

# AVANCES CIENTÍFICO-TÉCNICOS Y TRABAS CULTURALES EN PEDIATRÍA CRÍTICA

Lic. Psic. Rosario Lores\*

El aumento en las agresiones a los médicos que preocupa a los profesionales de la salud puede ser, en parte, fruto de la incapacidad cultural de nuestra sociedad para asimilar los avances de la tecnología médica. Se mencionó las agresiones, porque son un tema que está sobre la mesa. Pero hay bases para creer que el impacto cultural de una tecnología médica cada vez más “incomprensible”, junto a otras transformaciones culturales de las últimas décadas, afecta muchos aspectos de la relación entre el personal de salud, los usuarios y el concepto de salud, de atención, del cuerpo, de enfermedad y muerte. El presente artículo es un avance de algunas de las bases conceptuales de una investigación

antropológica en curso<sup>(1)</sup>. La misma se lleva a cabo en la Unidad de Cuidados Intensivos de Niños del Centro Hospitalario Pereira Rossell<sup>(2)</sup>.

Para acotar el tema, se centra en la asistencia ventilatoria y su evolución. Esto permite objetivar los cambios tecnológicos en hechos concretos. La elección del centro, primer y principal CTI pediátrico del país, establecido en 1975, tiene relación a la accesibilidad para el investigador, pero es pertinente porque afecta situaciones de crisis, hace uso intensivo y per-

---

1. Tesis de Maestría de Antropología de la Cuenca del Plata, Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, UDELAR.

2. Unidad de Cuidados Intensivos de Niños (UCIN) del Hospital Pediátrico del Centro Hospitalario Pereira Rossell.

manente de tecnología, involucra a docentes y estudiantes universitarios y también a padres de niños, además de presentar un ejemplo extremo de disparidad cultural. La elección de la ventilación tiene que ver con la complejidad, que es más obviamente visible que, por ejemplo, la alimentación parenteral.

La investigación cualitativa se realiza mediante entrevistas que serán analizadas posteriormente con el método de la teoría fundamentada de B. Glaser y A. Strauss. Debido a su complejidad, el estudio de esta problemática requiere de un enfoque multi y transdisciplinario, que si bien se centra en la antropología de la salud debe integrar otros marcos teóricos como la psicología médica, la bioética y la sociología de la salud. Para ilustrar la situación, recordemos que hace 30 años, cuando se creó la unidad, cualquiera podía todavía darse una idea de cómo funcionaba un pulmón. La revista *Popular Mechanics*, en su número aniversario de enero de 1952, enseña a los *bricoleurs* aficionados a hacer un “pulmón de acero” de madera. Hoy en el CTI mencionado, no sólo los familiares de los enfermos no entienden qué indica el *display* de un ventilador, ni siquiera todos los intensivistas tienen especialización en ventilación. De hecho, si bien en la unidad se realiza investigación sobre ventilación asistida, los especialistas que se dedican a

esto coexisten con otros formados en la “cultura” del pulmón de acero en el ex Hospital Filtro.

Al observar las diferencias de conceptos en las discusiones médicas sobre qué modalidad ventilatoria y con qué parámetros usar para un paciente, nos damos cuenta que no debe sorprender entonces que se observe con frecuencia a padres cambiar la regulación de los controles, porque ven que el paciente del siguiente box tiene marcado en el display de su respirador un número más alto, lo cual interpretan como mejor asistencia que la que se le estaría brindando a su hijo.

### **Cinco condicionantes**

A nivel social, observamos cinco fenómenos que pueden estar incidiendo en el impacto cultural de la tecnología.

**Primero**, se cruzan varias líneas de tensión de interés antropológico relacionadas con la práctica profesional: a la incidencia de la evolución de la tecnología en las formas de la práctica, relacionamiento médico y resistencia al cambio permanente, se suma la vivencia de los pacientes, médicos y equipo de salud en cuanto a la relación terapéutica atravesada por factores sociales y culturales. Los pacientes parecen tener dificultades en la valoración de las ventajas y contraindicaciones del empleo de la

tecnología, justo cuando el modelo de salud los invita a compartir el proceso de toma de decisiones (consentimiento informado), producto de la fuerza que han cobrado en el mundo los movimientos de derechos de los pacientes y la bioética.

**Segundo**, las sucesivas crisis económicas han agudizado el empobrecimiento de amplias capas de la población. A nivel educativo esto determinó un aumento de la deserción escolar, a lo que se suma la masificación de la enseñanza y la disminución de los contenidos curriculares. Se podría decir que la escuela pública, que en otro momento de la historia del país era un instrumento de integración social, habría dejado de cumplir ese rol, lo cual contribuye a la marginalización y exclusión de estas capas de la población. Esto ha dado lugar a la consolidación de una cultura subalterna y una cultura hegemónica claramente diferenciadas. En sus estudios sobre un Centro Materno Infantil de la Ciudad Vieja, Sonia Romero plantea: “Las referencias teóricas nos llevaron a postular también que en aquel espacio del CMI debían producirse frecuentes conflictos de tipo cultural: más allá del sistema único propuesto por la institución sanitaria, deben coexistir las diferencias de lenguaje, de actitudes y representaciones que ponían en juego variados actores sociales (inmersos en diferentes contingencias socioeconómicas)... Al respecto recordemos que

ya identificamos a los profesionales de la salud dentro de las posiciones culturalmente hegemónicas y a la población que se atiende en servicios gratuitos, en posiciones subalternas”. (Sonia Romero, 2003)

**Tercero**, han ocurrido cambios culturales e ideológicos comunes a Occidente que se suelen englobar con la palabra postmodernidad, de los que aquí nos interesan dos: el cambio de paradigma relativo a los derechos de los pacientes y la transformación de la muerte en “salvaje”. El primero se vincula al surgimiento de la bioética como discurso, como rama aplicada de la ética y como campo disciplinario. Susana Vidal dice: “La bioética comprende un terreno muy amplio que va desde los aspectos complejos de la relación cuasi privada entre médico y paciente, alcanzando las problemáticas y los planteamientos ecológicos planetarios, desde distintas visiones... Finalmente la bioética se ha presentado como un nuevo discurso, reflejo de la conflictiva situación por la que atravesaba la sociedad civil en su relación con el estado y con la ciencia... Por ello también se ha denominado a esta raíz de la bioética ‘un programa de reforma social’ (Cecchetto, S., 1996)”, (Susana Vidal, 2007). En relación con la vivencia actual de la muerte podemos señalar, como plantea Philippe Aries, que “La actitud antigua en que la muerte está a la vez próxima, familiar y disminuida, insensibilizada,

se opone demasiado a la nuestra, en que causa tanto miedo que ya no osamos decir su nombre. Por eso cuando llamamos a la muerte familiar la muerte domada, no entendemos por ese término que fuera antaño salvaje y que luego haya sido domada. Queremos decir, por el contrario, que hoy se ha vuelto salvaje mientras que antes no lo era. La muerte más antigua estaba domada” (PH. Aries, 1999). “De este modo sobre la muerte se ha extendido un pesado silencio. Cuando se rompe, como a veces ocurre en América del Norte, hoy, espera reducir a la muerte a la insignificancia de un acontecimiento cualquiera del que se finge hablar con indiferencia... Y sin embargo, esta actitud no ha aniquilado a la muerte, ni el miedo a la muerte. Al contrario, ha dejado volver sinuosamente los antiguos salvajismos bajo la máscara de la técnica médica” (Id.). En los años 60 y 70 desaparecieron los trajes de duelo, los velorios en domicilio, y el mismo se ha abreviado a casi un símbolo o un momento para recibir saludos. La sociedad se ha vuelto tanatofóbica. Han desaparecido los ataúdes blancos de “angelitos”. En una sociedad sin canas, cuyo ideal es la eterna juventud, la muerte de un niño es considerada algo anormal. La muerte se convierte, no en el fin inexorable de la vida sino en una falla de la tecnología, así como en una mala praxis del equipo de salud. Edgar Morin observa que: “La obsesión por

la supervivencia, a menudo incluso en detrimento de la vida, revela en el hombre el quejumbroso afán de salvar su individualidad más allá de la muerte. El horror a la muerte, pues, la emoción, el sentimiento o la conciencia de la pérdida de la propia individualidad... Conciencia en fin de, un vacío de una nada, que aparece allí donde antes había estado la plenitud individual”... (Edgar Morin, 1999). Es importante pues preguntarse cómo vive la sociedad las innovaciones tecnológicas (de diagnóstico y terapéuticas) en relación al deseo de prolongación de la vida. En cuanto a los derechos de los pacientes en Uruguay predomina en los hechos, aunque se encuentra en pleno proceso de cambio, el concepto francés que considera que el paciente no debe ser consultado y apenas informado, porque no está en condiciones de opinar con fundamento (Frédéric Pouchard et al., 2001). En esta concepción, consultar al paciente es casi un acto de irresponsabilidad del médico, que de esta manera pretende deslindar lo que es su deber. En el período considerado ha avanzado y tomado estado legal (Ministerio de Salud Pública, decreto 86/92, Ley N° 18335 Pacientes y usuarios de los Servicios de Salud, agosto de 2008), el concepto norteamericano que ve al paciente dueño de sí mismo y que exige que se dé consentimiento informado a toda intervención que se haga sobre su cuerpo. Pero este cambio y sus

implicancias aún no han sido asimilados por completo ni por los equipos de salud ni por la población asistida, lo que puede explicarse por el deseo de mantener una posición dominante, por resistencia al cambio y porque una relación más horizontal permitiría el cuestionamiento de la actitud médica. En relación con la población asistida, es posible que los problemas para asumir un papel activo se deban a la incidencia del desnivel educacional y las diferencias culturales para entender el alcance de las medidas y tecnología médicas. Esto a su vez determinaría una actitud más querellante que de defensa de sus derechos, en la medida que no se dan las condiciones que permitan que el usuario pueda empoderarse como ciudadano.

**Cuarto**, el país recién empieza a revertir un modelo de política de salud que priorizaba a la enfermedad sobre el paciente, y la cura sobre la prevención. Se ha universalizado el acceso a la última tecnología del primer mundo –los hospitales públicos difieren de los privados en hotelería, pero su nivel médico es superior– pero se inscriben en una realidad de tercer mundo. Hubo retrocesos en los niveles de control de embarazo y se continúa en un nivel bajo en la prevención de enfermedades evitables. Luego de la crisis del 2002 se notó la reaparición de males que parecían superados, como la diarrea infantil.

**Quinto**, si bien la integración de psicología médica a los programas de la Facultad de Medicina data de la década de 1970, en la práctica vemos que no ha sido realmente asimilada en el accionar médico. Esta disciplina se ocupa de acuerdo con Fahrer "...de la asistencia, docencia y la investigación de los aspectos bio-psico-sociales, psicodinámicos, psicopatológicos y psicoterapéuticos de los pacientes dentro del marco de la práctica médica general, así como de la relación del médico y otros profesionales del equipo de salud con el paciente, la familia, el Hospital General y la comunidad" (Rodolfo Fahrer, 1987). Esto significa un importante aporte para la comprensión global del paciente y su situación en el marco de sus contextos culturales, así como del entrecruzamiento de su situación puntual, su personalidad y su historicidad. De acuerdo con Philippe Jeammet: "Puede parecer paradójico que este nacimiento oficial de la psicología médica coincida con los mayores éxitos y la difusión de la medicina llamada 'somática', centrada sobre la enfermedad más que sobre el enfermo". (Ph. Jeammet, 1982). La persistencia de los modelos clásicos de práctica médica presenta una gran resistencia al cambio que probablemente está relacionada con el incremento y "éxito" de la tecnología médica. Los modelos de salud, los avances tecnológicos y los cambios en la concepción de la

muerte afectan la formación de los médicos, quienes hasta hace poco tiempo comenzaban por anatomía y la morgue. Formación que excluye a la persona del paciente y la eventualidad del fracaso.

### **Entrecruzamientos**

Esbozamos aquí algunas de las relaciones que han tenido estos factores con intención de enunciar algunas posibles líneas de investigación. El contacto de una población, con menos exposición al sistema educativo, con tecnología médica compleja, aumenta la asimetría del conocimiento entre el técnico y el usuario. Un modelo para analizar esta situación lo da Bourdieu a través de lo que define como “Campo” y “Habitus”, que corresponden aproximadamente a instituciones y esquemas de percepción, pensamiento y acción que dirigen las experiencias. Con este modelo analiza la realidad social desde una perspectiva dialéctica entre lo objetivo (instituciones, estructuras sociales) y lo subjetivo (agentes). Es posible que los pacientes considerados agentes de una cultura subalterna en una estructura típica de la cultura hegemónica, como es un hospital y dentro de este un CTI, vivan el mismo tal como lo define Marc Augé desde las figuras del exceso de la sobremodernidad y que esto afecte de diferente manera a médicos y pacientes. Esto coloca-

ría a los pacientes como “Los otros”, “...que se define con respecto a un ‘nosotros’ que se supone idénticos”. Lo que para los médicos, enfermeras y nurses es un lugar seguro, que conocen y entienden, es para los padres un mundo desconocido, al filo de la muerte, donde pierden el control de lo que se hace para curar a sus hijos (más allá del consentimiento informado), ya que no tienen conocimientos ni parámetros referenciales, ni esquemas simbólicos para aprehender esta realidad. Es por lo tanto un lugar amenazante, tanto más cuando desde las ciencias de la salud poco se hace para contactar con el imaginario del que parten para afrontar estas situaciones.

\* Un resultado de esto es el aumento de la dicotomía idealización-desprecio por el profesional. Existe en el imaginario social la representación de que todo puede curarse y que si no es aquí, en un mítico EEUU lo podrían hacer.

\* La divulgación en la misma población de conceptos de derechos de los pacientes, aumenta la demanda de uso excesivo de tecnología. La demanda y el desacomodo de los propios médicos ante los cambios tecnológicos y de procedimiento, constituyen un factor más de tensión en la relación médico-paciente. Esta está regulada por relaciones de actitud y contraactitud, que no se limitan a un efecto del encuadre de la relación, sino que están relacio-

nadas con la personalidad de base de los participantes. Schneider plantea que: “Estos factores intelectuales, sentimentales y morales que constituyen, en el terreno ante todo inconsciente, la relación médico-paciente, pueden ser descritos en términos de actitud y contraactitud. Por analogía con lo que ocurre en una cura psicoanalítica clásica... en psicología general se entiende por transferencia el desplazamiento de un afecto, de una persona sobre otra”. (Pierre Schneider, 1974). El buen manejo de la actitud y contraactitud se ven distorsionados por las dificultades de comunicación, dentro de una situación de determinación compleja. Algunos efectos no deseados de estos procesos son la extensión de la estadía promedio en CTI (hasta casos de dos años), y un alto índice nacional de reanimaciones fallidas, en un intento de “vencer a la muerte”, a veces en pacientes con nulo pronóstico vital. Ante estos hechos comúnmente se acude a la noción de “imperativo tecnológico” según el cual, existiendo la herramienta tecnológica adecuada, no es lícito dejar de usarla. Esto fortalece la concepción de la muerte como fracaso. Todo esto provoca distorsiones en la asignación del gasto, cuando los 1.000 dólares de cama/día (dato de la Unidad de Cuidados Paliativos Pediátricos del Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR) se podrían invertir en alimentación de embarazadas y madres de lactantes. En los últimos años

se ha generado en el CTI del CHPR una reflexión sobre temas de bioética clínica que comprende estos temas. La abundante disponibilidad de tecnología de punta no da únicamente los resultados esperados, ni asegura la vida eterna ni es necesariamente el remedio más eficiente para los problemas de salud de nuestra población. Algunos de los frenos para entender esto tienen relación con problemas que la psicología médica ha estudiado largamente, pero esos mismos, más otros agregados, tienen relación con cambios culturales que no han sido estudiados para esta área. Desde los pacientes se observa una creciente agresividad, quizá relacionada con un agravamiento de las asimetrías señaladas, quizás por un avanzado proceso paralelo de naturalización de la violencia como respuesta a la falta de una adecuada mediación simbólica y al deterioro de las habilidades comunicacionales tanto de profesionales de la salud, que deben explicar procedimientos que a veces apenas comprenden, como de pacientes y usuarios. En conclusión, la sofisticación del saber médico parece dar la ilusión de salud permanente o por lo menos de posibilidad permanente de restauración de la misma. Como consecuencia aparece un proceso de idealización de la medicina y el médico.

Pero al mismo tiempo este avance en los conocimientos resultan incomprendibles para la población no

médica, lo cual llevaría a un sentimiento de profunda pérdida de control y protagonismo en lo relativo a la salud personal. De esta manera se produciría, en conjunto con el proceso de idealización, otro paralelo de desidealización y descalificación. En nuestra investigación partimos de la hipótesis de que es posible estudiar el relacionamiento médico-paciente y sus dificultades actuales a través del análisis de la aplicación de tecnología como mediador de dicha relación.

### **Bibliografía**

1. **Romero Sonia.** Un punto donde mirar. En: Madres e hijos en la Ciudad Vieja, Universidad de la República-FHCE-CSIC, 2003; 89.

2. **Vidal Susana.** Bioética. Introducción General y Antecedentes. <http://www.redbioetica-edu.com.ar>, 2007, pág 4 (II curso de Bioética Clínica y Social, on line, Redbioética UNESCO).

3. **Ariés Ph.** El hombre ante la muerte. Ed. Taurus, 1999; 508.

4. **Ariés Ph.** El hombre ante la muerte”, Ed. Taurus, 1999; 32.

5. **Morin Edgard.** El Hombre y la muerte. Ed. Kairós, Barcelona, 1999; 31

6. **Frédéric Pouchard et al.** French Intensivist do not apply American Recommendations regarding decisions to forgo life-sustaining therapy”. Crit Care Med, 2001, Vol 19 No. 10: 1891.

7. **Ley N° 18335** Derechos y Obligaciones de los Pacientes y Usuarios de los Servicios de Salud.

8. **Fahrer Rodolfo.** Temas de Psicología Médica. CTM Servicios Bibliográficos, Bs. As. 1987; 16.

9. **Jeammet Ph.** Manual de psicología médica. Ed. Toray Masson, Barcelona, 1982.

10. **Bourdieu Pierre.** Cosas Dichas. Ed. Gedisa, Bs. As. 1988;26.

11. **Augé Marc.** Los no lugares. Espacios del anonimato. Ed. Gedisa, Barcelona, 2004;25.

12. **Schneider Pierre-B.** Psicología aplicada a la Práctica Médica. Ed. Paidós, Bs. As. 1974;166.

13. **Sistema de Información Hospitalaria.** El Hospital Pediátrico en cifras, 2005.

---

**\*Docente de Bioética de la Facultad de Medicina de la UDELAR.  
Responsable del Área de salud mental de la Unidad de Cuidados Intensivos de Niños del Centro Hospitalario Pereira Rossell.  
Maestranda en Antropología,  
FHCE**