REVISTA DE ENFERMERÍA

ROL

AÑO XI ENERO 1988 N.º 113

- Úlceras por presión
- La percepción del enfermar
- Mujer y fecundación
- Caries infantil

AGIS

La Percepción del Enfermar

Rosa María Alberdi*

Resumen

Este artículo está elaborado, como afirma la propia autora, «desde el convencimiento de que la perspectiva del que percibe la enfermedad es un elemento clave para la formulación del conocimiento que explique el proceso salud-enfermedad». Partiendo de esta premisa, Rosa M.ª Alberdi realiza una aproximación teórica a los significados del síntoma, la función del diagnóstico, y —lo que ella denomina— la investigación en los límites. Todo ello encaminado a romper el círculo vicioso que implica objetivar la realidad con traducirla en cuantificaciones fisiológicas. Y siempre buscando ofrecer elementos de reflexión para aquellas corrientes de pensamiento que ofrecen alternativas al modelo biologicista del fenómeno salud-enfermedad.

INTRODUCCIÓN

Para empezar la presentación de mi trabajo quiero, en primer lugar, hacer un pequeño comentario sobre la perspectiva desde la que está enfocado y que pretende quedar reflejada en el título elegido: «La Percepción del Enfermar.»

Hace cuatro años, C. Eibenschutz en su intervención sobre la «Crisis del Conocimiento Médico», que presentó en la Reunión de la Asociación de Medicina Social celebrada en Barcelona, expuso como una de sus consideraciones finales la siguiente:

«El desarrollo de una mirada alternativa (al conocimiento biologista) del fenómeno salud-enfermedad que parte del reconocimiento del hombre como ser social, presenta posibilidades de conocimiento más globalizadoras, pero posiblemente no da cuenta cabal del otro nivel que es el biológico individual.»

Desde el convencimiento de que la perspectiva del que percibe la enfermedad es un elemento clave para la formulación del conocimiento que explique el proceso salud-enfermedad, he elaborado el presente trabajo.

Se trata de una propuesta de reflexión hecha desde un enfoque inusual, porque está realizada desde la visión del que es objeto del conocimiento médico, desde la visión del que recibe de forma individual la actuación del sistema sanitario.

Pretende ser pues una primera aproximación personal, y por tanto discutible y mejorable, a un campo de teorización cuyo desarrollo debe ser considerado prioritario por todas aquellas corrientes de pensamiento que intentan ofrecer alternativas eficaces al modelo biologicista del fenómeno salud-enfermedad.

Dada mi condición de ser social, soy consciente de que la aportación que les estoy presentando está profundamente impregnada por las circunstancias y valores de mi contexto socio-cultural. Pero ese indudable sesgo no debe ser necesariamente negativo.

Puede ser enriquecedor si sabemos situarlo como un elemento más en el diálogo que debe establecerse entre todos y que dará verdadero significado y validez a mi trabajo.

Una vez aclarado el enfoque que he adoptado, quiero resumir los objetivos que pretendo haber cumplido al final de esta intervención.

En primer lugar, expondré algunas ideas sobre el **significado del síntoma** y su expresión. En segundo lugar, reflexionaré sobre la **función** del **diagnóstico** y, por último, abordaré el tema de la **«investigación en los límites»** como camino para desarrollar una más eficaz orientación del sistema sanitario.

El síntoma siempre constituye un mensaje producto tanto de la influencia socio-cultural como de las vivencias personales del individuo

El significado del síntoma

Se define al síntoma como:

«La alteración del organismo que revela una enfermedad y sirve para determinar su naturaleza». (1)

Partiendo de esa concepción clásica podemos decir que es un síntoma cualquier señal a través de la que el organismo nos indica que algo no funciona correctamente.

El síntoma es el mensaje del propio cuerpo que percibe el individuo y que se convierte en la base para solicitar los servicios del sistema sanitario.

La realidad del síntoma no pasa por la objetivación científica del mismo, ya que existe independientemente de que sea convertible en signo o no, sino que se basa única y exclusivamente en la percepción individual del sujeto.

En esa percepción influye el contexto socio-cultural en el que el individuo está inmerso: valores, prejuicios, símbolos...

Así, en cada comunidad existen síntomas considerados positivos y negativos. Por ejemplo, nadie se oculta de manifestar su «stress» porque éste se asocia con

*Enfermera. Jefe de Sección de Ordenación Profesional de la Consejería de Salud y Consumo de la Junta de Andalucía.

Nota: Este artículo se presentó como ponencia en el Taller Latinoamericano de Medicina Social que tuvo lugar en Medellín, Colombia, en julio de 1987.

(1) Moliner, M.ª Diccionario de Uso del Español. Editorial Gredos, 1983, MADRID.

un estilo de vida de gran responsabilidad y trabajo pero, por el contrario, casi ninguna mujer en nuestra sociedad machista se arriesga a hablar de las molestias que le produce su menstruación.

De este modo, el mensaje que constituye el síntoma se construye en base a la interiorización de los valores sociales y a la experiencia vital del individuo que lo sufre.

No me gustaría, porque no se corresponde con mi intención, que mis palabras dieran la impresión de que hablo de un síntoma siempre ajeno a la realidad biológica.

Creo que todo lo que he dicho hasta el momento es aplicable de la misma forma a síntomas fácilmente observables, como por ejemplo fiebre alta, edema e hipertensión, como a otros como el malestar difuso, el cansancio o la angustia, cuya medición resulta muy difícil.

La experiencia clínica diaria demuestra que muchos sujetos pueden padecer alteraciones relevantes en el funcionamiento de su organismo (como por ejemplo, fiebre alta) durante largos períodos de tiempo sin que ésas se constituyan en síntomas. Sin que el individuo sienta la necesidad de expresar el mensaje que encierran.

Al enunciar los objetivos de esta intervención dije que, en primer lugar, quería exponer algunas ideas acerca del significado del síntoma y de su expresión. La primera idea, que ya he comentado, es que el síntoma siempre constituye un mensaje y que éste es el producto tanto de la influencia socio-cultural como de las vivencias personales del individuo. El segundo bloque de ideas está relacionado con la expresión del síntoma-mensaje.

Por supuesto, la forma más importante de expresión de dicho mensaje es el lenguaje hablado. Existen otros lenguajes —el gestual, el corporal— que colaboran eficazmente a definir la vivencia del síntoma, pero el soporte fundamental de la transmisión es el habla.

No quiero tratar aquí, fundamentalmente porque la premura del tiempo me lo impide, algunos aspectos del lenguaje que condicionan la expresión del síntoma (por ejemplo las palabras tabú o simplemente las que son consideradas indecorosas), pero dejo anotado el tema como uno de los campos que merece nuestro estudio si deseamos captar, en toda su amplitud, el mensaje que transmiten los usuarios al sistema sanitario.

Quiero tratar, eso sí, de la que creo es una de las características fundamentales del mensaje-síntoma: me refiero a su **polisemia.**

Decía que el síntoma se constituye en un mensaje que informa de cualquier disfuncionamiento al individuo que lo padece. Pero ese mensaje que puede reducirse a frases como: «Me duele la cabeza», «Estoy mareado» o «No veo claro» de ninguna manera se circunscribe exclusivamente al ámbito biológico aparente.

Tener «dolores de cabeza» no sólo significa que un motivo fisiológico está produciendo una sensación álgica, sino también que se está preocupado, con problemas, o que debemos enfrentarnos a situaciones que cuesta resolver.

Cuando uno expresa que «no ve claro» puede estar refiriéndose conscientemente a que tiene una sensación de visión borrosa, pero esa frase dice igualmente que hay poca luz, que el entorno se ve con dificultad o que existen dudas frente a las situaciones que nos envuelven.

Negarse a escuchar las interpretaciones no meramente fisiológicas del síntoma-mensaje es condenarse a oír sólo una ínfima parte de lo que nuestro interlocutor, consciente o inconscientemente, intenta expresar.

El lenguaje a través del que cada individuo emite el mensaje de sus síntomas, está formado por normas y valores que no se corresponden necesariamente con los del sistema sanitario, pero no por eso es menos valioso ni eficaz.

La comprensión global del mensaje exige por parte de los sanitarios un esfuerzo considerable. Pero hacerlo, significa poder contar con referentes reales y extremadamente útiles a la hora de valorar las necesidades del individuo que acude al sistema de salud.

Este esfuerzo de comprensión está doblemente dificultado: En primer lugar, se trata de intentar entender el código subjetivo del OTRO y, en segundo lugar, se trata de luchar contra el tradicional papel que juega el diagnóstico dentro del funcionamiento del sistema sanitario.

Con esta idea paso a la segunda parte de mi trabajo en la que hablaré sobre...

La función del diagnóstico

Diagnosticar es determinar a qué preceso patológico se corresponde el conjunto de signos y síntomas que un individuo presenta. A través de ese acto, uno de los más definitorios del trabajo del médico, se legitiman dentro del sistema sanitario los mensajes que mediante sus síntomas expresan los pacientes.

La voz autorizada para nombrar, para diagnosticar, instala así definitivamente en la realidad algo que hasta ese momen-

to no era más que intuición, sospecha o puede que invento...

De este modo queda establecido el proceso de relación entre el individuo y el sistema sanitario. Aquél acude a solicitar ayuda para recuperar su salud y aporta sus síntomas-mensaje como elementos fundamentales para explicar sus necesidades.

El sistema sanitario, en ese caso a través del médico que diagnostica, escucha la demanda y la traduce a su propio lenguaje (el lenguaje sanitario), al que es completamente ajeno el individuo que presenta síntomas.

Decía que así queda establecida la relación fundamental entre los usuarios y el sistema sanitario. Relación desigual porque en ella no se dan las condiciones mínimas que permiten la interlocución.

Dicha interlocución sólo puede producirse si se da en un espacio en el que los mensajes de cada emisor tienen igual validez y son escuchados con idéntico respeto.

Este proceso es extraordinariamente difícil cuando las palabras de uno de los interlocutores, en ese caso del paciente, sólo existen —sólo pueden ser escuchadas— si se corresponden a los códigos limitados del otro, en cuya elaboración no ha podido ni puede intervenir.

Se trata de luchar contra el tradicional papel que juega el diagnóstico dentro del funcionamiento del sistema sanitario

El lenguaje del sistema sanitario está elaborado en base a equiparar lo fisiológico con lo sano

La conversación plena entre dos personas de distinto idioma siempre es posible porque, aunque no exista correspondencia exacta entre determinadas palabras, hay una base de experiencia humana común que permite la comunicación de todos los posibles significados.

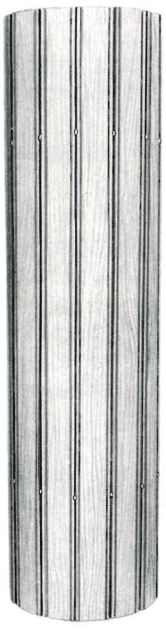
Si yo en un país extranjero no encuentro las palabras exactas para decir, por ejemplo, que estoy contenta, no por eso me quedo sin transmitir el mensaje, ya que puedo recurrir a los códigos de la risa y de la expresión del cuerpo.

El lenguaje del sistema sanitario está elaborado en base a equiparar lo fisiológico con lo sano y por lo tanto ¿cómo puede ser escuchado o interpretado un síntoma-mensaje que no puede ser traducido a variaciones de los valores fisiológicos?

¿Cómo puede estar alguien enfermo, encontrarse mal, si su fisiología, el único camino de expresión autorizado de la enfermedad, es NORMAL?

El diagnóstico basado en la traducción de los síntomas-mensaje al lenguaje limitado del sistema sanitario, actúa como un elemento fundamental de selección y marginación.

El sistema sanitario a través del diag-

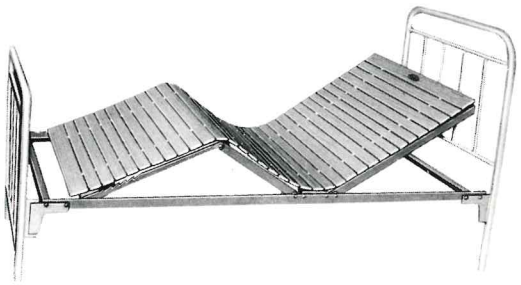


DESCANS

TABLA ARTICULADA PARA CAMA HOSPITALARIA.

PARA CONSEGUIR UNA CAMA DURA SIN PERDER LA MOVILIDAD ARTICULAR DEL SOMIER.

SU EFICACIA ESTÁ PROBADA POR LOS MUCHOS AÑOS DE EXISTENCIA QUE LA AVALAN POR SÍ MISMA.



LA TABLA ARTICULADA DESCANS la componen un conjunto de tablillas que se articulan entre sí, mediando entre ellas un espacio necesario para la aireación del colchón. Permite una perfecta adaptación en las distintas posiciones articuladas de la cama.

La tabla se sujeta al somier mediante un enganche que impide su desplazamiento.

Está especialmente indicada a los pacientes traumáticos, los que permanecen bajo tracción continua y lesionados de la columna vertebral. También a los que por su avanzada edad e imposibilidad tienen mayor riesgo de ulcerarse.

Con LA TABLA ARTICULADA DESCANS se corrige el hundimiento del somier, consiguiendo una firmeza homogénea del lecho. Disminuyen las zonas corporales de sobrecarga, causa de las úlceras por decúbito, permitiendo al paciente moverse más libremente y facilitándole los cambios posturales.

Su diseño se adapta a todos los modelos de cama hospitalaria o convencional. Se suministra en todas las medidas de ancho.

Ciamedic®

Fabricación de Aparatos para la Ortopedia y Rehabilitación
c/. Duquesa de la Victoria, 4
TERRASSA (Barcelona) - Tel. (93) 783 89 40

nóstico traduce las palabras del OTRO a un código que él mismo ha establecido y que, por tanto, es perpetuador de su estructura de funcionamiento y poder.

Existe una lista de diagnósticos y si tus síntomas-mensaje no pueden ser traducidos a ella, o no existes o existes en la marginación.

Seguramente mis palabras suenen un poco excesivas para algunos, pero estoy segura que todos Vds. tienen experiencia directa de algún florido cuadro sintomatológico que la única traducción que ha encontrado al lenguaje del sistema sanitario es la descalificadora frase: «Vd. no tiene NADA.»

Ante este hecho, tan vulgar por cotidiano, hace falta preguntarse:

¿Quién establece los criterios por los que el individuo NO TIENE NADA (aunque tiene...)?

¿Qué significa ese NADA?

Pero, además, el sistema sanitario al apoderarse del significado del síntoma despoja al individuo que lo padece de la posibilidad de utilizarlo como un elemento comprensivo de su situación vital. Como un elemento para hacerse dueño de su proceso de salud-enfermedad.

De esta forma no halla respuesta la necesidad de todo individuo de encontrar explicación a los fenómenos que le afectan, tengan o no traducción fisiológica cuantificable.

En consecuencia cuando el síntoma no cumple su función de mensaje (porque el sistema sanitario le niega la validez) puede ocurrir que se convierta en resistente o que el mensaje que encierra se derive hacia otras expresiones sintomáticas.

En este momento quiero retomar la duda que expresaba al principio sobre la aportación de la Medicina Social al conocimiento del proceso SALUD-ENFERMEDAD. Dicha aportación es principalmente la defensa y demostración de la influencia del «medio ambiente» en las condiciones de salud de los individuos y las comunidades.

¿Quién establece los criterios por los que el individuo NO TIENE NADA...?

La posición de cada individuo en el continuum salud-enfermedad es fundamentalmente la expresión de su manera de vivir

Las corrientes alternativas a la actual orientación del sistema sanitario, aceptan de forma unánime la idea de que la concepción de la SALUD (la vivencia de la salud) es profundamente SUBJETIVA (crónicos que se consideran sanos, minusválidos autosuficientes, sanos que sin enfermar se mueren...).

Si estamos de acuerdo con esa idea, entonces toca adoptar una postura crítica frente al actual papel del diagnóstico y trabajar para que el sistema sanitario ceda la responsabilidad del establecimiento de los criterios de la SALUD a los únicos que tienen capacidad real para hacerlo: los individuos y las comunidades.

Para terminar este apartado quiero referirme a un segundo aspecto de la función del diagnóstico.

He dicho hasta ahora que el diagnóstico, al ser una traducción limitada más que un elemento de un proceso de interlocución, desacredita los mensajes del emisor (y por tanto lo desplaza de su papel de IGUAL) cuando éstos no se ajustan a un estricto código biologicista.

La defensa de la influencia del «medio ambiente» es importante en tanto que permite avanzar en el conocimiento de cómo se organiza y actúa en el proceso de enfermar **lo que es ajeno al individuo.** Pero queda muy limitado el valor del avance en cuanto que sigue trabajándose con la idea de que la causa, la explicación de la patología, está fuera del sujeto que la padece.

Ensanchemos al máximo los límites de la salud, desmedicalizándola

Esta perspectiva limitada que comento se contradice con el concepto, cada vez más aceptado, de que la posición de cada individuo en el continuum salud-enfermedad es fundamentalmente la expresión de su manera de vivir.

Una vez cumplidos los dos primeros objetivos, quiero referirme muy brevemente al tercero, que era proponer la «investigación en los límites» como camino para desarrollar una más eficaz orientación del sistema sanitario.

La investigación en los límites

La principal crítica que, en mi opinión, puede hacerse a la investigación que actualmente se realiza sobre los problemas de salud, es decir que reduce la posibilidad de objetivar la realidad a traducirla a cuantificaciones fisiológicas. De este modo los resultados de los estudios colaboran a perpetuar el modelo biologicista imperante.

Para evitar esa orientación perpetuadora se me ocurre un posible camino: que trabajemos en los límites; en las zonas donde las áreas que hasta ahora se han considerado como las únicas científicamente válidas para investigar en sanidad, se encuentran con otras áreas como la antropología, la lingüística, la sociología o la psicología...

Partiendo de este objetivo, propongo que:

- Prioricemos los campos de estudio donde puedan verse las **otras** facetas de la compleja realidad que constituye el proceso de estar sano o enfermar.
- Investiguemos para encontrar sistemas que nos permitan escuchar los síntomas-mensaje sin limitarlos a la traducción fisiológica.
- Busquemos las fórmulas para hacer del diagnóstico el resultado de la interlocución, de la comprensión global de los significados, en vez de ser la mera traducción de lo que expresa el usuario al lenguaje monologante del sistema sanitario.
- Ensanchemos al máximo los límites de la salud, desmedicalizándola.

Y propongo, por fin, que investiguemos en las zonas de los límites para hallar estrategias eficaces que permitan a los individuos ejercer la innegable responsabilidad que tienen en su SALUD y ENFERMEDAD.