentan a continuación de cada descripción.

La Pica

La pica es un trastorno de la ingestión y de la conducta alimentaria. Es una variante de un tipo de trastorno alimentario en el que existe un deseo irresistible de comer o lamer sustancias no nutritivas como tierra, tiza, yeso, virutas de la pintura, bicarbonato, almidón, pegamento, moho, ceniza de cigarrillo, insectos, papel o cualquier otra cosa que no tiene, en apariencia, ningún valor alimenticio.

- A. Subrayá la información que pueda ser eliminada sin alterar la comprensión del fragmento anterior.
- B. Justificá la elección.

Mal de Capgras

(1) El mal de Capgras es un trastorno mental que afecta la capacidad de identificación del paciente. (2) Es decir que este cree que una persona, generalmente un familiar, es reemplazada por un impostor idéntico. Esta enfermedad está relacionada con la pérdida del reconocimiento emocional de los rostros familiares. (3) Hay también casos de pacientes que tienen convicción de que su mascota, coche, silla, etc., han sido cambiados por una réplica exacta.

C. ¿En cuál de los lugares indicados en el texto anterior con número incluirías la siguiente información: “Su causa podría ser una desconexión entre el sistema de reconocimiento visual y la memoria afectiva”? ¿Por qué elegiste ese lugar?

Síndrome de Stendhal

El síndrome de Stendhal es una enfermedad psicosomática que causa un elevado ritmo cardíaco, vértigo, confusión e incluso alucinaciones cuando el individuo observa obras de arte, especialmente cuando estas son particularmente bellas o están expuestas en grandes cantidades en un mismo lugar. Se le denomina así por el famoso autor francés del siglo XIX Stendhal, quien dio una primera descripción detallada del fenómeno que experimentó en su visita a la Basílica de la Santa Cruz en Florencia.

- D. Subrayá la información que pueda ser eliminada sin alterar la comprensión del fragmento.
- E. Justificá la respuesta.

2. Textos sugeridos para ejercicios

¿POR QUÉ LA EQUIDAD EN SALUD?

Amartya Sen¹

Equidad en salud y justicia social

En un trabajo anterior, publicado hace unos 10 años, traté de sostener que en el mundo contemporáneo ninguna teoría de la justicia podría tener verdadera credibilidad si no valorara la igualdad en algún espacio, en un espacio que esa teoría considerara importante. Un defensor del igualitarismo de ingresos, un paladín de la democracia, un liberal y un conservador defensor del derecho a la propiedad pueden tener distintas prioridades, pero todos quieren igualdad en algo que consideran valioso, de hecho fundamental, en su respectiva filosofía política. El defensor del igualitarismo de ingresos valorará la distribución igualitaria de los ingresos; el demócrata comprometido insistirá en la igualdad de derechos políticos para todos; el liberal decidido demandará igualdad de libertades, y el conservador defensor del derecho de propiedad insistirá en que todos tienen el mismo derecho a usar las propiedades que tengan. Todos ellos valoran mucho, y no de forma accidental, la igualdad en relación con alguna variable que ocupa una posición central en sus respectivas teorías de la justicia. (...)

De hecho, como idea abstracta, la igualdad no tiene mucha fuerza, y el trabajo real comienza con la especificación de qué es lo que hay que igualar. El paso fundamental consiste, pues, en especificar el ámbito en el que hay que buscar la igualdad y las reglas a seguir para definir lo equitativo en los aspectos tanto agregativo como distributivo. Las respuestas a preguntas como “¿igualdad de qué?” y “¿equidad de qué forma?” dependen del contenido de las respectivas teorías. Es aquí donde la salud adquiere un carácter crítico, haciendo que la equidad en salud sea fundamental para entender la justicia social. Sin embargo, es importante entender que la salud participa en el ámbito de la justicia social de varias formas distintas y que no todas proporcionan exactamente la misma lectura de acuerdos sociales particulares. En consecuencia, la equidad en salud es inevitablemente multidimensional. (...)

¿Cuáles son entonces las distintas consideraciones? Primero, la salud es una de las condiciones más importantes de la vida humana y un componente fundamental de las posibilidades humanas que tenemos motivos para valorar. Ninguna concepción de la justicia social que acepte la necesidad de una distribución equitativa y de una formación eficiente de las posibilidades humanas puede ignorar el papel de la salud en la vida humana y en las oportunidades de las personas para alcanzar una vida sana, sin enfermedades y sufrimientos evitables ni mortalidad prematura. La equidad en la realización y distribución de la salud queda así incorporada y formando parte integral de un concepto más amplio de la justicia.

Lo que es particularmente grave como injusticia es que algunos pueden no tener la oportunidad de alcanzar una buena salud debido a acuerdos sociales y no, digamos, a una decisión personal de no preocuparse particularmente por su salud. En este sentido, una enfermedad que no es prevenida ni tratada por motivos sociales (digamos por la pobreza o por la fuerza aplastante de una epidemia), y no por una elección personal (como el tabaquismo y otros comportamientos de riesgo de los adultos), tiene una repercusión particularmente negativa en la justicia social.

¹ Sen, A. (2002). ¿Por qué la equidad en la salud? *Rev Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health* 11(5/6). (Fragmento)

USOS Y ABUSOS DE LA MEDICALIZACIÓN EN EL CONSUMO DE DROGAS: SOBRE ECONOMÍAS, POLÍTICAS Y DERECHOS

María Epele²

Introducción

Desde sus primeras definiciones en la década de 1970, la noción de medicalización conmovió las perspectivas críticas de las ciencias sociales y antropología sobre los procesos de salud/enfermedad (Conrad, 1975; Conrad y Schneider, 1980; Illich, 1975). El reconocimiento de la progresiva extensión de la biomedicina a problemas de la vida cotidiana antes gobernados por otras instituciones y tradiciones, puso de relieve que dichas perspectivas debían reformularse para incluir en los análisis de los padecimientos las características y consecuencias de este proceso. Desde entonces, y al tiempo que la medicalización iba asumiendo nuevas estrategias y tácticas, el tipo de problemas subsumidos por la biomedicina y la llamada teoría de la medicalización han sufrido modificaciones significativas.

La medicalización del consumo de drogas, es decir, hacer del uso de drogas una “enfermedad” que se corresponde con un saber y un tratamiento médico, fue categorizado como uno de los casos paradigmáticos de control social a través de la biomedicina (Conrad y Schneider, 1980; Appleton, 1995). Sin desconocer la dimensión del control, los estudios contemporáneos sobre el consumo de drogas incluyen el análisis de la medicalización dentro y en relación a un conjunto más amplio y complejo de procesos, saberes, prácticas y políticas (Aureano, 2003; Bourgois, 2000; Epele, 2003). Concretamente, incluyen no sólo la criminalización del consumo de drogas, sino también las características que asume desde el capitalismo neoliberal y sus consecuencias para aquellas poblaciones vulnerables que se convierten en objeto privilegiado de estos saberes, prácticas y políticas.

Partiendo de las perspectivas críticas que en antropología investigan el uso de drogas a través de los procesos de desigualdad y marginación del capitalismo contemporáneo (Singer, 1994; Bourgois, 1995; Carlson, 1994; Connors, 1996; Epele, 2002), el objetivo de este trabajo consiste en analizar la medicalización del consumo de drogas, sus articulaciones con el proceso de criminalización y sus consecuencias para el ejercicio del derecho a la salud de los usuarios/as de poblaciones vulnerables.

Diversos autores han señalado los modos en que la tensión, conflicto y superposición entre “enfermedad” y “delito” en el consumo de drogas se entrelazan con la desigualdad, la pobreza y la marginación social, produciendo condiciones de fragilidad corporal, emocional, vincular y de ciudadanía (Bourgois, 2000; Kleinman, 1995; Baer et al., 1997; Koester, 1994). El consumo de drogas y sus consecuencias para el bienestar, la salud y la supervivencia en estos contextos sociales no pueden disociarse, entonces, de la mala calidad de las sustancias, las fragilidades corporales relacionadas con la cronificación de la pobreza, las características de la criminalización y represión del consumo, los tipos de tratamientos disponibles, los modos de participación directa e indirecta de los usuarios/as en actividades ilegales y los procesos y lógicas de violencia a las que se ven sujetos (Bourgois, 2005; Epele, 2003).

Teniendo en cuenta el amplio espectro de daños sociales, subjetivos y corporales experimentados por los usuarios/as de drogas de estos conjuntos sociales, el análisis de la medicalización del uso de drogas requiere despejar, a su vez, el problema del derecho a la salud de los usuarios/as. Mientras que la medicalización implica la individuación, causación biológica y/o psíquica y el tratamiento del consumo como patología, el derecho a la salud refiere a la accesibilidad, disponibilidad de saber experto e intervenciones adecuadas para el alivio de los malestares y padecimientos, relacionados o no con el uso de drogas (UN, 2000; CELS, 1999; Goodale, 2006; Rossi et al., 2007).

A través del examen de un caso documentado en la investigación etnográfica de consumo de drogas llevada a cabo con redes sociales en el sur del Gran Buenos Aires, examino las consecuencias de la confusión estratégica de la medicalización y el derecho a la salud, resultado de la conformación del dispositivo policial-judicial-sanitario en esta área geográfica en la década de 1990 (Epele, 2007). Específicamente, analizo los modos en que este dispositivo ha multiplicado

² Epele, M. (2010). Usos y abusos de la medicalización en el consumo de drogas: Sobre economías, políticas y derechos. En Cannellotto, A. y Luchtengerg, E. (Coords.). *Medicalización y sociedad: lecturas críticas sobre un fenómeno en expansión*. San Martín: UNSAM edita. (Fragmento)

las barreras de acceso al sistema de salud y ha descentrado el alivio de los malestares y dolencias en el acto terapéutico. Desdibujando el derecho a la salud, las complejas relaciones entre medicalización y criminalización han profundizado la vulnerabilidad de salud y los peligros para los usuarios/as de estas poblaciones.

Economías, políticas y drogas: Una mirada antropológica

Las investigaciones contemporáneas sobre el uso y abuso de drogas incluyen diversas perspectivas, orientaciones y metodologías. La biomedicina, epidemiología, psicología, salud pública, ciencias sociales y antropología son las principales disciplinas científicas que integran estas investigaciones.

Con algunos antecedentes en el curso del siglo XX, la progresiva constitución de un campo de estudios actuales sobre el uso de drogas en ciencias sociales –y antropología en particular– ha resultado de la confluencia y articulación de dos orientaciones de análisis. En primer lugar, el desarrollo de estos estudios estuvo estrechamente asociado con la emergencia y rápida expansión de la epidemia del VIH-SIDA (Singer, 1994; Epele, 2002, 2003). Debido a la estrecha relación entre diseminación del virus del VIH y uso inyectable de drogas, esta práctica de consumo –al igual que las características de las redes sociales en que la inyección de drogas está incluida– ha concentrado gran número de investigaciones (Koester, 1994; Bourgois y Bruneau, 2000; Connors, 1996; Des Jarlais et al., 1995; Lurie, 1995; Parker et al., 2000). La ineficacia de los programas preventivos basados en la información y la torsión ideológica de la perspectiva culturalista sobre el comportamiento, hicieron necesario integrar la relación entre consumo de drogas e infección del VIH-SIDA al marco de los procesos económicos y políticos del capitalismo neoliberal. A medida que el VIH-SIDA fue fluyendo a través de las grietas y fracturas sociales trazadas por las etnias, los géneros, las clases sociales, la territorialización de los espacios y la diferenciación entre países, esta epidemia fue señalando nuevos mapas y zonas de concentración de vulnerabilidad social y de salud generadas por el capitalismo globalizado. En estas zonas de alta vulnerabilidad, se volvió imperativo entender los modos en que el consumo de drogas participa en la producción de malestares, enfermedades, sufrimientos, muerte joven y hasta nuevos órdenes de marginación y vulnerabilidad.

La segunda orientación incluye aquellas investigaciones cuyo objetivo consiste en esclarecer las nuevas formas de la pobreza, exclusión y vulnerabilidad social, así como los movimientos y organizaciones de resistencia y protesta vinculados a las consecuencias del capitalismo neoliberal. Todos ellos encontraron en las drogas, directa o indirectamente, un problema difícil de eludir (Bourgois, 1995; Isla, 2005; Kessler, 2002; Auyero, 2003; Svampa, 2000). Esto se debe a que la conjunción de drogas y pobreza define uno entre tantos núcleos contradictorios que el capitalismo neoliberal impuso en las poblaciones marginalizadas: la rápida expansión del consumo –en este caso de drogas– en un contexto de profundización acelerada de la precariedad de las condiciones de vida (Epele, 2002). La introducción de las drogas en el análisis ha aportado al entendimiento de los modos en que las reformas estructurales han promovido el desarrollo de nuevas zonas de abandono y desamparo social, en las que se concentran formas inéditas de vulnerabilidad social, nuevas economías informales e ilegales, redefiniciones de las identidades locales y políticas de criminalización y represión (Epele, 2007).

El fundamento teórico de este trabajo es el resultado de la conjunción de estas dos líneas argumentales: por un lado, la perspectiva crítica que en antropología aborda el uso de drogas en contextos de pobreza y marginación social. Desde este enfoque, los patrones de vulnerabilidad social y en salud entre usuarios/as de drogas de poblaciones marginalizadas se articulan con los procesos de desigualdad social vinculados a las economías y políticas estructurales. Es decir, las experiencias y narrativas de los malestares, dolencias y sufrimientos de los usuarios/as de drogas materializan los modos en que no sólo la desigualdad y la pobreza, sino también la criminalización y medicalización, atraviesan las dinámicas locales de poder, las lógicas de violencia, las relaciones de género-sexualidad y los patrones de morbi-mortalidad de estas poblaciones. Por otro lado, al incluir las perspectivas de los actores sociales, esta aproximación privilegia –tanto en la documentación como en el análisis– la voz de los propios sujetos que usan drogas y la mirada que ellos tienen sobre sus propias prácticas y modos de vida.

Frente a los modelos tradicionales de estudio de las adicciones, la presente mirada hace posible elaborar un mapa de las principales dimensiones (económicas, políticas, legales, sociales) que en aquellos micro-contextos de consumo intensivo de drogas intervienen en la producción de condiciones de fragilidad social, corporal, emocional, social y de ciudadanía.

Dentro de esta orientación, medicalizar las fragilidades y malestares vinculados al consumo de drogas en estas poblaciones no puede dissociarse de la complejidad de dichos procesos, de sus cambios en el tiempo y de la diversidad de estrategias por las que operan regional y localmente. Así, el análisis crítico de la medicalización hace posible esclarecer los modos en que el control, la vigilancia y el disciplinamiento se articulan (por combinación, superposición, tensión y conflicto) con la rehabilitación compulsiva, la persecución, la represión y el encarcelamiento, dependiendo de las políticas de salud, las estrategias de judicialización del consumo de drogas y las economías de marginación que operan en cada región, país y localidad (Epele, 2007; Bourgois, 2000; Tiscornia, 2000). De este modo y en estos contextos sociales, la medicalización del consumo de drogas no sólo no se puede dissociar de las estrategias de criminalización y de represión, sino que además continúa y profundiza la ya antigua tradición de patologización y criminalización de la pobreza.

Esta perspectiva socio-antropológica sobre el consumo de drogas requiere la inclusión de un último elemento de análisis. Estoy haciendo referencia al problema de la ciudadanía y del derecho a la salud que padecen los usuarios/as de drogas (Farmer, 2003; Goodale, 2006; Speed, 2006; UN, 2000; CELS, 1999, 2005). La adopción de esta perspectiva es particularmente pertinente para el abordaje de la problemática en las sociedades latinoamericanas y argentina en particular. Con la dualización de las sociedades, las reformas estructurales neoliberales modificaron las condiciones de legalidad, de justicia y de ejercicio de derechos para sectores mayoritarios de la población (Reguillo, 2005). En estos sectores, el problema de la ciudadanía para los usuarios/as de drogas se presenta en relación a las siguientes dimensiones: la legitimidad de la intervención del Estado en el dominio de la soberanía de prácticas auto-referenciales relativas al propio cuerpo; la legitimidad y eficacia de la rehabilitación compulsiva; las consecuencias sociales de la judicialización de la tenencia de sustancias; las características diferenciales de la criminalización en relación a la clase social, identidad étnica, género y edad; los abusos en la represión policial respecto del uso de drogas y las políticas de la reducción de daños (Aureano, 2003; Rossi et al., 2007; Touzé, 2006; Epele y Pecheny, 2007; Flom et al., 2006; Friedman et al., 2007).

Sin embargo, el derecho a la salud –es decir, el derecho al acceso y a la asistencia de malestares y padecimientos vinculados directa o indirectamente al uso de drogas– queda desdibujado en la tensión y coordinación entre la criminalización y la medicalización del uso de drogas. Por esta razón, al incluir el derecho de la salud en la agenda, el análisis de la medicalización del consumo de drogas tiene como desafío esclarecer los modos por los que este proceso, en vez de promover el bienestar y la salud, termina profundizando y multiplicando los daños, dolencias y peligros para la supervivencia de los usuarios/as.

Medicalización y consumo de drogas

Desde sus primeras definiciones en la década de 1960, la noción de medicalización identifica un proceso por medio del cual problemas, experiencias y áreas de actividad no médicas son progresivamente conceptualizados en términos de enfermedad o de desórdenes, y/o incluidos en la jurisdicción de los saberes y prácticas de la biomedicina (Zola, 1972; Illich, 1975; Conrad, 1975, 1992, 2007).

El supuesto general de esta perspectiva consiste en que no toda entidad que es tratada como una enfermedad es un problema médico. Ya sea conceptualizada como tesis o como teoría, la medicalización como proceso pasó a integrar las perspectivas críticas que en ciencias sociales en general y en antropología en particular abordaban el proceso de salud/enfermedad (Ballard, 2005; Conrad, 2007; Williams y Calnan, 1996).

En sus diferentes acepciones, la noción de medicalización incluye dimensiones y procesos que desde un marco analítico crítico estudian el capitalismo contemporáneo: imperialismo, alienación, control social, desigualdad, hegemonía, mercantilización, reificación, objetivación, exclusión y vulnerabilidad, entre los principales (Illich, 1975; Menéndez, 1990; Foucault, 1990).

Al ritmo que el capitalismo contemporáneo iba adoptando nuevas formas, dinámicas y escalas, el proceso de medicalización ha variado sus prácticas, saberes y estrategias, así como las clases y cantidad de problemas que incorpora. Por lo tanto, la medicalización es en plural, ya que ha presentado variaciones no sólo en su campo semántico y conceptual y en las características de los procesos, políticas, técnicas y saberes por las que se lleva a cabo, sino también en sus consecuencias respecto de la salud, bienestar y supervivencia para los sujetos y las comunidades. En su análisis sobre los cambios que la medicalización y los estudios sobre este proceso han experimentado en las últimas cuatro décadas, Conrad (2007) señala las transformaciones

históricas desde los primeros estudios sobre la desviación hasta las investigaciones actuales sobre las industrias farmacéuticas. El rol de diferentes actores e instituciones sociales (médicos, academias, movimientos sociales y organizaciones de pacientes, industria farmacéutica) ha cambiado, como también los problemas que han sido subsumidos al lenguaje y lógica de la biomedicina (alcoholismo, desórdenes mentales, adicciones, diferencias sexuales de género, problemas de aprendizaje, abuso infantil, vejez, muerte) (Halpern, 1990; Lock, 2001; Irving, 1995; Scott, 1990; Barsky y Boros, 1995).

Dentro de la amplia gama de problemas que han sido incluidos en el paradigma médico, el consumo de sustancias psicoactivas pone en evidencia particularidades que pueden quedar oscurecidas en otros casos. En primer lugar, la historia de la medicalización del uso de drogas deja expuesta claramente la ausencia de una relación “necesaria” entre biomedicina y consumo de sustancias psicoactivas (Conrad y Schneider, 1980). Más aún, es posible reconocer la alternancia y superposición de las categorías de “enfermedad” y “delito” para el uso de determinadas sustancias. Esta historia señala, a su vez, la inicial y creciente participación de la industria farmacéutica en la producción de sustancias consideradas “drogas” (morfina, cocaína, heroína, metadona, psicotrópicos, etcétera), algunas de ellas incluso diseñadas para la “cura” de la adicción provocada por otras (Bourgois, 2000). Crónicas históricas de determinadas sustancias, por ejemplo la cocaína, tienen trayectorias complejas: desde el uso medicinal y las prácticas informales de reducción de daños por parte de los propios usuarios/as, hasta su inclusión progresiva o abrupta en el dominio de la ilegalidad.

Sin embargo, la dependencia –es decir, el reconocimiento de la experiencia de ciertos malestares para algunos o muchos usuarios/as que suspendían el consumo de ciertas sustancias– promovió y legitimó el desarrollo de complejas estrategias de medicalización. Así, la medicalización de la dependencia, de la adicción y su “cura”, no sólo busca el control de las prácticas de consumo, sino que también está articulada –a través de la criminalización– a la penalización, dependiendo de la región, de la distribución, tenencia y consumo de diversos tipos de sustancias (Epele, 2002).

Por esta razón, la medicalización del consumo de drogas fue considerada desde los inicios de las investigaciones acerca de este proceso como el modelo paradigmático de la medicalización de la “desviación”, es decir, como un ejemplo en el que la medicina es pivote estratégico del control social (Conrad y Schneider, 1980; Zola, 1972; Menéndez, 1980). En la medicalización del consumo de drogas hacen pie tecnologías políticas de control que se han vuelto dominantes en el capitalismo neoliberal (Foucault, 1987, 1989, 1990). Estas tecnologías acusan, culpan, persiguen, reprimen, encierran, disciplinan, sujetan, medican el consumo, pero ni lo “curan”, ni dan respuesta a los malestares sociales que en contextos de opresión hacen –frecuentemente– del uso de drogas, un dominio más en que las dependencias y abusos son experimentados.

Usos y abusos de la medicalización entre usuarios/as de poblaciones vulnerables

Para analizar las “adicciones” como un asunto de la medicina, se hace necesario interrogar las características de estos saberes y prácticas. En lugar de hablar de medicina, vamos a hablar de biomedicina. Agregar el prefijo bio implica incluir, además de la práctica y la institución médica, un saber, la biología. La biología como ciencia ofrece la garantía de facticidad de lo normal y lo patológico, es decir, otorga la legitimidad del conocimiento “objetivo” acerca de la realidad del cuerpo, al mismo tiempo individual y universal (Good, 1994).

De acuerdo a la medicina (sus variantes y derivaciones), los trastornos relativos al consumo de drogas que son susceptibles de ser integrados en su dominio son la adicción y el abuso sistemático de sustancias, no el uso de drogas en general, ocasional y recreativo. En la actualidad, el término “adicciones” define un campo de estudios que incluye la bioquímica y fisiología de las sustancias, la epidemiología, la psiquiatría, la perspectiva psico-social y de salud pública, entre las principales (Menéndez, 1992). Aun reconociendo la multiplicación de nociones (tolerancia, dependencia, adicción, abstinencia, mal uso, etcétera), así como la progresiva identificación de procesos y mecanismos de funcionamiento y de las propiedades de las sustancias, estos desarrollos no han arribado a un conocimiento preciso basado en los criterios científicos acerca de las causas de la adicción y de modelos de “tratamiento” y “rehabilitación” con resultados garantizados. El encierro institucional, la comunidad terapéutica, los psicofármacos, la terapia psicológica o psicoanalítica, narcóticos anónimos, laborterapia, tratamientos ambulatorios, incluso la conversión religiosa, conforman un conjunto heteróclito de saberes, prácticas e intervenciones sobre el comportamiento, la subjetividad y la autonomía de los usuarios/as de drogas (Epele, 2007). Es decir, el análisis de los saberes sobre las adicciones no puede llevarse a cabo en abstracto. Estos

saberes se materializan en intervenciones que toman a ciertas poblaciones como objeto privilegiado de aplicación.

En aquellas sociedades, como la argentina, en que la tenencia de drogas para consumo está penalizada, la diferenciación entre uso, abuso, dependencia y adicción –o incluso su posibilidad– en usuarios/as de conjuntos sociales vulnerables, es llevada a cabo, generalmente, vía judicialización (Epele, 2007; Rossi et al., 2007). Es decir, la penalización de la tenencia de drogas y/o la evidencia de vínculos con drogas u otras actividades ilegales, se convierte en la instancia previa a la evaluación del tipo de consumo y, de forma consiguiente, del tipo de intervención requerida. En este contexto, la categorización de “enfermedad” y/o “delito”, la rehabilitación compulsiva, el encierro en el penal, la sujeción a las reglas de las comunidades terapéuticas y la medicación de la abstinencia se convierten en técnicas biopolíticas (Dreyfus y Rabinow, 1990). De forma aislada o conjunta, medicalización y criminalización regulan tanto los usos y controles sobre los cuerpos individuales y sociales, como la legitimidad, autonomía y legalidad de las prácticas que con ellos se lleva a cabo. Asimismo, regulan los saberes y las instituciones que participan en la construcción del “adicto” como problema y la dispersión de los usuarios/as en el espacio urbano y nacional.

Sin embargo, cuando incluimos los procesos de desigualdad y marginación, las economías de marginación, las coordinadas de las poblaciones sobre las que estas políticas están principalmente dirigidas –es decir, aquellos usuarios/as que viven en condiciones de pobreza y vulnerabilidad social–, el análisis pone al descubierto una de las técnicas por las que la medicalización trabaja en las sociedades contemporáneas. Aunque generalmente considerado “más benigno” y en las perspectivas críticas “el mal menor”, el proceso de convertir el uso de drogas en un problema médico, psiquiátrico y psicológico no es ajeno, se vincula y en ocasiones es subsidiario de las políticas públicas que criminalizan el consumo de drogas (Bourgois, 2000). Diversos estudios en antropología y sociología sobre el uso de drogas en estas poblaciones han señalado la amplia gama de malestares, dolencias, enfermedades, riesgos y peligros para la supervivencia que experimentan la mayoría de los usuarios/as de drogas (Baer et al., 1997; Bourgois, 1998; Epele, 2003). Lejos de negar los daños y fragilidades corporales, emocionales y vinculares que el consumo de drogas provoca en contextos de pobreza y marginación, estas investigaciones muestran cómo la vulnerabilidad social de los usuarios/as se transforma en vulnerabilidad en salud y peligros para la supervivencia. En este sentido, el problema del consumo de drogas en dichas poblaciones queda entramado en un complejo de múltiples procesos. Desde la mala calidad de las sustancias accesibles “para pobres”, la precariedad de las condiciones en las que se lleva el consumo, el incremento de los peligros que para la supervivencia impone la persecución y represión frecuentemente abusiva por parte de los aparatos policiales, la participación directa o indirecta de los usuarios/as en actividades de las economías ilegales, la discriminación, estigma y criminalización de los usuarios/as como barreras de acceso al sistema de salud y la mayor exposición de los usuarios/as a enfermedades infecciosas, hasta la mayor o menor participación en complejos circuitos y escaladas de violencia familiar, entre bandas locales y barriales: dentro de este entramado se hace difícil diferenciar los malestares y dolencias que son producto del consumo de drogas de aquéllos que son consecuencia de las dinámicas sociales, económicas y políticas. En el caso de sobredosis, por ejemplo, la combinación entre la calidad de las “drogas para pobres”, la mezcla de sustancias en ocasiones desconocidas y la precariedad de los contextos de consumo, hace imposible desvincular este típico problema –relacionado directamente con el consumo de drogas– de las dinámicas sociales en las que tiene lugar. Además, y como ha sido particularmente evidente en las investigaciones acerca de la epidemia del VIH-SIDA y uso de drogas en estos conjuntos sociales, las políticas de sesgo prohibicionista, aun aquellas basadas en la categorización del consumo de drogas como “enfermedad”, participaron en la diseminación del VIH-SIDA entre usuarios/as de drogas a través de la multiplicación de obstáculos y distancias en el acceso al sistema de salud y, por lo tanto, en la generalización de muerte por SIDA entre los jóvenes usuarios/as de drogas.

Partiendo de esta perspectiva, la medicalización del consumo de drogas, con sus diversos modos de articulación con la criminalización, categoriza, regula y transforma problemas, malestares y diversos daños relacionados con la cronificación de la desigualdad y la marginación social en los que el consumo de drogas está incluido. Es decir, la tensión manifiesta entre “enfermedad” y “delito” logra, a cierto nivel, encubrir el carácter solidario que no sólo la criminalización sino la medicalización del consumo en contextos de pobreza y marginación social tiene con la producción de nuevas barreras, obstáculos y desigualdades que cuestionan fuertemente el derecho a la salud.

MEDICINA NARRATIVA EN PEDIATRÍA. RELATOS ACERCA DE UN PACIENTE³

Silvia Carrió, Carmen L. De Cunto, Nicolás Cacchiarelli San Román, Ignacio Usandivaras, Cristina Catsicaris y Carlos Wahren

INTRODUCCIÓN

En este artículo nos proponemos comunicar una experiencia realizada en el marco del Programa de Salud Médica⁴ del Departamento de Pediatría del Hospital Italiano de Buenos Aires, que tiene como finalidad abordar aspectos de la comunicación médico-paciente y de la bioética de la práctica cotidiana.

Este Programa se desarrolla desde hace varios años a través de encuentros quincenales, en el horario del mediodía, con residentes y becarios de todos los años. Está coordinado por un médico y un psicólogo de planta con la colaboración de otros dos pediatras que se integraron al espacio luego de finalizada la residencia, habiendo pasado ellos mismos por el Programa durante su formación.

La medicina narrativa o medicina basada en narraciones es un movimiento que empezó en los Estados Unidos y se difundió rápidamente en otros países; introduce en la formación de profesionales de la salud cursos en los que se trabaja con relatos sobre médicos y enfermos, en un determinado contexto. Los programas de medicina narrativa tienen por objeto desarrollar la capacidad de escuchar las historias de los pacientes. Los participantes se entrenan en reescribir o contar estas historias en un lenguaje cotidiano (no en el lenguaje técnico propio de las historias clínicas) y en confrontar sus percepciones y vivencias.⁵

En uno de los encuentros del Programa de Salud Médica, trabajamos con el relato “Rebeca” de Oliver Sacks,⁶ en el que se describe a una paciente con problemas neurológicos, y presentamos sus datos clínicos en el formato del ateneo de pacientes, con proyección de diapositivas.

Luego de una serie de preguntas que tenían como propósito ayudar a los residentes a imaginar quién y cómo podría ser Rebeca, cómo podría ser un día de su vida y cuál era su probable pronóstico, indagamos posibilidades: ¿qué voces estaban ausentes en la presentación y podrían permitir componer una visión más integral de esta paciente?

Los participantes propusieron que sería interesante escuchar a la propia Rebeca, a la abuela y a su médico de cabecera. Fueron entonces invitados a formar grupos para escribir un relato desde la perspectiva elegida.

Al final del encuentro, leímos algunos extractos del relato original de Oliver Sacks y discutimos sobre las diferentes miradas posibles y sus implicaciones.

LA ACTIVIDAD, PASO POR PASO

1. Presentación de los datos clínicos de la paciente

Se trata de una paciente de 19 años con retraso mental secundario a síndrome genético, que concurre a la consulta traída por su abuela para revaloración.

Se desconocen antecedentes familiares de retraso mental. Vive con su abuela desde los 3 años, momento en que ambos padres fallecen.

Como datos positivos del examen físico presenta: fisura palatina parcial, dedos cortos con uñas romas, miopía con agudeza visual muy disminuida.

En el aspecto neurológico presenta dispraxia motora de acción, torpeza motora, confusión de lateralidad izquierda-derecha y alteración en la propiocepción.

La evaluación neuropsicológica muestra debilidad mental, coeficiente intelectual 60, nivel de pensamiento preoperativo, limitación de conceptualización y trastorno comunicativo de tipo no verbal. Presenta fortalezas en la expresión verbal. Es incapaz de autoabastecerse. A lo largo de su vida realizó terapia psicopedagógica y ocupacional.

³ Carrió, S., De Cunto, C., San Román, N., Usandivaras, I., Catsicaris, C., Wahren, C. (2007). Medicina narrativa en Pediatría. Relatos acerca de un paciente. *Rev Hosp Ital BAires* 27(2) p. 67-70.

⁴ Catsicaris C, Eymann A, Cacchiarelli N, Usandivaras I. La persona del médico residente y el síndrome de desgaste profesional (burnout). Un modelo de prevención en la formación médica. *Arch Argent Pediatr* 2007; 105(3):236-40.

⁵ Carrió S. Aproximaciones a la medicina narrativa. *Rev Hosp Ital BAires* 2006;26:14-19.

⁶ Sacks O. Rebeca. En su: *El hombre que confundió a su mujer con un sombrero*. Barcelona: Muchnik Editores, 1987. p. 226-7.

2. Preguntas disparadoras

Al preguntarles cómo imaginaban a Rebeca, los participantes pidieron más datos: ¿la abuela es de edad avanzada?, ¿está sana?, ¿hay algún otro pariente?, ¿qué hace Rebeca en la institución a la que asiste?, ¿cuáles son los objetivos de esas actividades?, etcétera.

Dos médicos de planta manifestaron quejas por lo escueto del relato: “es difícil saber de ella sólo con esta información”.

Una vez que los coordinadores reiteraron que los únicos datos disponibles figuraban en la presentación, los participantes empezaron a producir algunas hipótesis: le gusta ver televisión y comer comida chatarra... es muy cariñosa, le gusta cantar, la enoja que le hagan hacer lo que no puede, etcétera.

3. Formación de grupos para la reescritura de la historia de Rebeca

Una vez planteadas las perspectivas para incluir en otras descripciones posibles de Rebeca, los participantes (residentes, becarios y algunos médicos de planta de pediatría especialmente invitados al espacio) se reunieron en tres grupos para reescribir un relato, según la mirada de cada protagonista:

La mirada de Rebeca

“Soy Rebeca, tengo 19 años y vivo con mi abuela. Me gusta cantar y ayudo a mi abuela a cocinar. También escucho música y veo dibujitos en la TV.

Todas las mañanas voy al centro donde me encuentro con mis compañeros y mi amiga Lola. Hacemos muchas cosas, las que más me gustan son natación y trabajar con masa y cerámica pero a veces me aburro rápidamente. No me gusta cuando tratan de enseñarme cosas que yo no puedo hacer.

Mi abuela Sarita me cuida mucho, me tiene mucha paciencia, tiene que bañarme, vestirme y cortarme la comida.

A veces me enojo, revoleo cosas o lloro y los que están a mi alrededor no entienden lo que realmente me pasa porque me da miedo pensar que a mi abuela le pase algo, como a mi mamá y a mi papá. No sé muy bien qué haría si ella no estuviese conmigo.”

La mirada de la abuela de Rebeca

“Yo, doctor, estoy acá buscando ayuda por el problema de mi nieta. Me siento cada vez más grande y cansada, aunque sé que no va a haber demasiados cambios, una siempre tiene la esperanza de encontrar algo nuevo que ayude a Rebeca. Ya hicimos muchos tratamientos.

Ella está bien, dentro de lo que puede por su situación, pero su torpeza le dificulta moverse mucho. Rebeca, dentro de todo, está bien, es una niña muy cariñosa, si no fuera por ella yo estaría sola, yo la quiero tanto... y por eso estoy acá. Me preocupa cómo está su salud.

¿Cómo es un día de su vida? A las 7.30 despierto a Rebeca y la ayudo a cambiarse. A las 8.00 preparo el desayuno y desayunamos las dos juntas.

A las 9.00 la llevo al centro de rehabilitación, después almorzamos.

Rebeca es tan buena y obediente que no me da trabajo.

A la tarde, mientras yo descanso un poco viendo la tele, ella juega o canta.”

La mirada del médico de cabecera

“En el día de la fecha atendí a Rebeca a quien sigo desde los 5 años. Aprecio mucho a la familia pero es de aquellos pacientes difíciles de abordar y que dejan en uno una sensación de impotencia al cerrar la puerta del consultorio.

Es una paciente de 19 años, aunque no los aparenta, vive con su abuela de 84 años que presenta diabetes tipo 2, presbicia e hipoacusia muy marcadas. Los padres fallecieron en un accidente de tránsito, cuando Rebeca tenía 3 años.

Es una chica muy solitaria que no se relaciona con sus pares, se asusta en ambientes ruidosos y con mucha gente.

Es obesa, habitualmente mira mucha TV todo el día, telenovelas mexicanas junto a su abuela. Calma su ansiedad con la comida. Está enamorada de Facundo Arana.

Prefiere comer papas fritas, dulces y gaseosas. No hace actividades al aire libre. Su higiene es regular.

Concurre a un instituto durante el día, donde no se siente cómoda, ya que las actividades realizadas no le gustan porque le generan frustración cuando le insisten en hacer actividades manuales. Ella disfruta mucho de cantar, particularmente las canciones de Patito feo, pero en la institución no hay taller de música.”

La mirada de Oliver Sacks: 3 extractos de Rebeca

“La primera vez que la vi (torpe, tosca, desmañada) la vi, mera o totalmente como una víctima, una criatura rota, cuyos trastornos neurológicos yo podía determinar y analizar con precisión: una multitud de apraxias y agnosias, una masa de defectos, deficiencias sensoriomotrices, limitaciones de conceptos y esquemas intelectuales similares (siguiendo criterios de Piaget) a los de un niño de ocho años.

...La siguiente vez que la vi, era todo muy distinto. No la tenía en una situación de prueba, no estaba ‘evaluándola’ en una clínica. Yo paseaba por afuera (era un maravilloso día de primavera), me quedaban unos minutos para iniciar el trabajo en la clínica, y vi a Rebeca allí sentada en un banco, contemplando tranquilamente el follaje abrialeño, con evidente satisfacción. No había en su postura nada de la torpeza que tanto me había impresionado la vez anterior. Sentada allí, con un vestido claro, la expresión tranquila, una leve sonrisa, me hizo recordar de pronto a una joven heroína de Chejov (Irene, Anya, Sonia, Nina) vista contra el telón de fondo de un bosquecillo de cerezos chejoviano. Podría haber sido una joven cualquiera disfrutando de un bello día de primavera. Esta era una visión humana, frente a mi visión neurológica.

...Se había desenvuelto mal en la prueba, que, en cierto modo estaba destinada, como todas las pruebas neurológicas y psicológicas, no solo a descubrir, a revelar déficits, sino a descomponerla en funciones y déficits. Ella se había desmoronado, horriblemente, en la prueba formal, pero ahora estaba misteriosamente ‘integrada’ y equilibrada.

...Mientras la contemplaba sentada allí en el banco (disfrutando no solo de una visión simple de la naturaleza sino de una visión sagrada) pensé que nuestras ‘valoraciones’, nuestros enfoques son ridículamente impropios. No nos muestran más que déficits, no nos muestran potencialidades; sólo nos muestran rompecabezas y esquemas, cuando necesitamos ver música, narración, juego, un ser comportándose espontáneamente a su propio modo natural.

...Quizá fue una suerte que tuviese la oportunidad de ver a Rebeca en sus dos aspectos, dos aspectos tan diferentes (tan deficiente e incorregible en uno, tan llena de promesas y potencialidades en el otro) y que fuese ella uno de los primeros pacientes que vi en nuestra clínica. Porque lo que vi en ella, lo que ella me mostró, lo veo ahora en todos ellos.”

4. Discusión

Los asistentes manifestaron asombro por la lectura de los fragmentos de Oliver Sacks y por las coincidencias y diferencias de sus producciones. También dijeron que probablemente la mirada del médico de cabecera era la más realista y la de Rebeca la más optimista.

Uno de los coordinadores propuso no hacer juicios de valor. ¿Qué significaba más realista, más verdadera? ¿Cuál era la verdad en esta historia?

Reflexionamos sobre la importancia de considerar las diferentes voces y relatos posibles acerca de Rebeca y sobre lo que puede significar la percepción de calidad de vida para cada paciente en particular.

COMENTARIOS

¿Qué se puede aprender leyendo historias?

En general, la formación en medicina clínica no reconoce explícitamente su carácter interpretativo o las reglas que utiliza para negociar el significado. La preocupación por alcanzar una “práctica científica” no colabora para una descripción de la medicina como un conocimiento moral, un razonamiento narrativo, interpretativo y práctico. Durante el entrenamiento médico se sustituyen habilidades lingüísticas e interpretativas, por otras consideradas “científicas”, inevitablemente reduccionistas.⁷

⁷ Greenhalgh T, Hurwitz B. *Narrative based medicine. Dialogue and discourse in clinical practice*. London: BMJ Books, 1998. p. 3-16.

En esta línea, Rachman⁸ sostiene que la medicina se ocupa de sucesos biológicos con certeza. Esos sucesos entran en el lenguaje de todos, encuadrados por la cultura. Los paradigmas científicos buscan “prestar al lenguaje una transparencia neutral”, la función de la literatura sería entonces restaurar el lenguaje a nuestra mirada. Hay un terreno cultural compartido entre literatura y medicina en novelas, poemas, narraciones de enfermedades y relatos de médicos, que subrayan la relación entre enfermedad, salud, lenguaje y significado.

Bruner⁹ afirma que la mayor virtud de la literatura no es reflejar la realidad sino producir sentido “más allá de lo banal”. Allí donde lo familiar y lo habitual nos inducen a dar por descontado el mundo, la narrativa literaria no es pedagógica sino subversiva: nos ofrece mundos alternativos que iluminan con una nueva luz lo que consideramos natural en la vida cotidiana. Su misión es dotar de extrañeza a lo familiar, ir de lo que es a lo que podría ser, considerar posibilidades y no certidumbres.

Harriet Squier¹⁰ sostiene que el entrenamiento en humanidades no se opone al “entrenamiento científico”, pero advierte sobre la difícil tarea de introducir las humanidades en el programa de formación de los estudiantes de medicina. La enseñanza de la medicina se ha caracterizado durante décadas por estar orientada a que los alumnos realicen procedimientos: memorizar clasificaciones, aplicar fórmulas para calcular dosajes, escribir órdenes, esperar resultados, es decir, actividades cuyo éxito o fracaso pueden medirse. En el siglo XIX, el conteo de pulsos, la determinación de componentes de una solución, la descripción de las fiebres y la observación de microbios a través del microscopio eran esenciales para la diferenciación de la medicina del curanderismo y para incrementar la reputación del saber médico. Todavía hoy el apoyo en la observación científica, las clasificaciones y mediciones continúan definiendo los parámetros de gran parte de la práctica médica.

La educación en humanidades, en cambio, desafía la certeza científica que sostiene la medicina occidental, al valorar tanto el conocimiento subjetivo como el objetivo, el razonamiento inductivo como el deductivo y la experiencia humana y la emoción, tanto como la información científica. Squier sostiene que los desarrollos de la medicina narrativa se basan en la noción, casi herética, de que el pensamiento médico y el proceso de la práctica muy a menudo se ajustan a narrativas más que a un paradigma hipotético deductivo. Además, señala la existencia de evidencias de que los resultados de los tratamientos pueden ser más favorables mejorando la interacción médico-paciente, estudios que desafían la noción de que es el contenido de la intervención del médico lo que cura al paciente, y promueven la importancia del “comportamiento sanador” como un estilo de práctica.

A pesar de vivir en esta época de la “medicina basada en la evidencia”, sabemos que los relatos de los pacientes y de nuestros pares influyen en el quehacer cotidiano. No solo escuchar las historias de todos los días, sino también leer historias de otros, recurriendo a la literatura, aumenta nuestra sensibilidad, nos ayuda a comprender la percepción de enfermedad de nuestros pacientes y nos brinda otras miradas sobre el impacto que producimos en ellos.¹¹

La incorporación de la narrativa en los currículos de los estudiantes y de los médicos en formación enriquece a la medicina basada en hechos científicos, ya que amplía la experiencia de recibir no solo entrenamiento sino también educación para pensar de manera analítica y creativa.¹²

PERCEPCIÓN DE LA DISCAPACIDAD

Según muchas culturas, incluida la occidental, la discapacidad va en detrimento del concepto de “ser persona”.¹³

⁸ Rachman S. Literature in medicine. En: Greenhalgh T, Hurwitz B. *Narrative based medicine. Dialogue and discourse in clinical practice*. London: BMJ Books, 1998. p. 123-7.

⁹ Bruner J. *La fábrica de historias. Derecho, literatura, vida*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2003. p. 11-25.

¹⁰ Squier HA. Teaching humanities in the undergraduate medical curriculum. En: Greenhalgh T, Hurwitz B. *Narrative based medicine. Dialogue and discourse in clinical practice*. London: BMJ Books, 1998. p. 128-39.

¹¹ Rudolf MC, Storr E. Tell me a story... what can paediatricians gain from reading stories? *Arch Dis Child* 2003;88(7):635-7.

¹² Carrió S, De Cunto C, Cacchiarelli N, et al. Medicina narrativa: relato de una experiencia. *Arch Argent Pediatr* 2008;106(2):138-42.

¹³ Landsman G. Emplotting children's lives: developmental delay vs. disability. *Soc Sci Med* 2003;56(9):1947-60.

En el plano de la pediatría en particular, muchos relatos de madres de niños con retraso madurativo y discapacidad, si bien reflejan el concepto de retraso, lo hacen desde la percepción de sus hijos como personas con potencialidades por adquirir. Estos relatos a menudo se contraponen a los informes médicos que describen solo la discapacidad.

El término "retraso madurativo" implica la comparación de cada niño con una norma, con un modelo estándar de maduración neurológica. Las madres tratan de evitar este término cuando se comprende a su hijo como un ser único imposible de comparación. Las voces de los padres nos enseñan a conocer la manera realista de asumir la discapacidad, las demandas y el estrés emocional al que están expuestas las familias y los recursos que implementan para resolver la situación.¹⁴

Fisher y Goodley¹⁵ muestran de qué manera las narraciones de los padres de niños con discapacidad resisten al modelo médico lineal, dejando de lado la persecución de la normalidad y permitiéndoles disfrutar de sus hijos tal como son.

CONCLUSIÓN

En el caso particular del relato de Rebeca, la reflexión durante la actividad grupal permitió cuestionar la percepción de cada uno de los asistentes frente a lo diferente, a lo deficitario y también a la potencialidad de cada ser humano.

La multiplicidad de miradas permite entender e imaginar la práctica médica como un libro abierto y no como un capítulo cerrado.

¹⁴ Mullins J. Authentic voices from parents of exceptional children. *Family Relations* 1987;36(1):30-3.

¹⁵ Fisher P, Goodley D. The linear medical model of disability: mothers of disabled babies resist with counter-narratives. *Sociol Health Illn* 2007;29(1):66-81.

3. Artículos periodísticos

1. GRIPE A EN LA ARGENTINA: CUÁNDO Y PARA QUIÉNES COMIENZA LA VACUNACIÓN ANTE LA SUBA ANTICIPADA DE CASOS

Los expertos advierten que los grupos de riesgo sí o sí deben inocularse, pero que también es recomendable para cualquiera que quiera estar protegido

17 de marzo de 2022 13:41

Alejandro Horvat LA NACION

Este año [la gripe empezó a circular antes de lo esperado](#). Según una alerta epidemiológica del Ministerio de Salud de la Nación, **se detectó un aumento significativo en la cifra de casos de gripe A del grupo H3N2**, cuando la suba en el número de infecciones suele detectarse durante el otoño e invierno. Por eso, el inicio de la campaña de vacunación contra la influenza se espera con ansias para poder proteger, sobre todo, a los grupos de riesgo, y luego continuar con el resto de la población que desee inocularse.

La cartera sanitaria nacional comenzará a recibir entre este viernes y el lunes 21 de marzo la primera entrega de vacunas antigripales. “La entrega de cerca de 1.120.000 dosis de vacunas antigripales fue posible luego de hacer las gestiones necesarias con objeto de contar con las dosis lo antes posible. Transcurrido el proceso de acondicionamiento logístico, **las vacunas comenzarán a ser distribuidas a las 24 jurisdicciones a principios de la próxima semana**”, explicaron desde la cartera que conduce Carla Vizzotti.

Desde la **provincia de Buenos Aires, indicaron que a fin de mes comenzará la campaña de vacunación gratuita en hospitales y centros de salud**, pero que están a la espera de la llegada de las vacunas que son distribuidas por el Estado Nacional. Lo mismo sucede con la Ciudad, en donde indicaron que prevén iniciar la vacunación a finales de este mes o principios de abril.

En cuanto al sector privado, desde Galeno señalaron a **LA NACION** que la campaña de vacunación para sus afiliados comenzará el próximo lunes y aplicarán la vacuna tetravalente que, según explica Ricardo Teijeiro, miembro de la Sociedad Argentina de Infectología (SADI), además de incluir la variante H3N2, que es la de mayor circulación, agrega la protección contra otros dos linajes de la influenza B.

OSDE, en tanto, ofrecerá esa misma vacuna a sus afiliados y comenzará a aplicarla el primero del próximo mes.

La personas que deseen vacunarse también pueden **acudir a una farmacia**. Por ejemplo, Farmacity la va a aplicar en sus más de 200 sucursales. “Vamos a dar la vacuna tetravalente en nuestras farmacias para la campaña de Vacunación Antigripal 2022. Los pacientes podrán sacar su turno a través del turnero digital para acudir a las sucursales. La provisión de dosis está estipulada para la semana que viene o los últimos días de este mes. Aún no tenemos el dato de cuál será el precio de la vacuna más el servicio de aplicación”, informaron fuentes de la empresa a **LA NACION**.

Grupos de riesgo

Los **grupos que tienen incluida la vacuna de la gripe en el Calendario Nacional de Vacunación** son las embarazadas, que pueden aplicársela en cualquier trimestre de la gestación. En ese caso, la vacuna protege tanto a la madre como al bebé (a través del pasaje de anticuerpos por la placenta). Otro grupo son los niños de 6 a 24 meses, que deben inocularse con dos dosis separadas por al menos cuatro semanas si no recibieron ya dos dosis de la vacuna antigripal con anterioridad. En caso de haberlas recibido, tendrán que aplicarse solo una dosis.

Luego están los grupos de riesgo que presentan indicación de recibir la vacuna, como las personas que tienen enfermedades de base (diabetes, inmunodeficiencias, trasplantados, entre otras) y los mayores de 65 años. Además, el personal de salud también tendrá que vacunarse contra la gripe. Sin embargo, según Teijeiro, cualquiera que quiera “protegerse del virus” puede vacunarse.

“Los grupos de riesgo sí o sí deben inocularse porque son los que más peligro corren frente a la enfermedad, pero eso no quita que cualquiera que quiera estar protegido no pueda ir a un vacunatorio y vacunarse contra la gripe, no hay una contraindicación en ese sentido”, indica el especialista.

Sobre el crecimiento de casos antes de la llegada del otoño, Leda Guzzi, miembro de la (SADI), explica que los meses de aislamiento y estrictas medidas de cuidado han restringido la circulación del virus de la influenza. “Durante la pandemia hubo muy pocos virus respiratorios circulando por la falta de contacto entre las personas, pero al mismo tiempo cayeron las tasas de vacunación, incluida la antigripal, y a eso se suma que también por no circular y estar en contacto con personas, es probable que la población haya perdido cierta inmunidad natural que se genera por estar expuestos al virus. Por eso ahora es importante que los grupos señalados se apliquen la vacuna contra la gripe”, explica la especialista.

2. SEXTA OLA DE COVID: VARIANTES, VACUNAS, CUIDADOS Y TODO LO QUE HAY QUE SABER EN ESTA ETAPA DE LA PANDEMIA

Los contagios crecieron el 130% en una semana y las muertes se quintuplicaron. Quiénes deben aplicarse un refuerzo y cuándo hay que usar barbijo.

Emilia Vexler

19/12/2022 16:31 Actualizado al 19/12/2022 17:26

Clarín.com

Desde antes de la explosión de festejos multitudinarios por **Argentina Campeón Mundial 2022**, los casos de Covid venían en ascenso. De hecho, hace unos días se habilitó la quinta dosis –o “tercer refuerzo”– a todos los mayores de 18 años. Entonces, en los días previos a la dramática final en Qatar la acumulación de gente era en la fila de los vacunatorios de nuestro país.

El coronavirus parece ser ya un equipo que quedó eliminado y pese a que el Ministerio de Salud de la Nación recomendó volver a usarlo en transporte público y espacios cerrados, no se vio ni ve un sólo tapabocas entre los hinchas celebrantes. ¿Ya no hay que preocuparse por el covid?

En esta nota, una guía de preguntas y respuestas con las precisiones más relevantes en esta sexta ola.

¿Cuán grave es una sexta ola de covid?

Según el último parte oficial, la sexta ola se describe así: hasta este lunes, los casos positivos aumentaron el 130% respecto de la semana anterior. Fueron 62.261 personas contagiadas en siete días.

Las provincias que más incrementaron sus casos en la última semana fueron Córdoba, Formosa y Jujuy.

Esa es la “altura” de la ola. Si hablamos de gravedad, en cuanto a muertes, se notificaron 39: más de 5 veces más que la semana pasada cuando habían sido 7.

“Gracias a las altas coberturas de vacunación, este aumento de casos aún no se traduce en una tensión del sistema de salud, con un 41,3% de ocupación de camas de terapia intensiva”, detallan a **Clarín** desde Salud.

Más allá de los números, Eduardo López, reconocido infectólogo del Hospital Muñiz y asesor del gobierno durante toda la pandemia, explica a **Clarín** que **“los grupos de riesgo siguen siendo vulnerables”**. Además, remarca la importancia de que “las personas mayores de 50 años se apliquen la quinta dosis”.

¿Qué variantes circulan hoy?

Ómicron. Ese es el nombre de la pandemia hoy. Es la variante del coronavirus que logró propagarse por todo el mundo y convertirse en la predominante durante todo 2022. Tras la BA.1 original, surgieron varios sublinajes. Desde octubre, dos subvariantes de BA.5, denominadas BQ.1 y BQ.1.1, se extendieron rápidamente por el planeta.

Todas son altamente transmisibles, se replican en el tracto respiratorio superior y tienen mutaciones que escapan a la respuesta inmune.

¿Hay que usar barbijo?

En hospitales y centros de salud: siempre. Tanto el personal como los pacientes y sus acompañantes. Se recomienda para reducir la exposición a virus respiratorios en general.

En transportes públicos corre la misma recomendación. Lo mismo en espacios cerrados, sobre todo para el grupo de personas vulnerables. **Pero esto es sólo una recomendación.** No hay obligación de usarlo (una resolución publicada en el Boletín Oficial derogó su obligatoriedad hace poco más de dos meses y medio).

¿Cuántas dosis hay que tener según la edad?

"Si pasaron más de cuatro meses desde tu última dosis, date un refuerzo, en particular si sos mayor de 50 o tenés alguna condición de riesgo", tuiteó Carla Vizzotti, ministra de Salud de la Nación.

"Los refuerzos siguen siendo la mejor manera de prevenir hospitalizaciones y muertes", refuerza López.

¿Qué pasa con los chicos y adolescentes? Sólo los mayores de 18 años estás habilitados a recibir más de tres dosis, salvo que tengan alguna condición de riesgo.

No hay indicación para que los chicos sin comorbilidades reciban más que un *booster*, es decir, les toca un único refuerzo, que en la práctica hace las veces de tercera dosis. Esto es así aunque convivan con personas con factores de riesgo.

Ese refuerzo solo es para mayores de 3 años. Los bebés de 6 meses hasta antes de cumplir los 3 deben ser inmunizados con el esquema inicial de dos dosis.

¿Qué pasa con las vacunas "nuevas"?

Todavía no hay día para la llegada de las vacunas ARNm (Pfizer y Moderna) "**bivalentes**". Siempre se habló de "a fin de año" y ya estamos a fines de diciembre ¿Qué diferencia tienen? Además de ir contra la cepa original de Wuhan, la de China, generen anticuerpos sólidos contra Ómicron.

El Gobierno se enfoca en comunicar sobre la vacuna argentina contra el Covid, que será bivalente y se llamará ARVAC "Cecilia Grierson". En estos días está comenzando la fase 2-3.

No hay información reciente sobre las bivalente que hace semanas se dan en Estados Unidos.

¿Qué tenés que hacer ante la aparición de síntomas respiratorios?

Se prioriza para el testeo a las personas mayores de 50 años, personas con condiciones de riesgo y personal que trabaja con personas vulnerables. En los centros de salud, aunque se tenga esa edad o más, en general se testea ante la aparición de dos o más síntomas. No sólo si, por ejemplo, hay congestión nasal o sólo si hay dolor de cabeza.

"Si no pertenecés a estos grupos y tenés síntomas, lo mejor que podés hacer es tomar precauciones para no contagiar a los demás. No hace falta testearse: las precauciones son las mismas para todas las infecciones respiratorias agudas", detalló Vizzotti.

Esas precauciones son: no asistir a actividades con otras personas mientras se tenga síntomas, usar barbijo durante 10 días desde el comienzo de síntomas en lugares cerrados, lavarse las manos, ventilar los ambientes, evitar contacto con personas vulnerables.

Si sos mayor de 50 o tenés condiciones de riesgo y te dio positivo, todo lo mismo que arriba pero, además, un control clínico.

¿Dónde te podés testear en Ciudad y Provincia?

En la Ciudad de Buenos Aires están las siguientes postas de vacunación, **todos los días** de 8 a 16.45, y en todas se requiere asistir con turno:

Museo de Arte Español Enrique Larreta, en la calle Mendoza 2250, en Belgrano; Centro Islámico, Av. Intendente Bullrich 55; Club San Lorenzo, Av. La Plata 1782; Devoto, Av. Francisco Beiró 4629; Colegio de Abogados, Av. Corrientes 1441; Corralón Floresta, Av. Gaona 4660; Ministerio de Salud, Av. Amancio Alcorta 2100; Palacio Lezama, Martín García 346; Templo Budista, Montañeses 2175 (Barrio Chino); La Rural, Cerviño 4470.

En la Provincia de Buenos Aires todo es más "itinerante" y es mejor siempre chequear los vacunatorios abiertos y los horarios, ya que algunos cierran a las 12, las 14, las 16, las 18 o las 19. En <https://portal-coronavirus.gba.gob.ar/vacunatorios-de-la-campana-covid-19> todos los vacunatorios figuran abiertos **solo de lunes a viernes**. Curiosamente, no figura la Universidad de La Matanza, donde sí se están aplicando dosis.