



Algunas reflexiones, desde la antropología, a propósito de los programas de educación de personas con obesidad, riesgo cardiovascular o diabetes.

Reynals E., Diumenjo M., Parola A., Testasecca E., Calvo D., Lemos P., López G., Pereyra S., Carrió D., Osachez S., Maneschi E., Figuerola D.
Área de Endocrinología, Metabolismo y Nutrición y Área de Salud Pública.
Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Cuyo. Mendoza.
Unidad de Educación. Hospital Central. Mendoza. Ministerio de Salud. Mendoza. Fundación Carrasco Formiguera. Barcelona. Cataluña.

Introducción

La Antropología nació como el estudio científico de la historia, al aceptarse el método científico se pensó que los fenómenos históricos podían hallarse gobernados por leyes que podían estudiarse. Esta concepción se ha abandonado y actualmente se entiende a la Antropología, siguiendo a Marvin Harris (1), como el estudio de la humanidad, de los pueblos antiguos y modernos y de sus estilos de vida. Etimológicamente significa conocimiento del hombre.

Es una disciplina que abarca numerosos campos, que dan origen a 8 ramas centrales:

- 1) Antropología cultural
- 2) Antropología social
- 3) Antropología política
- 4) Arqueología
- 5) Antropología lingüística
- 6) Antropología física o biológica
- 7) Antropología aplicada
- 8) Antropología filosófica

La Antropología médica es el conocimiento científico del hombre en cuanto sujeto enfermable y sanable (2); se incluye en la Antropología aplicada, en la cultural o en la filosófica, y dentro de ella se destacan 3 corrientes principales:

- 1) Antropología médica clínica
- 2) Antropología médica crítica
- 3) Antropología médica simbólica

La Antropología de la Salud se encuentra muy emparentada con la Antropología médica. Se encarga de analizar, describir e interpretar los procesos de salud, enfermedad y cuidados desde la óptica cultural de cada pueblo, su campo de aplicación central es la salud (3).

En la Antropología de la salud existen 3 áreas principales de investigación:

- 1) Las diferencias socioculturales en los patrones de morbi-mortalidad, su distribución, su definición por los interesados
- 2) Las teorías, saberes y prácticas culturales relacionadas con la enfermedad y la curación
- 3) El análisis del sistema biomédico imperante

Nuestro campo de estudio se sitúa en el área de la Antropología médica clínica y en el de la Antropología de la salud. Intentamos pasar, en los programas de educación, de la "verdad de la enfermedad a la verdad del enfermo".

En la Antropología de la Salud se puede trabajar con representaciones sociales, esto permite analizar las creencias (4).

Las representaciones sociales son estructuras que los grupos sociales construyen y que les sirven para entender y explicar la realidad. Cada grupo social construye sus propias representaciones sociales, aquéllas con las cuales explicará y comprenderá la realidad de un modo determinado (5). Existen problemas con las representaciones sociales que derivan de que pueden ser diferentes en distintas sociedades, pueden ser diferentes dentro de la misma sociedad y pueden ser diferentes en el paciente y el profesional de la salud.

Existen diferentes técnicas para conocer las representaciones sociales, a modo de ejemplos probables citamos estudios de creencias, de roles, jerarquización de términos, asociación libre y entrevistas. Nosotros las utilizamos con el estilo de los procedimientos de evaluación antropológica básica de la Universidad de Illinois en Chicago (6), incursionando en métodos cualitativos (7).

La obesidad es en la actualidad un problema importante para la salud, esto ha sido destacado por la Organización Mundial de la Salud en un informe del año 2002 (8). Su prevalencia aumenta en forma sostenida y actualmente puede considerarse como una verdadera epidemia (9, 10). Dentro de las complicaciones que puede generar merecen destacarse, en el contexto más amplio del síndrome de resistencia a la insulina y diabetes, las cardiovasculares (11).

La educación para la salud ha adquirido un extraordinario desarrollo y se ha aplicado para la prevención y el tratamiento de muchas patologías.

Se entiende por educación para la salud a una herramienta que permite adquisición de conocimientos, que se traducen en cambios de conducta, que llevan a resultados favorables (12). Se ha trabajado con educación para la salud en pacientes obesos y diabéticos (10, 13), pero los resultados muchas veces han sido desfavorables, una explicación de estos resultados es que no se toman en consideración las percepciones, las representaciones, las creencias de los pacientes, las interrelaciones que se establecen entre el educando (paciente) y el educador (médico) (13).

Según la teoría sistémica de la mente, planteada por Bateson (14), la conducta humana estaría determinada, condicionada y conducida por tres sistemas:

1) El sistema de observación, formado por los sentidos y las estructuras complejas que le dan sentido a la información recibida.

2) El sistema de análisis, compuesto por las herramientas intelectuales y los modelos mentales que permiten interpretar la información recibida.

3) El sistema de interrelaciones, que incorpora las experiencias vividas, las que se están viviendo y las que se cree que se van a vivir, implica un intercambio con los demás y con el entorno. Sobre las experiencias vividas, las que se están viviendo y las que se van a vivir ejercen su influencia gran cantidad de factores biológicos, psicosociales y culturales que una persona tiene incorporados, y que influyen en la percepción visual de su imagen corporal (15, 16).

Los tres sistemas funcionan interrelacionados entre sí, a la par, bajo influencias mutuas y "conforman la conducta". Los sistemas se pueden explorar mediante el lenguaje, las palabras y su contexto, los tipos de relación que se establecen, las creencias y las representaciones que los sostienen (17).

La obesidad puede observarse desde este modelo perceptual y discursivo.

La antropología de la salud permite conocer los modelos básicos, etiológicos y terapéuticos, que utilizan los pacientes para entender la enfermedad.

Según Laplantine (18), los modelos etiológicos básicos son ocho y se pueden resumir en cuatro pares: aditivo-sustractivo, endógeno-exógeno, maléfico-benéfico, ontológico-relacional. Los modelos terapéuticos básicos también son ocho, y también se pueden resumir en cuatro pares: aditivo-sustractivo, alopatético-homeopático, sedante-excitante, exorcista-adorcista.

La obesidad también puede observarse desde estos modelos antropológicos.

Nuestro grupo ha trabajado en el estudio de representaciones sociales sobre diabetes, obesidad y riesgo cardiovascular, en estos campos hemos evaluado a 809 personas.

Con respecto a la diabetes mostraremos algunos resultados de una serie de trabajos en los que hemos trabajado con 327 personas, 90 pacientes, 94 estudiantes de ciencias de la salud y 143 profesionales de ciencias de la salud.

El primer trabajo es un análisis de las creencias de pacientes diabéticos. Nos propusimos analizar las creencias que sobre la diabetes mellitus tienen los pacientes. Se realizó una encuesta compuesta por 17 ítems y los principales resultados fueron: cree en Dios el 100%, cree que la diabetes es voluntad de Dios el 32%, cree que sólo Dios controla la diabetes el 20%, cree que los profesionales de la salud ayudan el 100%, cree que la familia ayuda el 90%, cree que los líderes religiosos ayudan el 53%, cree que las complicaciones crónicas son inevitables el 10%, consultó con curanderos el 20% y utilizó remedios caseros el 70%. Consideramos que el conocer y valorar las creencias de los pacientes es fundamental de cara a obtener mejores resultados en nuestra práctica profesional.

Otra circunstancia que puede influir en los resultados de nuestra práctica es no adoptar un rol adecuado. Por esta razón nos propusimos analizar las preferencias, por parte de los pacientes, de los roles que adopta el médico tratante al realizar una entrevista educativa. Los pacientes vieron un video en el que un actor profesional interpreta a un médico realizando la misma entrevista educativa, pero según 4 guiones diferentes, guiones que corresponden a los 4 roles del análisis transaccional (adulto, padre crítico, padre nutricio, niño). Las preferencias de los pacientes son por el rol adulto 26,7%, padre crítico 16,6%, padre nutricio 26,7% y niño 30%. Al analizar la coincidencia entre la forma de comportarse su médico de cabecera y su preferencia apreciamos que no hay coincidencia en el 53% de los casos. Consideramos que este aspecto debería ser analizado con cuidado por los médicos, dado que puede ser causa de fracaso de las intervenciones educativas.

Otra causa de fracaso de las intervenciones educativas es no realizar una jerarquización adecuada de temas, por esta razón nos propusimos realizar un estudio de jerarquización de términos. Partiendo de los 32 términos más frecuentemente utilizados por los medios de comunicación masivos al referirse a diabetes (12 términos fundamentalmente biológicos, 7 fundamentalmente socioconductuales y 13 fundamentalmente emocionales), les propusimos a pacientes, estudiantes y profesionales

de ciencias de la salud realizar una jerarquización progresiva. Los términos emocionales son jerarquizados un 28,5 % por los pacientes, entre 9 y 12% por los estudiantes y entre 7,5 y 14,3% por los profesionales de ciencias de la salud (pacientes vs estudiantes y profesionales $p < 0.001$).

A modo de conclusión podemos decir que existen diferencias en las representaciones sociales que sobre la diabetes tienen diferentes partícipes del proceso salud-enfermedad.

En el estudio de los factores de riesgo cardiovascular nos propusimos analizar los resultados de una intervención educativa sencilla que tome en consideración las creencias de los pacientes. Estudiamos a 50 pacientes que consultaron al consultorio externo de cardiología del Hospital Central de Mendoza. Realizamos una evaluación inicial, la intervención educativa y una evaluación final a corto plazo (3 meses). Observamos una mejoría, con significancia estadística, del índice de masa corporal, la tensión arterial sistólica, la tensión arterial diastólica, el colesterol total, el colesterol LDL, el colesterol HDL, los triglicéridos, el fibrinógeno y la glucemia. También se encontró una significancia estadística en el número de pacientes que pasaron de una situación de riesgo isquémico global moderado a bajo y de una situación de riesgo isquémico global de muy alto a alto. Concluimos que una intervención educativa sencilla, que toma en consideración las creencias de los pacientes, es efectiva a corto plazo.

Dado que para solucionar el problema la diabetes mellitus tipo 2 y de algunos factores de riesgo cardiovascular hay que ir al fondo del problema, a la obesidad, nos propusimos conocer las percepciones y las creencias que sobre la obesidad tienen pacientes, estudiantes y profesionales de ciencias de la salud.

Utilizamos una encuesta, un test de jerarquización de términos, una evaluación de conocimientos y una evaluación de conductas. Estudiamos a 432 personas. De Mendoza 77 pacientes con sobrepeso u obesidad, 65 estudiantes de la carrera de técnicos, 67 estudiantes del ciclo básico de medicina, 66 estudiantes del ciclo clínico de medicina y 82 profesionales que trabajan en educación de pacientes, y del resto de la Argentina a 75 profesionales que trabajan en educación de pacientes.

Seguimos el modelo de Laplantine (18) para evaluar los modelos antropológicos etiológicos y terapéuticos. Los modelos etiológicos fundamentales son exógeno, aditivo, relacional y maléfico. Los modelos terapéuticos fundamentales son aditivo-sustractivo, alopático, exorcista y excitante. Las representaciones sociales son diferentes entre profesionales, estudiantes y pacientes. Los profesionales otorgan más importancia que los pacientes a los hábitos, las calorías y la nutrición. Los pacientes otorgan más importancia a la depresión.

Podemos concluir que los modelos, representaciones, conductas y creencias sobre diabetes y obesidad son diferentes entre profesionales, estudiantes y pacientes y que esto puede condicionar los resultados de los programas de educación.

A modo de reflexiones. El mejor programa de educación de pacientes está condenado al fracaso, de no tomarse en consideración el contexto sociocultural, las creencias, percepciones, representaciones, modelos, conductas, deseos, expectativas y necesidades de las "personas a las que está destinado". Pero para poder tomarlas en consideración primero hay que conocerlas. Estas reflexiones coinciden con algunas publicaciones (19, 20, 21, 23) Y con las recomendaciones de un gran trabajo multicéntrico, el DAWN Study (22).

El DAWN Study (22) es un multicéntrico relacionado con la International Diabetes Federation. Aporta datos procedentes de diferentes lugares del mundo y demuestra que el abordaje de la diabetes centrado sólo en objetivos médicos es un gran error; hay que poner a la persona más que a la enfermedad en el centro; hay que tener en cuenta el impacto psicosocial, las actitudes, los deseos y las necesidades de las personas con diabetes.

El trabajo de Marcela Romo (23) analiza el tema de la obesidad. Partiendo desde la Antropología nutricional destaca el componente de la percepción y representación de los alimentos, su gran impronta cultural y su relación con otros universos simbólicos, como las representaciones sobre el cuerpo, la salud, la enfermedad y los modelos estéticos corporales. También destaca que pueden existir mensajes poco claros o contradictorios enviados desde los medios de comunicación, las sociedades científicas, la moda o el estado.

Actualmente debe reconocerse como problema prioritario de investigación la necesidad de entender la forma en que las poblaciones traducen la información que los profesionales y las instituciones de salud les otorgan, así como la forma en que esta información guía la búsqueda de atención médica. Para entenderlo, es esencial el conocer las poblaciones "antropológicamente". De esta manera se podrán desarrollar proyectos que respondan a las necesidades cognitivas, culturales y educacionales de las personas.

Bibliografía

1. Introducción a la antropología general. Marvin Harris. Ed. Alianza, 48 ed., Madrid, 1988.
2. Antropología médica. P. Lain Entralgo. Ed. Salvat. Barcelona, 1986.
3. Antropología médica. Antropología, salud y cultura organizacional. R. Oyarzún B. Cuarto Congreso Chileno de Antropología. Universidad de Chile, 2001.
4. Prácticas sociales y representaciones. Abric, J. Filosofía y cultura contemporánea. Ediciones Coyoacán, 2001.
5. La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici. M. Mora. Athea Digital, N°2, 2002.
6. Rapid Anthropological Assessment Procedures. S. Scrimshaw y E. Hurtado. School of Public Health. UIC. University of Illinois at Chicago.
7. La etnografía en la práctica médica. P. Granada Echeverry. Revista de Ciencias Humanas, N° 17, 1998.
8. Reducir los riesgos y promover una vida sana. Informe sobre la salud en el mundo 2002. Organización Mundial de la Salud. Mensaje de la Directora General, Dra. Gro Harlem Brundtland.
9. Abordaje no farmacológico para el tratamiento del síndrome metabólico. Ferreira, S.; Gross, J. Curso Latinoamericano sobre Diabetes y Síndrome Metabólico para Clínicos. Capítulo 2, 2003.
10. The obesity epidemic: prospects for prevention. Skidmore, P.; Yarnell, J. QJM 97: 817, 2004.
11. American Association of Clinical Endocrinologist (AACE). Consensus Conference on Insulin Resistand Syndrome. Bloomgarden, Z. Diabetes Care 26: 933, 2003.
12. Educación para la salud. Espinosa García, J. Revista Asterisco, Badajoz, Extremadura, España, 1998.

13. Educación diabetológica. Rol adoptado por el médico en la relación educador (médico) educando (paciente). Reynals, E.; Padín, E.; Figuerola, D.; Guntsche, E. Revista de la Sociedad Argentina de Diabetes 1998, 32:166-170.
14. Pasos hacia una ecología de la mente. Bateson, G. Planeta, Buenos Aires, 1991.
15. The role of body image in the prevention of eating disorders. Levine, M.; Piran, N. Body Image 2004, 1:57-70.
16. Sex, Race/Ethnicity, Socioeconomic Status, and BMI in relation to Self-Perception of Overweight. Paeratakul, S. Et al. Obesity Research 2002, 14:345-350.
17. Representaciones sociales sobre la diabetes mellitus. Reynals, E.; Diumenjo, M. C.; Ovcár, G.; Parola, A. Prensa Médica Argentina 2003, 90:244-247.
18. Antropología de la enfermedad. Laplantine, F. Ediciones del sol. Buenos Aires, 1999.
19. Medicina y Sociedad. M. Lindemann. Siglo Veintiuno de España. Madrid, 2001.
20. Complementary Medicine. Ernst, E. Diabetes Care 2001, 24:1486-1488.
21. Psychosocial Therapies en Diabetes. Delamater, A. Diabetes Care 2001, 24:1286-1292.
22. DAWN Study. www.dawnstudy.com.
23. Antropología médica: El problema de la obesidad en Chile. ¿Globalización de las pautas culturales de alimentación? M. Romo. Cuarto Congreso Chileno de Antropología. Universidad de Chile, 2001.