

Contribución de las ciencias sociales y humanas a las ciencias de la salud: Ejemplo de una investigación multidisciplinaria

Liliana Gomez Cardona, Sainte-Justine Hospital, Québec, Canada

Resumen: El pluralismo cultural y la diversidad social atraviesan diferentes contextos sociales en el mundo contemporáneo, ejerciendo diferentes impactos sobre las instituciones oficiales. En el contexto de los servicios de salud de una ciudad cosmopolita como Montreal, la realización de nuevos proyectos de investigación y de intervención se hace necesaria, con el fin de evaluar la manera como los diversos grupos poblacionales entran en relación con dichos servicios. A nivel investigativo, se hace indispensable la creación de colaboraciones interdisciplinarias con las cuales poder examinar las situaciones clínicas, a la luz de los diferentes elementos que la componen: sociales, culturales y étnicos. En este artículo, expongo algunas reflexiones que se derivan de una investigación interdisciplinaria entre antropólogos y médicos, cuyo tema central gira en torno de los desórdenes funcionales del intestino dentro de la población infantil. Este trabajo en antropología médica permitió documentar y analizar los discursos de las familias y de los niños alrededor de la percepción de dicho problema de salud, así como de las prácticas y soluciones que estos ponen en marcha y con las cuales buscan aliviar el dolor y lograr un estado de bienestar. Las reflexiones que comparto en este artículo tienen como centro de interés los principales referentes teóricos y metodológicos utilizados desde la disciplina antropológica, los cuales serán ilustrados con la ayuda de algunos extractos de entrevistas realizadas. Mas allá de simplemente enumerar los resultados de la investigación, muestro un ejemplo de colaboración fructífera entre la antropología y la pediatría, la cual abre perspectivas de investigación y de aplicación futuras en lo que atañe a las relaciones entre las familias, las comunidades y los servicios institucionales.

Palabras Clave: Antropología, investigación multidisciplinaria, familias, pediatría, teoría, metodología cualitativa

Abstract: Cultural pluralism and social diversity go through different social contexts in the contemporary world, exerting different impacts on official institutions. In the context of health care of a cosmopolitan city as Montreal, new projects of investigation and intervention are necessary, in order to assess how different population groups come into contact with such services. At the research level, it is essential to create interdisciplinary collaborations in order to examine the clinical situations in the light of the various constituent elements: social, cultural and ethnic ones. In this article, I present some reflections derived from interdisciplinary research among anthropologists and clinicians, whose central theme turned around functional gastrointestinal disorders in the pediatric population. This work in medical anthropology allows to document and analyze the speeches of families and children around the perception of that health problem, as well as practices and solutions implemented in order to relieve pain and achieve a welfare state. The main focuses I share in this article are theoretical and methodological references used in the anthropology discipline, which will be illustrated with the help of some extracts of interviews. Beyond simply listing the results of the research, I show an example of collaboration between anthropology and pediatrics, which opens perspectives for future research and applications in regard to relationships between families, communities and institutional health services.



Keywords: Anthropology, multidisciplinary research, family, pediatrics, theory, qualitative methodology

INTRODUCCIÓN

El Objetivo De este artículo es presentar las principales contribuciones que las ciencias humanas y sociales hacen a las ciencias de la salud. De manera más puntual, mostrar como la antropología aporta teórica y metodológicamente a la gastroenterología, una rama de la medicina que se caracteriza por la especialización del conocimiento y por una tendencia a separar los aspectos bio-psicosociales y culturales de la experiencia de salud-enfermedad. Nuestras reflexiones alrededor de esta colaboración interdisciplinaria se hacen tomando como ejemplo una investigación multidisciplinaria, llevada a cabo en Montreal (Canadá) sobre un trastornogastro-intestinal, conocido en el lenguaje médico como “desórdenes funcionales gastro-intestinales” (DFGIs)¹.

En la primera parte del artículo, presentamos los datos epidemiológicos más recientes sobre los DFGIs, al igual que los principales resultados de la investigación existente al respecto. En la segunda parte, exponemos algunos elementos teóricos y metodológicos de la perspectiva antropológica, y señalamos sus principales contribuciones a la práctica de las ciencias de la salud y a la comprensión de los DFGIs. Finalizamos el artículo con algunas conclusiones y proponiendo vías futuras para el desarrollo de la investigación multidisciplinaria entre las ciencias sociales y humanas y las ciencias de la salud.

Epidemiología

Desde el punto de vista de la medicina, los desórdenes funcionales gastro-intestinales (DFGIs) constituyen un problema a nivel del funcionamiento de los organos del sistema intestinal. Los síntomas asociados a los DFGIs son los dolores abdominalesrecurrentes y la aparición más o menos frecuente de otros síntomas, como la diarrea, la constipación, el vómito y las náuseas. Los DFGIs no presentan ninguna anormalidad estructural, o por lo menos, ninguna alteración fisiologica es observable. Este carácter “no observable” de los DFGIs hace que su estudio y comprensión sean un desafío para la medicina, la cual basa sus conocimientos, en buena medida, en las realidades observables (Foucault 1963).

La prevalencia de los DFGIs es del orden del 13% al 20% entre la población canadiense, y del 10% al 15% entre la población mundial (Barakzai MD, Fraser, 2007). El 10% de la población infantil es afectada por estos desordenes (Baretic M, Jurcic D, Mihanovic M, y al. 2002).

Algunos de los estudios que se realizaron inicialmente sobre los DFGIs, señalaban que este problema era menos frecuente en los países no occidentales que en los países occidentales (Birtwhistle, 2009; Waissman R., Cook J, Dommergues J-P. 1993). Sin embargo, varios estudios muestran que estas diferencias tienden a disminuir recientemente, debido en buena medida a grandes cambios socio-económicos que viven ciertos países no occidentales. Así, los procesos de industrialización y las modificaciones en los estilos de vida han conllevado a una aumentación de los DFGIs en Sudáfrica. De manera similar, la frecuencia de los DFGIs

¹ Esta investigación llevó por título “Factores socio-culturales de protección y vulnerabilidad de los desordenes funcionales del intestino”. La dirección estuvo a cargo de S. Fortin, la co-dirección de C.Faure, A.Rasquin et G. Bibeau y la coordinación de A.Gauthier. La autora del presente artículo trabajó como asistente de investigación y redactó su tesis de maestría a partir de unos resultados parciales. La financiación fue otorgada por el FRSQ (Fondo de Investigación sobre la Salud de Quebec”).

en Nigeria (Corin E, Bibeau G. 1992; Crushell E, Doherty M, Gormally S, y al. 2003), Kenia (Danivat D, Tankeyoon M, Sriratanaban, 1988) y en la Costa de Marfil (Drossman DA, Sandler RS, McKee DC, Lovitz AJ., 1982) se acercan a la encontrada en los Estados-Unidos. En otros países, la proporción de personas afectadas por los DFGIs mantiene un nivel más o menos estable: Estados Unidos 10%-15%, Suecia 13.5%, China 15.9%, Singapur 8.6%, Pakistán 14%, Taiwán 22.1%, Nigeria 26.1% (Fassin D., 2000). Si bien hay que tener en cuenta que la medición y la comparación de la frecuencia de DFGIs presentan dificultades y limitaciones, las variaciones existentes entre estos son atribuidas principalmente a la alimentación, la higiene y a los factores psico-sociales (Fortin, S., 2008; Fortin S, Faure C, Bibeau G, Rasquin, A. 2009-2011).

Por otro lado, numerosos estudios sugieren la existencia de similitudes en cuanto a la percepción de los síntomas y a la decisión de buscar ayuda médica para curar los DFGIs en diferentes países (Gauthier A, Bibeau G, Alvarez F., 2008; Gauthier A, Corin E, Rousseau C., 2008; Gomez L., 2010). Sin embargo, algunas diferencias según el sexo de la persona que padece de DFGIs han sido constatadas. Así, frente a los dolores gastro-intestinales, las mujeres de diferente nacionalidad y cultura, tienen mayor tendencia a buscar ayuda médica que los hombres (Gwee KA, Ghoshal, 2009; Heitkemper M., 2008; Heizer WD, McGovern S., 2009). Aunque los conocimientos alrededor de los factores que causan los DFGIs han aumentado durante los últimos años, aun falta mucho por dilucidarse sobre los factores que favorecen y agudizan su evolución, o que por el contrario previenen su desarrollo (Howell S, Talley N, Quine S, y al., 2004; Hungin A, Whorwell PJ, Tack J, Mearin F., 2003).

A pesar del estado incipiente de la investigación sobre los DFGIs, una buena parte de investigadores y médicos comparten una explicación bio-psico-social. Según este modelo, el dolor abdominal es causado por la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales, es decir que los principales factores que favorecen su aparición son genéticos y medioambientales. Dentro de las condiciones medioambientales que entran en juego, aquellas vividas durante los primeros años de vida son especialmente importantes. Entre éstas tenemos la alimentación, la digestión, las dinámicas familiares, la exposición a infecciones, la manera de somatizar y la forma de expresar el dolor. Estos factores constituyen la base de los procesos fisiológicos (motilidad anormal e hipersensibilidad del intestino) y psicológicos (susceptibilidad al estrés de la vida cotidiana, maneras de hacer frente al dolor, apoyo social) que son determinantes de los DFGIs. Hay que tener en cuenta que cada persona vive estos procesos de una manera particular, lo cual determina su percepción, comportamiento y reacciones frente a esos dolores (Kirmayer L, Young A, Robbins J., 1994; Kleinman A, Seeman D, Albrecht G, Fitzpatrick, Ray, 2000).

La complejidad de factores y dimensiones que atraviesan los DFGIs hace que su estudio multidisciplinario sea necesario. Una mirada desde diferentes perspectivas permite comprender mejor el dolor abdominal y la interacción de los diferentes factores biológicos, psicológicos y culturales que entran en juego. Un trabajo interdisciplinario entre las ciencias de la salud y las ciencias sociales, permite igualmente la identificación de los elementos que agravan este problema de salud o que por el contrario protegen a las personas. De la misma manera, la relación médico-paciente-familiares se ve enriquecida gracias a los resultados de un trabajo multidisciplinario.

Contribuciones de la perspectiva y del método antropológico a la comprensión del dolor abdominal

La enfermedad no es solo biológica: la antropología tiene una visión del ser humano como un ser complejo, compuesto de diferentes dimensiones y en estrecha relación con el entorno que lo rodea. Desde este punto de vista, ninguna dimensión determina de manera estricta a los seres humanos, sino que la dimensión biológica entra en relación recíproca con otras dimensiones, como lo son la social, la simbólica y la psicológica. La antropología médica se interesa por las interacciones entre el cuerpo y los elementos sociales y culturales que lo componen, de tal manera que el cuerpo es concebido como una entidad física y simbólica al mismo tiempo, como una construcción cultural y orgánica, anclada en un espacio y en un tiempo concretos (Kleinman A., 1988). Los diferentes factores que componen el cuerpo son igualmente fundamentales en los procesos de salud y enfermedad, y para el caso que nos ocupa, en la aparición y evolución del dolor abdominal.

Con el fin de lograr una mejor comprensión de esta compleja realidad social de la salud-enfermedad, un antropólogo norteamericano (Eisenberg 1977) ha distinguido tres conceptos de la *enfermedad*, los cuales están estrechamente relacionados:

- *Patología (disease):* hace referencia a la realidad física y fisiológica de la enfermedad, es decir, a la enfermedad identificada desde el punto de vista médico. Un ejemplo de esta noción es el desorden funcional gastro-intestinal.
- *Dolencia (illness):* la experiencia subjetiva que cada persona vive de la enfermedad; las percepciones, explicación y reacciones que los individuos hacen de frente a sus problemas de salud.
- *Sickness:* la enfermedad como un fenómeno social, intersubjetivo y socializado, lo cual comprende las representaciones de la enfermedad y la manera de reaccionar frente a ella por parte de una población determinada (Kleinman 1988).

Estos diferentes niveles de comprensión del cuerpo constituyen “la experiencia personal de la enfermedad”, la cual incluye el mundo social, la subjetividad y los procesos psicofisiológicos (Kleinman A., 1980): una relación recíproca entre el universo social de la persona y su cuerpo/ser, es decir, entre su entorno interno y su entorno externo (Kleinman A, Seeman D, Albrecht G, Fitzpatrick, Ray, 2003).

Con el objetivo de profundizar más en la comprensión multidimensional del cuerpo, la salud y la enfermedad, diferentes antropólogos norteamericanos (B. Good, 1998; Good y M. DelVecchio-Good 1993) han elaborado una perspectiva centrada en la significación y la experiencia de la enfermedad. Ellos plantean que el plano narrativo es la fuente a partir de la cual las personas construyen sus experiencias, y en esta medida, los relatos y los discursos de los individuos ocupan el centro de interés del análisis antropológico (Kleinman 1988)

Desde este punto de vista, todo problema de salud es abordado no solamente en su dimensión biológica, sino también en sus dimensiones sociales y culturales, las cuales son fundamentales. En el caso de los DFGIs, estos no pueden confinarse a la región abdominal, sino que deben ser entendidos teniendo en cuenta las experiencias personales, la trayectoria de vida de las personas, el contexto económico en el que viven y sus relaciones con los demás.

El cuerpo como vehículo del sufrimiento social: para la antropología, el cuerpo es también un mediador a través del cual las personas dan forma a su malestar y a sus aficciones. Es

más, el cuerpo puede ser el único medio a través del cual es canalizado el sufrimiento y las presiones sentidas por las personas en diferentes contextos sociales. Así, las condiciones o situaciones difíciles dejan sus marcas en el cuerpo y pueden tomar la forma de ciertos problemas de salud. Dentro de este contexto, el dolor abdominal y sus síntomas asociados, son indicadores de condiciones de vida difíciles, que a nivel social, político o económico viven las personas.

Para tener una mejor comprensión de esta compleja realidad y de las interacciones entre el mundo individual-corporal y el mundo social en el cual están inmersas las personas, algunos antropólogos han desarrollado el concepto de “sufrimiento social”. Este concepto hace referencia a las contradicciones que atraviesan a los individuos a nivel identitario y a nivel de la posición social que ocupan (Kleinman 1997). El sufrimiento social es un sufrimiento que se inscribe en el cuerpo, cuando los individuos no se pueden realizar socialmente y cuando no pueden lograr lo que querían lograr. Es el caso, por ejemplo, de las personas que se ven obligadas a ocupar una posición que las invalida o las desvaloriza. Estas contradicciones generan una tensión que es interiorizada por las personas, la cual aumenta en la medida en que éstas no logran salir de esa situación que les es penosa. La persona se ve así confrontada a un conflicto interno, cuyo origen es externo. Esta situación puede generar una fragilidad somática y mental de la persona, la cual solamente será atenuada a través de un cambio de su situación (Rossi 2007). El sufrimiento social es el producto de la violencia social, de la inequidad social y de las relaciones de poder y económicas abrumadoras.

En el caso de nuestra investigación sobre los DFGIs, las historias contadas por varios niños entrevistados nos dejan ver que sus dolores abdominales están relacionados con situaciones que ellos vivían como estresantes dentro del contexto escolar. Así, la presión académica ejercida por algunos profesores, al igual que las relaciones conflictivas con ciertos compañeros, eran para esos niños, el contexto que favorecía la aparición de sus dolores abdominales. Por otra parte, algunas madres de familia entrevistadas, las cuales habían emigrado de Haití a Canadá, consideraban que los dolores abdominales que sus hijos padecían habían disminuido después de la inmigración, gracias a las mejores condiciones de vida encontradas en la nueva sociedad.

Una noción matizada de cultura: de acuerdo con algunos antropólogos críticos, la noción de “cultura” es una abstracción teórica y analítica, la cual comprende un conjunto de valores, creencias y maneras de ser, que toma sentido en un contexto histórico y relacional específico, y cuyas fronteras son permeables y cambiantes (Fortin y Laprise 2007). Así, en lugar de tomar la cultura como algo inmutable y fijo en el espacio y el tiempo, la antropología crítica nos invita a deconstruir la idea de una cultura dotada de una esencia atemporal y el mito de un origen supuestamente puro. Por el contrario, la cultura debe ser concebida como algo relacional, teniendo en cuenta el contexto dentro del cual ella se elabora (Cucho 2004: 103).

Mientras que la perspectiva culturalista aprehende la cultura como un conjunto cerrado con una coherencia y uniformidad internas, nosotros insistimos sobre el carácter interaccional de la cultura y su reconstrucción constante a través de las relaciones sociales. Este carácter dinámico de la cultura se hace más evidente dentro de los contextos sociales y pluralistas contemporáneos, en donde las interacciones extra-territoriales, los desplazamientos y la complejificación de los sistemas de referencia no cesan de aumentar (Hannerz 1993). La antropología invita así a oponerse al determinismo cultural, a hacer deducciones ligeras y fáciles que establecen una correspondencia estricta entre las personas y los grupos culturales.

La antropología médica nos recuerda, así mismo, que los relatos orales a través de las cuales los individuos expresan su malestar y hablan de su enfermedad, no son elaboradas por una sola persona, sino que son creaciones colectivas, compuestas por los puntos de vista de diferentes personas, las cuales se sitúan en contextos sociales e históricos específicos. Estos relatos emergen de las intersecciones entre las vivencias particulares de cada persona y las estructuras y contextos sociales, económicos, políticos y culturales en los cuales ella vive.

En el caso de las familias y personas de diferente nacionalidad que se establecen en un nuevo país, el dinamismo cultural es evidente. Esto ocurre, por ejemplo, con las familias inmigrantes de la investigación citada. Allí, vemos que las personas entrevistadas tienen en cuenta diferentes universos simbólicos y semánticos, los cuales están enraizados en diferentes matrices culturales, para explicar el dolor abdominal. De esta manera, la aplicación de una noción como aquella de “cultura de origen” sería un reduccionismo que los hechos no constatan. Esta noción presupone la existencia de un sistema cultural original estable, fácilmente transferible de un contexto social previo al nuevo contexto de la sociedad de establecimiento. Sin embargo, las observaciones empíricas realizadas por algunos autores, desmienten la universalidad y la simplicidad de este tipo de explicaciones (Cuche 2004). De hecho, la noción de “cultura de origen” es vaga desde el punto de vista semántico, y débil desde el punto de vista operacional. Esta noción desconoce la diversidad social de los inmigrantes, quienes aunque provengan de la misma sociedad de origen, siguen una trayectoria migratoria única que los sitúa dentro de un marco de relaciones sociales y culturales igualmente particulares. Además, todos los inmigrantes no sienten ni viven el mismo apego con respecto de sus tradiciones. Es más, al interior de cada familia, cada uno de sus miembros vive a su propio ritmo la adaptación y la adopción de las nuevas formas culturales, lo cual puede incluso generar tensiones y conflictos (Battaglini 2000).

En conclusión, la disciplina antropológica nos recuerda que la noción de “cultura” falla a la hora de dar cuenta de la naturaleza mixta de los elementos culturales que las personas portan, de las mezclas, amalgamas y nuevas elaboraciones culturales que se producen en cada contexto específico.

Una metodología que gana en profundidad: el método antropológico (ya sea de tipo fenomenológico, etnográfico o basado en la teoría) puede llevar a una mejor comprensión de la experiencia que las personas tienen de la enfermedad y de los DFGIs. Esta comprensión puede darse a través de diferentes medios. Así por ejemplo, la observación de las situaciones familiares y la realización de entrevistas en profundidad con las personas y sus familias, a menudo en sus domicilios, pueden revelar dimensiones que no son observables durante las consultas médicas o que no pueden ser medidas con los instrumentos de diagnóstico médico. En nuestra investigación, vimos como por ejemplo, resulta difícil para las personas el hecho de hacer una descripción exacta de sus síntomas y de situarlos en un sitio corporal específico. Además, en varias ocasiones los individuos no logran expresar las sensaciones y el dolor a través de las opciones establecidas dentro del protocolo médico (Roma III) (Landau DA, Levy Y, Bar-Dayan Y., 2008).

La utilización del método antropológico nos permite tener una mejor comprensión de la intensidad del dolor y una descripción más exacta de la forma como las personas sienten y viven el malestar y la enfermedad. Esto se complementa con la noción de “dolencia” (*Illnes*), de la cual hablamos previamente. Las entrevistas en profundidad y las observaciones son instrumentos valiosos para lograr una escucha atenta de los relatos de las personas. Dentro

de esta perspectiva, la comunicación verbal y no verbal, al igual que las prácticas y las dinámicas observadas enriquecen los datos y la información a analizar. Posteriormente, es útil hacer una comparación entre los datos recogidos durante el trabajo de campo y la información arrojada durante las consultas médicas, con el objetivo de mejorar la comprensión del proceso en cuestión.

Otro de los elementos importantes que el método antropológico nos revela es el que concierne las acciones llevadas a cabo por las personas. Las observaciones y el acompañamiento cotidiano de las personas dentro de sus contextos de vida, nos permite conocer los recursos con los que cuentan para hacer frente a sus problemas de salud. De la misma forma, podemos ver las acciones que adelantan y la movilización de recursos, ya sea económicos, simbólicos o sociales, que logran hacer con relación a su problema. Este conocimiento más amplio de los recursos con que las familias cuentan, nos ayuda a su vez, a lograr una mejor comprensión de la aparición y de la evolución de los DFGIs, ya que podemos analizar los contextos más o menos favorables a su desarrollo. De esta manera, podemos documentar los contextos sociales y familiares que favorecen la aparición de los DFGI o que por el contrario protegen de éstos. Este es un aporte importante que las ciencias humanas y sociales hacen a las ciencias de la salud.

Por otro lado, el modelo de análisis de los datos recogidos varía de acuerdo con las preguntas de la investigación. En la investigación que presentamos en este artículo, nuestro equipo multidisciplinario utilizó el modelo llamado “Signos, significados y acciones” (Corin E, Bibeau G., 1992). Este modelo analítico nos permite articular el punto de vista de las diferentes personas con respecto a las variables semiológicas, semánticas y pragmáticas que atraviesan los discursos y las vivencias de los individuos enfermos y su entorno. Así, fue posible estudiar: 1) los signos y síntomas relacionados con el dolor abdominal, tal como ellos son percibidos por las personas implicadas; 2) los significados y las explicaciones que son atribuidos a esos signos y síntomas; 3) las acciones emprendidas por las personas con el ánimo de aliviar el dolor y de elegir una opción terapéutica.

Este tipo de método es particularmente apropiado para los datos cualitativos, ya que no garantiza una exactitud estadística. En efecto, el método antropológico se concentra en los aspectos cualitativos de la muestra, buscando profundizar en la calidad de la información recogida. El principal objetivo es lograr una mejor comprensión del fenómeno estudiado, enfocándose en su lógica interna, más que en su generalización (Masters K., 2006; Melia K., 2010).

La relación médico-paciente: una de las contribuciones que la antropología hace a la medicina es el hecho de situar a cada paciente y a su familia dentro de su contexto de vida específico. El conocimiento profundo de la vida familiar y de las dinámicas internas que viven los grupos familiares nos ayuda a definir el rol que cada miembro de la familia puede jugar dentro de la movilización de los recursos formales e informales, individuales y colectivos, para aliviar los DFGIs. De la misma manera, gracias a las entrevistas en profundidad podemos apreciar el clima familiar, la búsqueda de soluciones emprendidas hasta el origen mismo del problema. Toda esta información tiene un valor inestimable para los profesionales de la salud, ya que les ayuda a trazar un plan de tratamiento que sea sensible a la situación vivida por el paciente y su familia.

Por otra parte, la perspectiva antropológica explora igualmente las explicaciones y las interpretaciones que las personas dan a los DFGIs. Estas explicaciones deben ser tenidas en cuenta, como una forma de referirse a la etiología del problema, la cual está basada en las

experiencias y en las palabras de las personas mismas. Ellas proporcionan modelos de explicación de los episodios de dolor e influyen la manera como las personas y los profesionales de la salud reaccionan frente al problema de salud. Así mismo, estas explicaciones son una de las dimensiones más importantes para establecer una buena comunicación y desarrollar una alianza terapéutica sólida entre los pacientes, sus familias y los profesionales de la salud. En ocasiones las diferentes partes implicadas no están de acuerdo con la explicación dada al problema de salud, y estos desacuerdos pueden ir en contra del éxito del plan terapéutico y de las relaciones entre las personas y los profesionales de la salud. Tener en cuenta esas explicaciones es entonces muy importante para identificar fuentes potenciales de desacuerdo y fuentes potenciales de convergencia.

Igualmente, un mismo tipo de explicación puede tener diferentes significados y ser abordado de distinta manera por las personas y por los miembros de una misma familia. En la investigación citada, observamos por ejemplo, que las personas entrevistadas se relacionan de manera diferente con respecto a la alimentación, una categoría etiológica importante para todas las personas. Así, la alimentación es abordada en su dimensión instrumental, nutricional, social o emocional. Estas diferentes connotaciones de la alimentación pueden influenciar la manera como las familias responden a los dolores de estómago. Por consiguiente, tener un mejor conocimiento de la riqueza semántica asociada a la alimentación, al igual que de los hábitos alimentarios de las personas, resulta esencial a la hora de lograr una buena colaboración entre éstas y los profesionales de la salud.

Así mismo, la investigación antropológica puede contribuir a la relación terapéutica documentando la percepción que las personas tienen de los servicios médicos. La relación entre los pacientes, sus familias y los profesionales de la salud puede mejorarse, si se conocen los puntos de acuerdo y de desacuerdo entre las distintas partes y la forma como las personas implicadas negocian los significados y explicaciones del problema. Un mejor conocimiento de los roles que cada uno juega y del impacto que el diagnóstico y las recomendaciones médicas tienen sobre la vida de las personas afectadas, también es importante. El método y la perspectiva antropológicos, como ya lo hemos señalado, nos permiten documentar en profundidad cada uno de estos aspectos.

Las impresiones que las personas tienen de los servicios de salud, el hecho de sentirse escuchadas o no durante las consultas médicas, y las interpretaciones que hacen de los consejos dados por los profesionales de la salud, son elementos importantes para el éxito del plan terapéutico. Varias investigaciones han demostrado que las relaciones médico-paciente-familia se enriquecen cuando los diferentes conocimientos (oficiales y populares) entran en negociación, dentro de un espíritu de diálogo y de complementariedad disciplinaria. Esta dinámica alimenta a su vez el surgimiento de nuevos paradigmas de análisis y de nuevas aproximaciones clínicas.

Por último, dado que numerosas personas que sufren de DFGIs no consultan a un especialista por estos dolores (Wigington WC, Johnson WD, Minocha A., 2005; Wilson S, Roberts L, Roalfe A, Bridge P., 2004; Zuckerman MJ, Drossman DA, Foland JA, y al., 1995), una investigación antropológica alrededor de la población no consultante puede revelar una información valiosa acerca de este problema de salud. Si pensamos, por ejemplo, en términos de los factores socio-culturales de protección y de vulnerabilidad relacionados con la aparición y evolución de los DFGIs, las observaciones etnográficas pueden revelarnos algunas respuestas. Así, las relaciones intrafamiliares, y más específicamente, las relaciones parentales pueden canalizar los dolores de estómago en algunos casos, mientras que en otros,

estas relaciones los pueden exacerbar. De hecho, el contexto de vida social específico de las personas, influye la movilización –o no– de recursos para resolver los problemas de salud, tanto al interior de los grupos familiares, como a nivel de los servicios de salud. Esto significa que los mismos factores pueden ser protectores, dentro de un contexto determinado, o por el contrario fragilizantes, dentro de otro contexto. La antropología sitúa estos factores dentro de su contexto justo y específico, suministrando así una manera pluralista de abordar y de comprender los DFGI, tal como ellos son vividos y expresados por los diferentes grupos y seres humanos.

Conclusión

Las contribuciones que una disciplina de las ciencias sociales y humanas, como lo es la Antropología, hace a las ciencias de la salud, son pertinentes dentro del contexto social, político, cultural y económico actual, tanto a nivel local como global. Para nosotros, el rol del antropólogo y de las Humanidades es el de proponer y defender una visión compleja del ser humano, en donde los diferentes elementos simbólicos, medioambientales, psicológicos, artísticos, espirituales, políticos, económicos y biológicos sean tenidos en cuenta. De la misma manera, desde las ciencias humanas, se trata de evitar y denunciar todo reduccionismo que pretende igualar el ser humano a sus elementos puramente biológicos, genéticos y al dominio de los desarrollos tecnológicos, por ejemplo.

En este trabajo mostramos que la experiencia de la enfermedad esta atravesada por diferentes dimensiones (biológica, psicológica, social y cultural) y que las representaciones que las personas se hacen de su cuerpo y de los procesos de salud-enfermedad son complejos. Estas representaciones son el fruto de las condiciones sociales de vida y pueden divergir dentro de un mismo grupo cultural. En lo que atañe a los DFGIs, vimos que las personas entrevistadas dan diferentes explicaciones a sus dolores, las cuales pueden variar al interior mismo de una familia. También observamos que ellas recurren a diferentes recursos, no solamente médicos, los cuales evitan el agravamiento de los DFGIs. Varias personas hablaron de algunos límites que habían encontrado en los protocolos de diagnóstico clínico para describir sus dolores, y expresaron la percepción que tuvieron de las consultas médicas, lo cual constituye un feed-back positivo para los profesionales de la salud.

El trabajo multidisciplinario e interdisciplinario (ya sea a nivel de la investigación o de la aplicación del saber) es de suma importancia, ya que permite un diálogo entre los diferentes campos del conocimiento y de su práctica, al igual que una descentración sana de las diferentes disciplinas. La antropología crítica, como lo vimos, se sitúa dentro de este contexto, como un espejo crítico y constructivo de las ciencias de la salud, las cuales presentan una tendencia hacia la especialización del conocimiento, a las explicaciones biologicistas, y a la medicalización de la experiencia que las personas tienen de su cuerpo y del proceso salud-enfermedad. Finalmente, la humanización de las relaciones sociales, en la relación médico-paciente, a través de la escucha y el mutuo reconocimiento, es otro campo que es pertinente nutrir en esta era de la información y de la tecnología.

Referencias

- Barakzai MD, Fraser D. (2007). "The effect of culture on symptom reporting: Hispanics and irritable bowel syndrome". *J Am Nurse Pract.*, 19(5): 261-267.
- Baretic M, Jurcic D, Mihanovic M, y al. (2002). "Epidemiology of irritable bowel syndrome in Croatia". *Coll Antropol.*, 26(suppl): 85-91.
- Battaglini A. et al. (dir.) (2000). *Culture, santé et ethnicité: vers une santé publique pluraliste*, Montréal: Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Direction de la santé publique
- Birtwhistle, R. (2009). "Irritable bowel syndrome: are complementary and alternative medicine treatments useful?" *Can Fam Physician*, 55(2): 126-127.
- Corin E, Bibeau G. (1992). "Articulation et variation des systèmes de signes, de sens et d'action". *Psychopathologie Africaine*, 24(2): 183-204.
- Crushell E, Doherty M, Gormally S, y al. (2003). "Importance of parental conceptual model of illness in severe recurrent abdominal pain". *Pediatrics*, 112(6): 1368-1372.
- Cuche, D. (2004). *La notion de culture dans les sciences sociales*, Paris: Éditions La Decouverte.
- Danivat D, Tankeyoon M, Sriratanaban A. (1988). "Prevalence of irritable bowel syndrome in a non-Western population". *BMJ*, 263-267.
- Drossman DA, Sandler RS, McKee DC, Lovitz AJ. (1982). "Bowel patterns among subjects not seeking health care: use of a questionnaire to identify a population with bowel dysfunction". *Gastroenterology*, 83(3): 529-534.
- Eisenberg L. (1977). "The perils of prevention: a cautionary note". *New England Journal of Medicine*, 297: 1230-1232.
- Fassin D. (2000). "Entre politiques du vivant et politiques de la vie". *Anthropologie et Sociétés*, 24(1): 95-116.
- Fortin, S. (2008). "The paediatric clinic as negotiated social space". *Anthropology and Medicine*, 15(3): 175-187.
- Fortin S, Faure C, Rasquin A, Bibeau, G, Gauthier, A, Gomez, L. y al. (forthcoming) "Functional gastrointestinal disorders: an interdisciplinary perspective".
- Fortin S. et E. Laprise. (2007). "L'espace clinique comme espace social", dans M. Cagnet et C. Montgomery. *L'éthique de l'altérité*. Montréal: Les Presses de l'Université Laval, p. 191214.
- Foucault, M., (1963). *Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical*. Paris, Presses Universitaires de France.
- Gauthier A, Bibeau G, Alvarez F. (2008). "Créer des espaces de négociation entre famille et équipe soignante lors de traitements de pointe en pédiatrie: illustrations et réflexions". *Intervention*, 129: 58-68.
- Gauthier A, Corin E, Rousseau C. (2008). "À la croisée des récits: explorer la rencontre clinique en début de psychose". *L'Évolution Psychiatrique*, 73: 639-654.
- Glaser, B, Strauss, A. (1967). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Chicago: Aldine.
- Gomez L. (2010). *Les maux de ventre des enfants haïtiens de Montréal: entre la recomposition culturelle et la souffrance familiale*. Université de Montréal.
- Good, B. (1998). *Comment faire de l'anthropologie médicale? Médecine, rationalité et vécu*, Paris : Les Empêcheurs de penser en rond.
- Good, B. et M.-J. DelVecchio. (1993). "Au mode subjonctif. La construction narrative des crises d'épilepsie en Turquie". *Anthropologie et Sociétés*, 17, 1-2, p. 21-42.
- Gwee KA, Ghoshal UC. (2009). "Epidemiology of irritable bowel syndrome in Asia: something old, something new, something borrowed". *J GastroenterolHepatol*, 24(10): 1601-1607.
- Hannerz, U. (1993). *Cultural complexity: studies in the social organization of meaning*, New York: Columbia University Press

- Heitkemper M. (2008). "Irritable bowel syndrome: does gender matter?" *Psychosomatic Research*, 64(6): 583-587.
- Heizer WD, McGovern S. (2009). "The role of diet in symptoms of irritable bowel syndrome in adults: a narrative review". *J Am Diet Assoc*, 109(7): 1204-1214.
- Kirmayer L, Young A, Robbins J. (1994). "Symptom attribution in cultural perspective". *Can J Psychiatry*. 39(10): 584-595.
- Kleinman A, Seeman D, Albrecht G, Fitzpatrick, Ray, eds. (2000). *Handbook of Social Studies in Health and Medicine*. Thousand Oaks, CA: Sage, xxvii.
- Kleinman, A., V. Das et M. Lock. (1997). *Social suffering*, USA: University of California Press.
- Kleinman A. (1988). *The Illness Narratives: Suffering, Healing and the Human Condition*. New York: Basic.
- Landau DA, Levy Y, Bar-Dayyan Y. (2008). "The prevalence of gastrointestinal diseases in Israeli adolescents and its association with body mass index, gender and Jewish ethnicity". *J Clin Gastroenterol*, 42(8): 903-909.
- Masters K. (2006). "Recurrent abdominal pain, medical intervention, and biofeedback: what happened to the biopsychosocial model?" *ApplPsychophysiol Biofeedback*, 31(2): 155-165.
- Melia K. (2010). "Recognizing quality in qualitative research". En: Bourgeault I, Dingwall R, De Vries R, eds. *Handbook of Qualitative Methods in Health Research*. Los Angeles: Sage., 559-574
- Rossi, I. (2007). "Quêtes de spiritualité et pluralisme médical : reconfigurations contemporaines" dans Gauthier-Durisch, N., I. Rossi et J. Stolz (eds.) *Quêtes de santé. Entre soins médicaux et guérison spirituelles*, Genève : Éditions Labor et Fides.
- Weissman R., Cook J, Dommergues J-P (1993). "L'enfant malade et le monde médical: dialogue entre familles et soignants". *Sciences Sociales et Santé*, 13(1): 137-139.
- Wigington WC, Johnson WD, Minocha A. (2005). "Epidemiology of irritable bowel syndrome among African Americans as compared with whites: a population-based study". *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 3(7): 647-653.
- Wilson S, Roberts L, Roalfe A, Bridge P. (2004). "Prevalence of irritable bowel syndrome: a community survey". *Br J Gen Pract*, 54(504): 495-502.
- Zuckerman MJ, Drossman DA, Foland JA, y al. (1995). "Comparison of bowel patterns in Hispanics and non-Hispanic whites". *Dig Dis Sci*, 40(8): 1763-1769.

Sobre el Autor

Liliana Gomez Cardona: M.Sc Anthropology, Université de Montréal. PhD student.