

FACULTAD DE MEDICINA
LICENCIATURA EN KINESIOLOGIA Y FISIATRIA

Tesina

Tema

***CREENCIAS DE LOS MEDICOS CARDIOLOGOS CON
RESPECTO A LA ACTIVIDAD FISICA***

Tutor: Lic. Airasca, Daniel

Autora: Palmioli, Yuquerí

Agosto, 2004

ÍNDICE

	Página
RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
PROBLEMÁTICA	6
OBJETIVOS	8
HIPÓTESIS	8
FUNDAMENTACIÓN	9
MÉTODOS Y PROCEDIMIENTOS	57
Tipo de estudio	57
Sujeto de estudio	57
Área de estudio	58
Instrumento	58
Procedimientos	58
Indicadores	59
DESARROLLO (resultados y comentarios)	60
CONCLUSIÓN	72
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	76
ANEXO	80

RESUMEN

La actividad física juega un rol fundamental en el abordaje de pacientes con cardiovasculopatías. Los obstáculos que se presentan a la hora de abordar esta práctica parecería, se deben a creencias que están socialmente arraigadas.

En la fundamentación de esta investigación se deja en claro lo que se entiende por una visión holística de actividad física, se discriminan conceptos que son usados indistintamente por las personas en general y por los médicos en particular, se detallan perspectivas que relacionan a la actividad física con la salud, se desarrollan las visiones holísticas de salud y de actividad física, se citan y explican los argumentos de la filosofía mecanicista y fragmentaria y otras creencias relacionadas y su correspondencia con los saberes sobre el cuerpo, se mencionan los modelos médicos o paradigmas y sus características, que condicionan el accionar de los profesionales de la salud, en este caso el de los médicos cardiólogos.

A través de las estrategias metodológicas y procedimientos de investigación, que se puntualizan en el desarrollo, se puede comprobar cuál es el discurso de los médicos cardiólogos con respecto a las sugerencias a sus pacientes de realizar actividad física, y qué teorías se esconden detrás de sus respuestas. Para llegar a una conclusión acerca del lugar de la actividad física en las indicaciones médicas se realizó una interpretación subjetiva de las mismas. Se comprobó que existe una limitada concepción de la actividad física, y que los médicos asignan a ella un significado reduccionista, propio de una visión fragmentada del cosmos.

INTRODUCCIÓN

Las cardiovasculopatías constituyen la primera causa de muerte en la población adulta de los países desarrollados. En Argentina son, también, el primer motivo de muerte entre los mayores de setenta años. En la población adulta argentina, 1 de cada 3 muertes se debe a cardiopatía isquémica y, 1 de cada 2 muertes a enfermedad vascular arterial aterotrombótica (cardíaca o cerebrovascular). El tabaquismo, la diabetes, la hipertensión, el alcoholismo y el estrés, entre otros, constituyen factores que predisponen para padecer cardiovasculopatías. Las proyecciones de futuro realizadas por Murray y López, por encargo del Banco Mundial y la OMS, prevén que en el año 2020, la cardiopatía coronaria y la enfermedad cerebrovascular ocuparán el primer y el cuarto lugar por su peso en la mortalidad, invalidez, reducción de la esperanza de vida y restantes repercusiones.¹

Hoy sabemos que la complejidad de la enfermedad cardiovascular y su elevada mortalidad y la necesidad de conseguir objetivos terapéuticos exigentes con los factores de riesgo cardiovasculares y otros parámetros, así como llevar a cabo una labor de control y seguimiento del tratamiento, que habitualmente es de por vida, aconsejan que los pacientes con cardiovasculopatías sean tratados en el marco de programas de prevención secundaria y rehabilitación. La actividad física, junto al control de los factores de riesgo para aterosclerosis y diversas actuaciones psicológicas constituyen los sistemas terapéuticos que conforman la rehabilitación cardíaca. El beneficio de la actividad física sobre el corazón se ejerce a través de múltiples factores: optimización

¹ En el artículo “La sociedad argentina de cardiología comienza un nuevo registro nacional de accidentes cerebrovasculares e hipertensión arterial”, 2004 Abril. Disponible en: <http://www.consultordesalud.com/act/htm>.

del sistema nervioso autónomo, que mejora la variabilidad de la frecuencia cardíaca y produce bradicardia; mejora del patrón lipídico con descenso de los valores de c-LDL y elevación de las cifras de c-HDL, reducción del peso y disminución de la presión arterial; efectiva utilización metabólica de la glucosa con disminución de la resistencia insulínica y dilatación de las arterias coronarias; aumento de la extracción de oxígeno por el músculo cardíaco y esquelético; económica función ventricular con aumento del gasto cardíaco; disminución de la ansiedad y estrés, y, lo más importante, producción de un estado con sensaciones de relajación y bienestar general.

En la actualidad, es incuestionable que estos programas mejoran la capacidad física, disminuyen los deterioros psicológicos y sexuales, y aumentan la incidencia de vuelta al trabajo, lo que se traduce por una mejor calidad de vida y una práctica desaparición de la sensación subjetiva y social de invalidez. Diversos autores han ideado distintos tests durante varios años que demuestran numéricamente estas conclusiones², a saber:

- ✦ En 1962, Taylor, de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Minesota, realizó un estudio de las historias de 161.609 trabajadores de la industria ferroviaria norteamericana. Encontró una menor mortalidad entre las personas más activas.
- En 1969, Shapiro publicó un análisis de 100.000 adultos inscritos en el Health Insurance Plan of Greater New York y clasificados según niveles de actividad física. El grupo menos activo tenía un riesgo de sufrir un primer ataque coronario doble (8,5 por cada 1.000) que el grupo más activo (4,2 por 1.000). La

² Maroto Montero, J. M.; Sosa Rodríguez, V.: "Papel del ejercicio físico en la prevención cardiovascular". En: Plaza Pérez, I. Compilador, "Cardiología Preventiva". Capítulo 19. Disponible en: <http://www.sobreentrenamiento.com/libros/htm>.

posibilidad de morir de este primer ataque era también mayor entre los más sedentarios.

✦ En 1975, Paffenbarger y Halebb, de la Facultad de Medicina de la Universidad de Stanford, analizaron las historias de 6.351 estibadores del área de San Francisco, que tenían entre 35 y 74 años, y los siguieron durante un período de tiempo de 22 años, o hasta su fallecimiento. Se producía una indudable protección contra los ataques coronarios en los trabajadores muy activos.

✦ Morris analizó la actividad física desempeñada durante el tiempo libre por más de 18.000 empleados del gobierno inglés, de mediana edad. Durante los 8 años y medio que duró el estudio, los que habían realizado ejercicios vigorosos (carreras, marcha rápida, alpinismo) tuvieron un 50% menos de ataques cardíacos y un índice de mortalidad por enfermedad coronaria un tercio inferior que los que no habían realizado este tipo de ejercicio.

✦ Paffenbarger estudió a 16.936 alumnos, previamente sanos, que habían ingresado en la Universidad de Harvard entre los años 1916 y 1950. Existía una menor mortalidad en el grupo que había seguido realizando una actividad física importante (gastos energéticos superiores a 2.000 kilocalorías a la semana.)

✦ Roy Shepard (1981) en Estados Unidos, señaló que la aterosclerosis era doblemente prevalente en aquellos individuos con ocupación laboral sedentaria.

Todas estas demostraciones empíricas dejan en claro la importancia que tiene el ejercicio físico en la vida de las personas, pero se olvidan de muchos aspectos inherentes a la actividad física. Son considerados los beneficios biológicos y psicológicos, fundamentalmente los primeros, y se dejan de lado cuestiones personales e

interpersonales y relacionadas con el entorno. Es por eso que esta investigación se basó en la realización de entrevistas a médicos cardiólogos con la finalidad de conocer cuál es el discurso que ellos sostienen con respecto a la actividad física. Intentaremos, a través de ellas, analizar bajo qué perspectivas se indica actividad física a los pacientes con problemas cardiovasculares.

PROBLEMÁTICA

El propósito de la presente investigación es analizar el lugar que ocupa la actividad física en las indicaciones de los médicos cardiólogos y las creencias que sostienen los mismos con respecto a ella.

Es bien sabido que la actividad física es un medio etiológico muy recomendado en la prevención-rehabilitación-segunda prevención de las cardiovasculopatías. Se reconocen desde hace tiempo los importantes beneficios físicos y psicológicos del ejercicio físico, pero a la hora de hablar de actividad física se excluyen muchos aspectos intrínsecos a ella y se cae en una conceptualización un tanto limitada. Así, la forma casi hegemónica y la más extendida de entender a la actividad física, habla únicamente de la dimensión biológica y se conceptualiza como “...cualquier movimiento corporal realizado con los músculos esqueléticos que lleva asociado un gasto de energía...”³; pero se olvida que la actividad física es una práctica social puesto que la realizan las personas en interacción entre ellas, otros grupos sociales y el entorno.

Las creencias compartidas por los médicos, como también por toda la sociedad, podrían ser obstáculos que alteren la visión holística del cosmos, y por ende, tergiversen la visión de la actividad física como un todo. Además, los médicos asignan un fuerte peso a sus creencias y no pueden romper ciertos esquemas. Aquí es donde tiene cabida la influencia del pensamiento fragmentario y el pensamiento mecanicista, que dominan el involuntario campo de las creencias. Éstas, pesan sobre las decisiones que toman los médicos con respecto a la inclusión de la actividad física en sus indicaciones. Se promueve el ejercicio físico con argumentos técnicos respecto al movimiento corporal,

³ Howley Don Franks: “Manual del técnico en salud y fitness”. Editorial Paidotribo, Barcelona, 1996.

y se descuida el valor global de la actividad física, como experiencia con uno mismo, con los demás y con el ambiente.

Es importante considerar la dicotomía y otras creencias relacionadas con una visión reduccionista, ya que las mismas están muy extendidas por todas partes, no sólo por toda la sociedad sino también en cada individuo, y producen una especie de confusión mental generalizada que crea muchísimos problemas y que interfiere en la claridad de la percepción, tan seriamente, que nos impide resolverlos.

OBJETIVOS

Generales

- Analizar las creencias de los médicos cardiólogos con respecto a la actividad física

Específicos

- Indagar el lugar que le otorgan a la actividad física en su vida cotidiana y en la vida de sus pacientes.
- Conocer las sugerencias que los médicos cardiólogos le dan a sus pacientes.
- Analizar bajo qué argumentos se indica actividad física a los pacientes con problemas cardiovasculares.
- Preguntar acerca de las conductas o hábitos de vida que toman los médicos cardiólogos.

HIPÓTESIS

Existen creencias que los médicos cardiólogos comparten junto con el resto de la sociedad, como son la concepción dicotómica y reduccionista del hombre, propias de una visión fragmentaria del cosmos, que coartan la posibilidad de considerar a la actividad física como inherente a la vida a la hora de dar las indicaciones a sus pacientes.

FUNDAMENTACIÓN

Actividad física vs. Ejercicio físico. Aclarando conceptos

Según Devís Devís, J.⁴ (2000) “... la *actividad física* es cualquier movimiento corporal intencional, realizado con los músculos esqueléticos, que resulta de un gasto de energía y en una experiencia personal, y nos permite interactuar con los seres y el ambiente que nos rodea...” Esta debería ser la forma más difundida, y por sobre todo entendida de su concepción. A pesar de eso, es muy conocido que al hablar de actividad física sólo se considera su dimensión biológica y se deja de lado su dimensión personal y socio-cultural. Así pues, algunos autores como Howley Don Franks⁵ (1996) declaran que la actividad física es “... cualquier movimiento corporal (o de partes importantes del mismo) realizado con los músculos esqueléticos que lleva asociado un gasto de energía.” Por lo tanto, existe la clara necesidad de establecer diferencias entre conceptos que se consideran iguales pero que abarcan cada uno una perspectiva distinta; sobre todo para tener una visión más crítica a la hora de incurrir en salud. Al hablar de *ejercicio físico* se sabe que se está haciendo referencia a “la actividad física cuyo propósito es la mejora de algún componente/s del fitness”⁶, para lograr una calidad - física- de vida⁷ óptima proporcionando un riesgo mínimo de desarrollar problemas de salud (o sea, para lograr la mejor capacidad biológica del organismo).

⁴ Devís Devís, J.; Peiró Velert, C.: “Actividad Física, Deporte y salud”. INDE, Barcelona, 2000.

⁵ Howley Don Franks: “Manual del técnico en salud y fitness”. OP.CIT., p. 22.

⁶ Ídem, p. 22

⁷ La base de una *salud física positiva* significa mantener niveles altos de capacidad funcional, niveles óptimos de grasa corporal y estrés que colaboren para hacernos sentir bien. Pero, si bien este es uno de los objetivos del fitness,

Queda claro entonces, que utilizaremos el término *actividad física*, ya que abarca muchos más aspectos de la vida y se relaciona más con el “fitness total” desarrollado por Howley Don Franks (1996).

Fitness total / calidad de vida

Hablar de fitness total es lo mismo que hablar de calidad de vida⁸ óptima. Se tienen en cuenta componentes intelectuales, sociales, mentales y físicos. La viveza mental, la curiosidad, la emotividad, las relaciones con otros seres humanos, la concientización y la participación en los problemas individuales y sociales son elementos esenciales para una vida sana. Una mejora en algunas de las áreas afecta en forma positiva a las demás, y a la inversa, un nivel bajo en alguna de ellas restringe los posibles logros de las restantes.

Por lo tanto, para lograr el fitness total, es necesario el propio esfuerzo de la persona.

Visión holística de salud

Hablar de *holismo* significa que el organismo humano se concibe como un sistema viviente cuyos componentes están relacionados entre sí y son interdependientes. La concepción holística también reconoce que este sistema es parte integrante de otros mayores, lo que implica que cada organismo tiene una continua interacción con su

depondría de características hereditarias favorables, niveles adecuados de colesterol, tensión arterial, flexibilidad, fuerza, resistencia, etc.

⁸ El término *calidad de vida* refleja las condiciones deseadas por una persona en relación con su actividad cotidiana, ya sea en el hogar, o a nivel familiar, social, sexual, en el trabajo, en la educación, etc. Esta expresión abarca componentes objetivos tales como niveles de vida, salud, educación, seguridad y ambiente próximo, pero principalmente es un concepto subjetivo, por estar relacionado con la percepción que tiene la persona sobre aspectos de la vida, características personales, sociales y culturales.

entorno físico y social, que constantemente se ve influido por el ambiente, pero que también puede actuar sobre él y modificarlo.⁹(Cappra, F. 1982).

La *salud* es algo más que un estado; es un proceso dinámico en el que se está más o menos sano, más o menos enfermo; es algo más que la ausencia de enfermedad y el completo bienestar. El completo bienestar es el síntoma subjetivo de la salud.

La salud es la óptima capacidad de rendimiento, es la capacidad psicofísica para superar las exigencias cotidianas, manteniendo un óptimo equilibrio interno y externo; es estar en condiciones para disfrutar de la vida en todos sus alcances.

Depende no sólo de condiciones laborales, familiares y sociales, sino también de la capacidad individual, de los medios que se disponen y de las conductas que se asuman.

Para Illich (1984)¹⁰, la salud designa un proceso de adaptación. No es el resultado del instinto, sino de una reacción autónoma moldeada culturalmente ante la realidad creada socialmente. Designa la capacidad de adaptarse a ambientes cambiantes; de crecer, madurar y envejecer, de curarse cuando está uno lesionado, sufrir y esperar pacíficamente la muerte. La salud abarca también lo futuro y por lo tanto comprende la angustia y los recursos internos para vivir con ella.

La salud es una tarea y como tal no puede compararse con el equilibrio fisiológico de las bestias. En esta tarea personal, el éxito es el resultado del conocimiento de uno mismo, la autodisciplina y los recursos internos mediante los cuales cada persona regula su propio ritmo cotidiano, sus acciones, su régimen de alimentación y sus actividades sexuales.

⁹ Cappra, F.: "El punto crucial". Editorial Estaciones, Buenos Aires, 1982.

¹⁰ Illich, I.: "Némesis Médica". Editorial Joaquín Martiz/Planeta, México, 1984.

La experiencia de la salud y de la enfermedad es dependiente del contexto cultural. Los conceptos de sano y de enfermo, de normal y anormal, la manera de presentar los síntomas, cuándo, cómo y con quién nos curamos, tanto como las medidas terapéuticas ofrecidas por los profesionales de la salud se ven afectados por nuestra sociedad y por nuestra cultura.

Con la hegemonía de la concepción mecanicista en nuestra cultura, el cuerpo humano se concibe desde la perspectiva de sus partes. La mente se separa del cuerpo, la enfermedad se ve como una avería de los mecanismos biológicos y la salud se concibe como la ausencia de enfermedad. Hoy, esta concepción está siendo eclipsada por una visión holística y ecológica que supone al mundo como un sistema viviente y que insiste en la relación y dependencia de las estructuras fundamentales como también de los procesos dinámicos subyacentes.

Estar sano significa, por consiguiente, estar en sincronía -física y mental- con uno mismo y con el mundo que nos rodea.

Visión holística de actividad física

La actividad física, obviamente se refiere al movimiento, pero también comporta la interacción, el cuerpo y la práctica humana. Por eso, cualquier intento por conceptualizarla debe integrar tres dimensiones: la biológica, la personal y la socio-cultural.

Airasca, D.¹¹ comenta que nuestra condición de seres vivos con capacidad de movimiento e interacción con las cosas y otros seres del mundo que nos rodea, permite

¹¹ Airasca, D.: “La cultura escolar, una aproximación a la cultura sedentaria”. Tesis Doctoral, Universidad Católica de Santa Fe, 2002.

que la actividad física se encuentre en cualquier ámbito de nuestra vida. Es una práctica humana que está presente en el trabajo, la escuela, el tiempo libre o las tareas cotidianas y familiares, y desde la infancia a la vejez. Las personas difícilmente podemos llevar una vida plena y sana sin posibilidad de movimiento e interacción con el mundo. El hombre es un ser que siente, dice, piensa; es un productor activo de cambios sociales, culturales, biológicos, ecológicos y lingüísticos. Es un constructor activo de sus ideas, de sus formas de comunicación, de su gestualidad, de su movimiento y de su relación con el mundo.

Por lo tanto, en lo que respecta a actividad física, es necesario sustentar una teoría neurofisiológica y también una teoría psico-social, porque el cuerpo, el movimiento, la interacción, la práctica humana, los gestos y los códigos, son productos vivos de la relación biológica, afectiva y social, con pautas generales y particulares en cada región geográfica, época, clase social, grupo y familia.

Búsqueda de un estilo de vida

La búsqueda del estilo de vida es inseparable de la toma de conciencia sobre los problemas de la vida social, es decir, del condicionamiento que se trata de dominar. En tal caso, el comportamiento ya no es el resultado mecánico de un condicionamiento. Utiliza los recursos del ambiente en función de las necesidades y aspiraciones de la persona. No se trata de un esfuerzo fastidioso de auto-educación permanente, sino que cada persona se muestra atenta a su propio equilibrio entre las actividades de recuperación, diversión y desarrollo a tenor de las situaciones de la vida cotidiana. Esta elección impulsa a cada persona a establecer una jerarquía en sus actividades, ya sea con las actividades manuales, intelectuales, sociales, y la actividad física; y consolida

diariamente su autonomía. Definida de esta manera, la búsqueda de un estilo de vida “nos sitúa en el punto más alto de algunas de nuestras cualidades nativas, pero observando, sin embargo, el equilibrio de todas.”¹². El tiempo de ocio, aún teniendo la característica de un goce, es una instancia de aprendizaje, de adquisición y de integración de los sentimientos, conocimientos, modelos y valores de la sociedad. El ocio puede ser una ruptura en sentido doble. Por un lado, porque cesan las actividades impuestas por las obligaciones profesionales, familiares o sociales, y al mismo tiempo se alteran las rutinas o ideas preconcebidas que producen la repetición de las obligaciones cotidianas.

El estilo de vida puede definirse por la forma personal como cada uno organiza su vida cotidiana. De esta conciencia, puede surgir la válida elección de las alternativas y la plasmación más completa de las particularidades de la persona, que al propio tiempo sea la más adecuada y autónoma.

Según la OMS (1996), “el estilo de vida de una persona está determinado por sus reacciones habituales y por las pautas de conducta que ha desarrollado durante el proceso de socialización. Estas pautas se aprenden con los compañeros, amigos, hermanos o por la influencia de la escuela, los medios de comunicación, etc.”¹³

Actividad física relacionada con la salud

Las relaciones entre la actividad física y la salud llevan tras de sí una larga historia. Actualmente podemos identificar tres grandes perspectivas¹⁴ de relación entre la actividad física y la salud:

¹² Dumazedier, J.: “El hombre y el ocio en 1985”. Editorial Guadarrama, España, 1968.

¹³ Organización Panamericana de la salud. “Promoción de la salud: una antología”. Publicación científica N° 557, Washington DC., OPS, 1996.

¹⁴ Devís Devís, J.; Peiró Velert, C.: “Actividad Física, Deporte y salud”.OP.CIT.

→ *Perspectiva rehabilitadora*: considera a la actividad física como si de un medicamento se tratara, es decir, un instrumento mediante el cual se recupera la función corporal enferma o lesionada. Por ejemplo, los ejercicios que el médico cardiólogo sugiere al paciente después de una cirugía bajo la supervisión del kinesiólogo, son prácticas que corresponden a esta perspectiva.

→ *Perspectiva preventiva*: utiliza a la actividad física para reducir el riesgo de que aparezcan enfermedades o lesiones. Por ejemplo, la realización de ejercicios terapéuticos para reducir el colesterol y así evitar una posible cardiopatía.

→ *Perspectiva orientada al bienestar*: considera que la actividad física contribuye al desarrollo personal y social, independientemente de su utilidad para la rehabilitación o prevención. Abarca la práctica de actividad física porque sí, porque nos divierte, porque nos sentimos bien y nos ayuda a conocernos mejor, porque hacemos algo por nosotros mismos y saboreamos una sensación especial hacia nosotros y hacia los demás y la naturaleza.

Las tres perspectivas se encuentran relacionadas entre sí. Por ejemplo, si una persona con una patología cardíaca previa comienza a realizar actividad física en forma grupal, estará a la vez que previniendo otras complicaciones, mejorando su estado de enfermedad y su estado mental y espiritual así como también el socio-biológico.

*“La actividad física y el bienestar son para todas las personas, sea cual sea su capacidad física y funcional y su estado de salud. Pero para eso es fundamental que la actividad física se adapte a la persona y no a la inversa.”*¹⁵ (Devís Devís, 2000).

Además hay que tener en cuenta que los beneficios se logran con el carácter habitual y frecuente de la práctica, es decir, cuando la actividad física se vuelve un aspecto más de la vida de una persona.

¹⁵ Devís Devís J.; Peiró Velert, C. “Actividad Física, Deporte y salud”. OP.CIT. p. 15

Devís Devís (2000) desarrolla a modo de orientación general los siguientes ítems referidos a las características que debe poseer la actividad física:

- ✘ Adaptada a las características personales.
- ✘ De moderada a vigorosa, es decir, entre una intensidad que permita a cualquier persona una práctica constante durante largo tiempo y otra intensidad que lleve a la sudoración y jadeo en la respiración.
- ✘ Realizada en forma habitual y frecuente de manera que forme parte del estilo de vida las personas.
- ✘ Orientada al proceso de la práctica más que al producto o excelencia atlética.
- ✘ Satisfactoria.
- ✘ Relacional, es decir, que permita la interacción positiva con las personas.
- ✘ Respetuosa con el medio ambiente.
- ✘ Orientada a la autonomía intelectual relativa a la actividad física y la salud, como también al desarrollo de habilidades sociales que sirvan para llevar una vida mejor. Esta característica es fundamental ya que somos parte de un todo, por lo tanto, los daños que hacemos al medio ambiente son daños que nos hacemos a nosotros mismos.

Diferentes aspectos generales relacionados con la actividad física

En los siguientes párrafos mencionaremos muchos de los aspectos que son intrínsecos a la actividad física y que servirán de base para fomentar el cambio de actitud frente a la vida, si es que logramos concluir definitivamente en la importancia de la actividad física en la vida del hombre.

Actividad física y trabajo

El trabajo es la forma esencial y más importante de actividad humana, en la que se lleva a cabo el metabolismo y el contacto con el medio ambiente. Si se piensa que durante un período de tiempo que alcanza nueve décimas partes de la historia de la humanidad, el trabajo tuvo que ser realizado preponderantemente por medio de la fuerza muscular del hombre y sólo con herramientas relativamente primitivas, es posible imaginarse que la capacidad de rendimiento de los órganos motores humanos y la calidad de las funciones motrices estaban sometidas a exigencias muy altas.

Dentro del proceso laboral se crearon muchas formas básicas de motricidad, es decir, surgieron de la acción.

Daniel Airasca, citando a Schnabel (1978)¹⁶ expone que en el proceso de trabajo, de la utilización de herramientas, el hombre primitivo no solamente desarrolló sus funciones y cualidades motoras hasta un nivel mucho más alto que el del estado animal, sino que en el transcurso de largos períodos de tiempo, también adquirió cualidades conductivas y de rendimiento específicamente humanas y conocimientos acerca del estado y las cualidades de las cosas.

La relación elemental entre actividad laboral como actividad motora y el desarrollo de las cualidades esenciales, y con ello de toda la historia de la humanidad queda fuera de duda.

Actividad física y humanización

La actividad física juega un papel fundamental en el proceso de humanización desde comienzos de la vida del hombre. Engels (1971) resumió en pocas palabras el

¹⁶ Airasca, D.: Tesis Doctoral. OP.CIT. p. 11

grandioso proceso de evolución progresiva hasta llegar a la motricidad específicamente humana, tomando como ejemplo el órgano más importante para el trabajo: la mano.

Cada movimiento de trabajo tiene que haber sido aprendido seguramente a través de un proceso de prueba, difícil y fatigoso, donde tal como lo expresaba Marx, la cabeza aprendía de la mano, y la mano de la cabeza. El cerebro ejerció sobre la mano la misma influencia que ésta sobre el cerebro, y así se estableció entre reflexión y acción una dialéctica que le permitió la comprensión del entorno.

Con el empleo de las herramientas comenzó la reeducación de los órganos motores naturales del hombre y su adaptación motriz al uso de las mismas. Los muchos milenios de gran evolución demuestran que en el proceso laboral también se llevó a cabo un perfeccionamiento de las funciones motoras del hombre a través del uso de las herramientas, de las armas y demás instrumentos.

Además, el caminar, correr, trepar y saltar con el cuerpo en posición erguida exige un rendimiento mucho mayor para mantener el equilibrio, y una gran elasticidad de las articulaciones del pie, rodilla y cadera. El hombre tuvo que aprender a adaptarse al terreno siempre cambiante y desparejo en forma motrizmente segura, mediante movimientos anticipatorios dirigidos. Con ello estaba estrechamente ligada la educación de los sentidos, especialmente el de la vista y el kinestésico, y el desarrollo de la coordinación óculo-motora (coordinación de sensaciones ópticas y kinestésicas).

Actividad física y sentidos sensoriales

Con el desarrollo de la motricidad y de las capacidades motoras tuvo lugar simultáneamente la evolución del cerebro y de sus herramientas más próximas, los órganos sensitivos. El tacto, junto al sentido de la vista, están muy relacionados con el analizador kinestésico. Los movimientos táctiles nos permiten experimentar en forma

inmediata y evidente la realidad del medio ambiente y también la de nuestro propio cuerpo.

El hombre descubrió permanentemente cualidades nuevas aún no conocidas de los objetos naturales con la ayuda de la mano y el tacto, al igual que como hoy un niño descubre progresivamente su ambiente ya en los primeros años de su vida, en contacto activo con las cosas, a través de la manipulación variada y de la comprensión de los objetos con múltiples cualidades palpables como dureza, peso, temperatura, etc.

Actividad física y habla

Se puede suponer que al comienzo, el entendimiento sólo consistió en una regulación de las actividades durante la caza, y más tarde también en el trabajo dentro de una colectividad laboral, aumentando así la coordinación y el ritmo de las actividades mediante voces y gritos toscamente articulados. La evolución posterior se produjo en relación estrecha con el desarrollo de los movimientos humanos. El lenguaje humano puede ser visto como un sistema de señales con palabras, que está acoplado al sistema motor, posibilitando y efectuando la programación y conducción de los movimientos. Por eso es imposible explicar el transcurso de los movimientos humanos conscientes sin tener en cuenta el papel del sistema del habla.

Con la adquisición del habla y el pensamiento, el hombre aprende a actuar en forma más planificada, consciente y efectiva.

El idioma conecta al hombre tanto con su pasado como con su presente. El habla nos conecta con el pasado por el hecho de que con su ayuda se almacenan todas las riquezas de sus experiencias motoras anteriores para disponer de ellas más tarde. La conexión con el futuro se da porque el hombre está capacitado, con ayuda del habla, para pensar anticipadamente y preestablecer conscientemente en forma verbal el

objetivo de la conducta. Con ello adquiere la capacidad de establecer sus propios objetivos, los cuales determinan regularmente las características de su comportamiento motor.

La adquisición del lenguaje posibilitó la conservación y transmisión de experiencias motoras nuevas de generación a generación; se generaron en forma creciente, movimientos en ilimitada cantidad y calidad, y en general, un sistema dinámico de gran plasticidad que le permitió adaptarse a las exigencias y condiciones siempre cambiantes.

Actividad física y expresión del ser humano

La necesidad de expresarse es una de las más importantes para el ser humano. El primer modo de expresión es de naturaleza espontánea y traduce el dinamismo del organismo que vive su presencia en el mundo. Le permite a la persona vivir su cuerpo y usarlo para comunicarse.

La soltura, la naturalidad y la espontaneidad de la expresión gestual y mímica suponen una reconciliación del ser con el cuerpo, bastante a menudo dejado de lado en nuestro sistema de formación demasiado intelectual y verbal.

El hombre se ha expresado con el cuerpo desde sus orígenes. Es verosímil creer que el hombre danzó antes de haber hablado. Además, jugaron un papel importante los ritmos acentuados de trabajo que coordinaban y aliviaban el trabajo cooperativo. De idéntica manera, los muchos gestos y ademanes del trabajo grupal sirvieron como forma de expresión de sensaciones y sentimientos, y condujeron inmediatamente a los movimientos de baile y danza.

Actividad física y cultura

Los hombres en cada sociedad, de un modo tradicional saben servirse de su cuerpo de varias maneras. Toda una serie de actos, incorporados al individuo durante la educación con miras a permitirle un mejor ajuste al medio, se efectúan por simple mimetismo. Por ende, son inconscientes y representan un verdadero condicionamiento. Por otra parte, adquieren a menudo un valor simbólico que les confiere una significación colectiva. En las diferentes culturas no se descansa, no se trabaja, no se está de pie y no se camina de la misma manera. Se trata de manifestaciones culturales inherentes a tal o cual tipo de sociedad. Incluso el carácter expresivo del movimiento que traduce la emoción y la afectividad, no es nunca una expresión pura, sino expresión en presencia de los demás, por ende, expresión para los demás. Los movimientos expresivos del cuerpo adquieren una dimensión social en la medida en que se revisten de un sentido pragmático o simbólico para los demás.

Las prácticas formalizadas y presentadas como modelos constituyen verdaderas destrezas motrices que son preciso adquirir, tanto por su interés práctico como por su valor cultural y estético. Esa transmisión de gestos socializados, representa desde hace mucho tiempo lo esencial en la formación profesional.

La ideología, el lenguaje, el uso del cuerpo, la interacción, la práctica humana, la actividad física son resultantes de las condiciones de vida, de los valores y creencias, del desarrollo tecnológico y científico y del poder de la clase social y del grupo en el cual se desarrolla el hombre.

Actividad física y educación

“La educación tiene como mira desarrollar todas las potencialidades de un hombre abstracto implícitamente desligado de la comunidad humana. En nuestros días

el hombre en devenir no puede definirse si no en un contexto social, el único que le permite desarrollarse como persona. Pretender perfeccionar uno o varios rasgos de la personalidad en sí no tiene sentido humano ni en el terreno racional ni en el corporal.”(Airasca, 2003).

El hombre se realiza en la relación y la comunicación con los demás, el fracaso de la relación con los demás es una alienación. No obstante, no se debe evitar una forma de alienación para recaer en otra que consiste en tratar al ser humano como un objeto social. Educar al hombre como ser social es ir más allá de la mera adaptación a esta sociedad; es dotarlo de la aptitud para superar los cambios sociales que derivarán necesariamente, de la evolución de la relación de los hombres entre sí.

El propósito que le asignamos a la educación es favorecer un desarrollo humano que posibilite al hombre ubicarse y accionar en su entorno dinámico por medio de un acabado conocimiento y aceptación de sí mismo, un mejor ajuste de la conducta, una verdadera autonomía y el acceso a la responsabilidad en el marco de la vida social.

Trabajando sobre las aptitudes corporales, los movimientos y la actividad física, desde una concepción integral de la vida, estimularemos al ser social, ya que la conducta motora no es un proceso aislado y sólo requiere significación en relación con la conducta de la personalidad íntegra.

Actividad física vs. realidad social

En una sociedad tan intensamente industrializada, la gente está condicionada para “obtener” las cosas más que para “hacerlas”; se la educa para valorar lo que puede conseguir más que lo que ella misma puede crear. Quiere ser enseñada, transportada, tratada o guiada en lugar de aprender, moverse, curar y hallar su propio camino.

Curar deja de ser una tarea del enfermo y se convierte, primero, en el deber de los reparadores de cuerpos individuales y después, cambia de un servicio personal a ser el producto de una agencia anónima. La sociedad se reacomoda para bien del sistema de asistencia a la salud y por ende se hace cada vez más difícil cuidar la propia salud. En la práctica, esta noción de participación del paciente que entraña la idea de su responsabilidad es problemática y la mayoría de ellos la niegan. Al estar condicionados por la estructura conceptual cartesiana se niegan a considerar la posibilidad de haber formado parte en el origen de su enfermedad.¹⁷

La gente está educada para consumir y no para actuar, y esto, a su vez, restringe su campo de acción. Quienes solían desplazarse en bicicleta se ven echados del camino por intolerables niveles de tráfico, y los pacientes acostumbrados a hacerse cargo de sus propios males, descubren que los remedios sólo pueden obtenerse por prescripción y son, en consecuencia, difícilmente alcanzables. Llegar a conocer verdaderamente un ambiente físico y social dado y controlarlo, depende de la educación formal de la gente y de la oportunidad y motivación que tenga para aprender. Así, el tráfico eficaz dependería de la habilidad de la gente para llegar de manera rápida y cómoda a donde tiene que ir.¹⁸

El hombre de hoy, en su afán tecnológico ha olvidado su condición biológica; descuido que le adjudica muchos trastornos y le restan funcionalidad. Esta problemática podría ser obviada, en parte por medio de la actividad física, que se concreta a través de la danza, el deporte, la gimnasia, el entrenamiento; “medios que en la actualidad remplazan el trabajo físico por la necesidad de subsistencia de antaño.”¹⁹ En general, las condiciones de trabajo de la vida moderna se caracterizan por una eliminación

¹⁷ Cappra, F.: “El punto crucial”. OP.CIT.

¹⁸ Illich, I.: “Némesis Médica”.OP.CIT.

¹⁹ Airasca, D.; Alarcón, N.: “Entrenador personal en salud y fitness”. Grupos de Estudios 757, Rosario, 2001.

progresiva del esfuerzo físico. La mecanización y automatización van sustituyendo en forma directa el trabajo físico del hombre y lo van situando frente a la labor automática sobre la cual ningún esfuerzo físico es necesario. Los medios tecnológicos han pasado a ejecutar la mayor parte del trabajo que anteriormente realizaba la fuerza muscular. En la mayoría de los casos, los cambios se efectuaron a favor de una mejora, pero los mismos han creado también grandes problemas en la salud del hombre.

El hombre de hoy, debe comprender que si va a trabajar adecuadamente es necesario realizar ejercicios físicos con regularidad como actividad compensadora de la inactividad ocasionada por el propio desarrollo. Por supuesto, afirma Raúl Mazorra Zamora (1988)²⁰ que el hombre es por su naturaleza un ser más bien perezoso y que se arriesga esperando a creer que él es la excepción de la regla, que para él todo se resolverá al final en forma favorable. La cuestión que plantea todos estos cambios negativos ocasionados por el sedentarismo y la hipoquinesia de la vida moderna, es la siguiente: ¿es posible actuar contra estos fenómenos? La actividad física se considera el medio fundamental en esta lucha contra el sistema de vida que cada día nos inmoviliza más y más, cuando el confort que el hombre crea nos sumerge progresivamente en un marco de factores de riesgo de las llamadas enfermedades de la civilización.

En los países desarrollados la tasa de morbilidad y mortalidad de las enfermedades cardiovasculares aumenta a la vez que disminuye la aptitud física del hombre.

²⁰ Airasca, D.; Alarcón, N.: "Entrenador personal en salud y fitness". OP. CIT.

Representaciones del cuerpo dentro del pensamiento mecanicista

Las causalidades milagrosas ceden ante las causalidades físicas, en un mundo en el que todo está concebido bajo el modelo del mecanicismo. La máquina proporciona la fórmula de este nuevo sistema del mundo: el universo es una máquina en el que no hay otra cosa para considerar que las figuras y movimientos de sus partes. El éxito del mecanicismo implica que todos los contenidos, en apariencia irreductibles, sean sometidos o eliminados de este modelo. Todo es reductible, y sobre todo el hombre, o más bien, esa parte aislada de él que es el cuerpo.

Descartes le otorga a Dios el privilegio de ser un artesano más hábil que los demás cuando afirma que todo cuerpo es una máquina y las máquinas fabricadas por el artesano divino son las que están mejor hechas, sin que por eso dejen de ser máquinas. Si sólo se considera al cuerpo no hay ninguna diferencia de principio entre las máquinas fabricadas por hombres y los cuerpos vivos engendrados por Dios. La única diferencia es de perfeccionamiento y de complejidad.²¹

Cada máquina está programada para realizar una función determinada que resulta inalterable ante cambios políticos, ideológicos o emocionales. Si los cuerpos fueran de verdad máquinas, no les afectaría la sociedad y cultura en la que viven. Pero inevitablemente les afecta. La razón es que el cuerpo ejerce de intermediario entre nosotros y el mundo. En el cuerpo se encarnan nuestro sexo, edad o raza; pero además el cuerpo también proporciona otro tipo de información, más útil, que simboliza nuestra personalidad, status social o preferencias culturales.

²¹ Le Breton, D.: "Antropología del cuerpo y modernidad". Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires.

La idea de corregir el cuerpo, es hacer de él una mecánica asociándolo con la representación de la máquina, es escapar del plazo de la muerte, es borrar la insoportable levedad del ser.

La mejor forma de expresar la admiración que produce el cuerpo, es vincularlo con la máquina. La filosofía mecanicista le ganó, históricamente a otras visiones del cuerpo.

El ejercicio físico representa al cuerpo-máquina

Si nos basamos en la concepción del cuerpo como una realidad biológica, la salud se entendería como el correcto funcionamiento de los diferentes sistemas orgánicos: el cardiorrespiratorio, el metabólico, el endócrino, el nervioso o el locomotor. El cuerpo máquina es la expresión máxima de un cuerpo objetivo, en el que se valora fundamentalmente su eficacia funcional; en el caso del ejercicio físico, su capacidad para producir movimiento.

La idea de cuerpo máquina deja clara muchas de las características del cuerpo en que vivimos pero no aclara por qué no siempre vivimos nuestro cuerpo de la misma manera. Muchas sensaciones, emociones, sentimientos y recuerdos dejan una huella somática, a veces más explícita que aquello que podemos comunicar con palabras. Cuando afirmamos que nos sentimos mal o que no nos gustamos, hacemos referencia a un conjunto de sensaciones, entre las que se destacan qué sentimos hacia nuestro cuerpo, o cómo nos sentimos en él.

Cuando se realiza ejercicio físico desde una concepción de cuerpo-máquina se es propenso a pensar en los efectos que posee sobre determinadas partes de nuestro organismo, sin tener en cuenta la relación que se establece en la práctica con los demás

y con el entorno. Resulta común, a partir de lo expresado anteriormente, concebir la enfermedad como un fallo del cuerpo, lo que inspira la imagen de un médico-mecánico encargado de reparar o sustituir el mecanismo dañado en el menor tiempo posible y de la forma más eficaz. Se sugiere también que a partir de nuestra conducta individual somos responsables de la conservación y mejora de nuestra propia máquina corporal, con lo que la actividad física adquiere nuevamente un valor utilitario e individualista.

Visión médica del cuerpo en las sociedades occidentales

Hablar del cuerpo en las sociedades occidentales significa referirse al saber anatómico y fisiológico en el que se apoya la medicina occidental. El saber biomédico de la representación del cuerpo humano de hoy, es el que se enseña en las universidades, el que se utiliza en los laboratorios de investigación, es el fundamento de la medicina actual. En efecto, en las sociedades occidentales de hoy en día, cada sujeto tiene un conocimiento bastante vago con respecto a su cuerpo. Cada uno recibió una apariencia de saber anatómico y fisiológico en la escuela primaria y secundaria que se intercambia entre vecinos y amigos y que proviene de experiencias de la vida y del contacto con la institución médica. Pero este saber es confuso. Son raros los sujetos que conocen realmente la ubicación de los órganos y que comprenden los principios fisiológicos. Se trata de conocimientos rudimentarios, superficiales. En la conciencia de su fundamento físico, de la constitución interna del cuerpo, el sujeto recurre paralelamente a muchas otras referencias.

Los saberes científicos sobre el cuerpo bajo el modelo del mecanicismo, lo hicieron plano. Esta falla antropológica fue aprovechada por otros saberes a los que los sujetos recurren en la búsqueda, más o menos consciente, de un suplemento del alma.

*“El hombre común proyecta sobre su cuerpo un saber compuesto que se parece a un traje de Arlequín, un saber hecho de zonas sombrías e imprecisiones, de confusiones. A menudo, la versión de divulgación del modelo anátomo-fisiológico es modificada por las creencias, hoy triviales, vinculadas con las ondas, la energía, los astros, etc. En las sociedades occidentales asistimos a una multiplicación de representaciones del cuerpo, más o menos organizadas y rivales entre sí.”*²²

Fragmentación vs. Totalidad

Siempre fue necesario para el hombre dividir las cosas hasta cierto punto, y separarlas para reducir sus problemas a unas proporciones manejables. Si intentáramos tratar con toda la realidad nos estancaríamos en ella. Sin embargo, esta especie de habilidad que tiene el hombre para separarse de su entorno y para dividir y distribuir las cosas, lo ha llevado últimamente a un campo de resultados negativos y destructores. El hombre ha perdido la conciencia de lo que está haciendo, y por ende, ha extendido el proceso de división más allá de los límites dentro de los cuales funciona correctamente. La división es una manera útil de pensar las cosas en las actividades prácticas, técnicas y funcionales. *“Lo importante sería que el hombre pudiera recordar que recorta, reduce y simplifica por razones prácticas y no para extraer la quintaesencia de la realidad. Pensar al hombre como la suma de partes, es un reduccionismo peligroso cuando no insatisfactorio.”*²³ Evidentemente, resulta fácil pensarnos como un substrato biológico, sobre el cual asientan determinadas cualidades como por ejemplo: la inteligencia, el habla, los sentidos, una psiquis, el alma, el deseo, y otras muchas, confundiendo lo que somos, con las distintas miradas que intentan explicarnos.

²² Le Breton, D.: “Antropología del cuerpo y modernidad”. OP.CIT. , p.174.

²³ Airasca, D.; Alarcón, N.: “Entrenador personal en salud y fitness”. OP. CIT., p. 10.

“Lo cierto es que por mucho que nos pese somos un modesto todo, inconcluso aún, a su vez único e irrepetible, no sumable y que lucha lleno de angustia por trascender.”²⁴ (Guridi, J. 1994)

Otro aspecto a considerar, es la idea de que el hombre no separe tanto el alma del cuerpo. Nunca está libre de la dicotomía de su existencia: no puede librarse de su cuerpo mientras vive. El problema de la existencia humana es único en toda la naturaleza: el hombre ha salido de la naturaleza, y así está en ella; es en parte divino y en parte animal, en parte infinito y en parte finito.

La necesidad de encontrar soluciones siempre nuevas para las contradicciones de su existencia, de encontrar formas cada vez más elevadas de unidad con la naturaleza, con sus prójimos y consigo mismo, es la fuente de todas sus pasiones, afectos y ansiedades. (Fromm, E. 1956)

Existe una primacía de la razón, cuando se afirma que la razón puede resolver todos los problemas y los únicos problemas reales son los que la ciencia puede remediar. Este positivismo ha provocado que la mente quede reducida a la mera inteligencia. Ni el amor, ni la fe, ni la poesía tienen lugar en ella.

El hombre sufre, piensa, ama, admira y ora a la vez con su cerebro y sus órganos.

Sabemos del hombre lo que sabemos sobre el organismo . Saber biomédico

La invención del cuerpo en el pensamiento occidental responde a una triple sustracción:

- el hombre es separado de él mismo (distinción entre hombre y cuerpo, alma y cuerpo, etc.);
- separado de los otros (paso de una estructura social de tipo comunitario a una estructura de tipo individualista);

²⁴Airasca, D.; Alarcón, N.: “Entrenador personal en salud y fitness”. OP. CIT., p. 7.

- separado del universo (los saberes de la carne no provienen de una homología entre el hombre y el cosmos, sino que son singulares, le pertenecen sólo a la definición intrínseca de cuerpo).

Los anatomistas distinguen al hombre del cuerpo, desarman cadáveres y se inclinan sobre el hermoso ejemplo de “la máquina humana” cuya identidad es indiferente. El punto de partida epistemológico de la medicina está basado en el estudio riguroso del cuerpo, pero de un cuerpo separado del hombre, percibido como el receptáculo de la enfermedad. Se instauró así, un dualismo metodológico que nutre, aún en nuestros días, las prácticas y las investigaciones de la institución médica. El saber médico actual hace del hombre un propietario más o menos feliz de un cuerpo que sigue designios biológicos propios.

La medicina apuesta al cuerpo. No es un saber sobre el hombre, sino un saber anatómico y fisiológico que hoy llega a su grado extremo de refinamiento. La hiperespecialización de la medicina actual en torno de ciertas funciones u órganos, la utilización de nuevas tecnologías de diagnóstico por imágenes y el recurso terapéutico a medios cada vez más dependientes de la técnica son lógicas médicas. El cuerpo ya estaba diferenciado del hombre, pero hoy se encuentra fraccionado en extremo. El estilo de cada médico se encargará luego, de atenuar esta percepción mecanicista. Puede, si es competente y sensible, llegar al enfermo más allá de la pantalla del síntoma.

Muchas disciplinas integradoras o globalizadoras que tienen su fundamento en la teoría del cosmos como un todo y que niegan la dicotomía del hombre, señalan que ningún médico suele preguntar si el enfermo es feliz en su hogar o en su trabajo, o si tiene preocupaciones o algún tipo de perturbación del ánimo por distintas causas.

Ningún médico se interesa en saber si las condiciones de vida de un paciente son agradables o no, ya que como piensan estas corrientes, hay cantidad de enfermedades que no son otra cosa que incomodidad o infelicidad, desajustes con el medio en el cual se vive, e inconformidad con una situación ambiente.

No obstante, el lenguaje de los enfermos (“el corazón empieza a gastarse”, “es el colesterol”, etc.) o el de la rutina de algunos servicios médicos (“el pulmón de la 12”, “el infarto de la 5”, etc.) registran este dualismo a partir del cual la medicina estableció sus procedimientos y su búsqueda de eficacia, al mismo tiempo que sus límites. Esta visión de la enfermedad puede llevar a que el enfermo se abandone, pasivamente, en las manos del médico y espere que el tratamiento haga efecto. Lo que se le pide, justamente, es que sea paciente, tome los remedios y espere los efectos.

Finalmente, son estas las creencias que se traducen en conductas que atenúan el movimiento y nos incitan a la quietud. Además, “se inhibe la risa, se descalifica el juego, se aprisiona al ser, se confunde seriedad con mal humor y se penaliza la tontería.” (Airasca, D. 2002) Son estas las creencias que nos vuelven insensibles a las reacciones espontáneas y nos impiden ser.

Ideas y creencias

“Creencias son todas aquellas cosas con que absolutamente contamos, aunque no pensemos en ellas. De puro estar seguros de que existen y de que son según creemos, no nos hacemos cuestión de ellas, sino que automáticamente nos comportamos teniéndolas

en cuenta”.²⁵ Por esta razón, las creencias como tales no son producto directo de nuestro intelecto.

Las ideas son todo aquello que en nuestra vida aparecen como resultado de nuestra ocupación intelectual. Pero las creencias se nos presentan con el carácter opuesto. No llegamos a ellas tras una labor de entendimiento, sino que operan en nuestro fondo cuando nos ponemos a pensar sobre algo. Por eso, no solemos formularlas, sino que nos contentamos con aludir a ellas, como solemos hacer con todo lo que nos es la realidad misma.

La idea que Ortega tiene de la creencia en el hombre²⁶, la cual éste no sabe cómo ni por donde ha entrado, es que es algo heredado. Concibe las creencias como el conjunto de esfuerzos heredados y que son como el capital sobre el que se vive. La creencia está en nuestra conciencia, no en forma consciente, sino en forma latente, inconsciente.

Mansilla (1999) cita una definición que Hume realiza cuando relaciona a la creencia con la realidad y expresa lo siguiente: *“La creencia es el acto de la mente que representa a la realidad, o lo que es tomado por realidad presente en nosotros en grado mayor que las ficciones, y hace que pese más sobre el pensamiento y que tenga una influencia superior sobre las emociones y sobre la imaginación.”* La creencia es un sentimiento natural, no sometido al poder del entendimiento. Este sentimiento nace de una situación particular en que la mente se halla. Como sentimiento no puede ser definido, pero puede ser descrito como “una concepción más viva, más intensa y fuerte

²⁵ Mansilla, A.: “Ideas y creencias en Hume y Ortega”. Exégesis, X Aniversario. Disponible en: cuhwww.upr.clu.edu/exegesis/ano10/v27/mansi.html. México, 23/04/99.

²⁶ Ídem.

que la que acompaña a las puras funciones de la imaginación”. La creencia, por lo tanto, se debe a una mayor fuerza de las impresiones.

Para Hume, creer no es simplemente concebir o tener una idea, ya que muchas veces concebimos cosas en las que no creemos. Esto nos manifiesta que la creencia es algo más que una simple idea. Ortega coincide con Hume en este aspecto, radicalizando aún más la diferencia, no sólo por el calificativo que da a unas y a otras, llamándolas a unas creencias y a otras ocurrencias. Las ideas-ocurrencias se defienden, se sostienen, hasta se muere por ellas, pero no se cree en ellas. Además, son más débiles, menos vivas y, al ser representaciones y copias, no podemos darles un asentimiento creencial. Esta es la diferencia entre idea y creencia.

Para Ortega las creencias son originadas en un principio como ideas ante el enfrentamiento con la realidad enigmática, que produjo en el hombre una impresión tan fuerte, que le provocó el instinto creador de ideas, las cuales con el tiempo se fueron consolidando y convirtiéndose en creencias. Desde su perspectiva, la diferencia entre ideas y creencias no está tampoco en su contenido, sino en la manera en que nos afectan o en el modo en que tienen que ver con nosotros.

Por lo tanto, idea y creencia son representaciones e interpretaciones de la realidad y para ambos la creencia genéticamente es una idea, la cual para Hume se convierte en creencia por el modo afectivo de concebirla. En Ortega, para que una idea llegue a ser creencia necesita un largo proceso de consolidación. En su origen la creencia es una creación de la mente y tiene una relación con la realidad. La creencia es lo que hace posible el quehacer vital y surge como resultado de una situación trágica del hombre. El hombre se encuentra frente a una realidad que es un caos, un enigma, a la que por necesidad de sobrevivencia tiene que darle un sentido, un orden, es decir, una interpretación. Para ello el hombre parte de unas convicciones básicas, en las que se

encuentra desde que es arrojado a la vida. Estas convicciones son las creencias, que él personalmente no las crea, sino que se encuentra con ellas y dentro de ellas se mueve, vive y es.

Importancia de la costumbre con respecto a las creencias

La costumbre es la gran guía de la vida humana. Sin la influencia de la costumbre ignoraríamos por completo toda la cuestión que va más allá de lo que se halla inmediatamente presente a la memoria y a los sentidos. Nunca sabríamos cómo ajustar los medios a los fines, ni cómo emplear nuestros poderes naturales en la producción de ningún efecto. Se pondría fin enseguida a toda acción, así como a la mayor parte de las especulaciones.

Tal es la fuerza de la costumbre, que se convierte en reguladora de la sensibilidad, engendrando la continuidad de nuestros actos. La costumbre es la reguladora de la vida individual, pero no excluye ni niega que, cuando un hábito se convierte en regulador de la vida colectiva, aumenta aún más su efectividad, convirtiéndose entonces en el verdadero cimiento de la vida social. Dice Mansilla (1999) “cuando el yugo de los hábitos ha pesado sobre una colectividad demasiado tiempo, no puede librarse de ese peso sino por revoluciones violentas”. El papel esencial que desempeña la costumbre en la formación de las creencias puede verse claramente si pensamos que la existencia de un individuo o de un pueblo quedaría instantáneamente paralizada si por un poder sobrenatural se sustrajera la influencia del hábito. Éste es el que cada día nos dicta lo que debemos decir, hacer y pensar.

Siempre que un objeto se presenta a la memoria o a los sentidos, este objeto, gracias a la fuerza de la costumbre, lleva inmediatamente a la imaginación a concebir otro objeto que va siempre unido a él. En esto consiste toda la naturaleza de la creencia.

Algo similar ocurre en la interpretación que Ortega hace desde su propia perspectiva en cuanto a la creencia. Ésta, según él, es producto de una idea consolidada. En el proceso de consolidación necesariamente se ha tenido que dar una experiencia repetida, no en términos causales, sino en términos interpretativos de la realidad.

Como se ha visto previamente, toda creencia es, no en cuanto a nosotros, sino en su génesis, una idea que se ha abierto paso al estrato de las creencias de la vida colectiva a fuerza de pruebas, es decir, en un largo proceso de ir comprobando si coincide como idea con la realidad primigenia. Lógicamente el proceso de prueba, de ajuste de una idea es largo y se compone de muchos actos repetitivos para obtener dicha prueba. Primero, en su mismo origen, a nivel individual; pero una vez comprobada individualmente, esa idea tiene que seguir un curso de introducción en la sociedad, que es mucho más lento aún. Tiene que abrirse camino en la sociedad hasta lograr una consolidación en ella y así conseguir el asentimiento colectivo, que sería la certificación como creencia. La consolidación de una idea no supone otra cosa que la forma habitual que tiene esa sociedad de interpretar la realidad, interpretación adquirida por aquella idea consolidada, la cual se originó en la mente de un individuo como medio de sobrevivencia ante el enigma. Una vez consolidada a fuerza de ir repetidas veces probando si la realidad cabe dentro del molde de la idea, llega un momento en que la vemos a través de dicha idea espontáneamente, identificándola con ella, de tal manera, que ya no tenga que hacer un esfuerzo mental para ver si la realidad es así o de otra manera. El tiempo y la costumbre, generada por la repetición, han hecho que esa idea penetre en lo profundo del estrato de la vida del individuo y de la colectividad, hasta el punto en que vemos espontáneamente la realidad así, sin ningún esfuerzo intelectual. Estamos delante de la realidad. La costumbre ha hecho ver la realidad de esa manera. Se ha convertido en nuestra creencia, que es nuestra misma realidad.

Asimismo, las creencias se van heredando, hasta el momento de poder hacer crisis por el antagonismo de otra creencia. La realidad que el hombre va conociendo es el resultado, como se ha visto, de una interpretación, que en tal sociedad se halla aceptada y consolidada. Lo que nuestros ojos ven, palpan y califican de realidad, no es otra cosa, que el resultado de una invisible y sucesiva acumulación de convicciones a que nuestra sociedad ha llegado, logrando su vigencia en forma de hábito.

Una colectividad a fuerza de ver las cosas de una determinada manera, termina por entender que la única realidad existente, es esa visión que tienen de la misma, no hay otra. Si esta visión colectiva de la realidad va pasando de una generación a otra, irá tomando tal fuerza de arraigo en el seno de dicha colectividad, que será prácticamente imposible desarraigar tal creencia. Los hábitos colectivos se convierten en leyes fundamentales de esa colectividad en todos los sentidos, pues tales hábitos tardan más tiempo en consolidarse y por esta misma razón se arraigan más profundamente en la conciencia de los pueblos, separando en fuerza al hábito individual.

De las creencias derivan la concepción de la vida, nuestra conducta y, por consiguiente, la mayor parte de los acontecimientos de la historia. Este conocimiento creencial es un vivir espontáneo con las cosas.

Por medio de la educación, las ideas pueden convertirse en creencias. Dice Hume *“Todas las opiniones y nociones de las cosas a las que nos hemos acostumbrado desde la infancia arraigan con tal fuerza, que es imposible desterrarlas mediante todas las razones de la razón y de la experiencia; y este hábito prevalece en muchas ocasiones sobre el que surge de la constante e inseparable unión de causas y efectos. En este caso no es suficiente decir que la viveza de la idea produce la creencia: son una misma cosa... Estoy convencido de que, de una investigación, se desprendería que más de la mitad de las opiniones que prevalecen entre la humanidad*

son debidas a la educación, y que los principios que de este modo se adoptan implícitamente sobrepasan a los que se deben al razonamiento abstracto o a la experiencia. La educación es una causa artificial y no natural.” (Mansilla, 1999)

Las creencias constituyen la base de nuestra vida, el terreno sobre el que acontece. Porque ellas nos ponen delante lo que para nosotros es la realidad misma. Toda nuestra conducta, incluso la intelectual, depende de cuál sea el sistema de nuestras creencias auténticas. En ellas vivimos, nos movemos y somos.

Un hábito basado en cierta acostumbrada repetición origina en nosotros el “*sentimiento*” de que una idea debe ser mantenida como verdadera. Por verdadero se debe entender aquí, dentro de un contexto que reduce notablemente su significado tradicional. De esta forma se entiende mejor la creencia como un sentimiento. Por eso, la creencia no es un producto de la parte cognoscitiva, sino de la parte afectiva

Finalmente, cabe dar un ejemplo de cómo influyen las creencias en el saber médico. Así pues, hay una tendencia generalizada de creer que el modelo del cuerpo consagrado por las referencias biomédicas es unánime. Aunque hoy se admiten, simultáneamente, los saberes sobre el cuerpo que provienen de Oriente, y de otras civilizaciones.

La creencia es un obstáculo porque el proceso de enseñanza en la Medicina se sujeta a ciertos contenidos que permanecen inamovibles, son los que aprendió el médico en su formación de la especialidad y los domina a partir de que tiene muchos años impartiendo. Aquí entraría la categoría de la costumbre y la herencia de los hábitos en la formación médica.

Relación entre creencias, actitudes y acción

Asch²⁷ se cuestiona cómo es que las personas que enfrentan las mismas situaciones externas, con capacidades muy similares de comprensión y sentimiento, llegan con tanta frecuencia a conclusiones opuestas. Una respuesta general a esta pregunta es evidente: las creencias dependen de los datos disponibles; por lo tanto, las diferencias en las mismas pueden llegar a ser diferencias en la información y en los conocimientos. El conocimiento, directo o inferido, constituye una base necesaria de las actitudes, sin embargo su importancia es a menudo subestimada. Las actitudes se dirigen hacia objetos, grupos y personas; las relaciones que establecemos con ellos deben depender de la información y la creencia acerca de sus propiedades y procesos. Por ejemplo, sólo si existe el conocimiento de que hay gérmenes y virus que producen una enfermedad poseerá alguna significación asumir una actitud acerca del derecho a la vacunación. Una vez establecida una creencia constituye una condición para la acción ulterior. Por lo tanto no puede existir una teoría de las actitudes o acciones sociales e individuales que no se base en un exámen de su fundamento cognoscitivo.

Tampoco puede manifestarse cambio de actitud sin una modificación correspondiente del conocimiento o de la creencia.

¿Cuál es la búsqueda incesante del hombre?

La búsqueda del interés y el sentimiento sociales en un mecanismo específico, innato o aprendido, está condenada al fracaso. No existe impulso específico preformado de sociabilidad. No poseemos órganos ni mecanismos de sociabilidad. Nuestro ser por entero constituye dicho órgano y todas nuestras capacidades o tendencias pueden ponerse a su servicio. Además, el aprendizaje no logra explicar el carácter de muchas de

²⁷ Asch, S.: "Psicología social". Editorial Eudeba, Buenos Aires, 1962.

las tendencias sociales del hombre sino que las tergiversa. Estas tendencias constituyen una expresión de la orientación del hombre hacia el mundo, y el intento del mismo de relacionarse con el ambiente de una manera activa y apropiada. Buscamos la compañía de los otros por la misma razón por la cual buscamos la compañía de las cosas, porque nos esforzamos por relacionarnos significativamente con el medio.

No puede haber duda acerca del hecho de que los seres humanos sentimos anhelo por la compañía de la gente. Expresa Asch en su obra “Psicología social”²⁸ que la necesidad de conversar y entretenerse y de comunicar impresiones es tan real e imperativa como el hambre y la sed. Esta necesidad de comunicarse, de compartir una diversión, de recordar algún acontecimiento, de jugar, de cantar, es intrínsecamente satisfactorio. Si se examina más de cerca este hecho, se aprecia que la necesidad de compañerismo es típicamente un anhelo de estar en consonancia. Hallamos regocijo en ver nuestros sentimientos y actitudes reflejados en otros, y los de otros en nosotros mismos. Simplemente el estar en armonía con otros puede resultar vivificante.

Podemos ejercer con los seres humanos nuestras capacidades de una forma ilimitada. Apártese a los seres humanos del ambiente constituido por sus semejantes, y su campo de acción se hará extraordinariamente limitado. A medida que se incrementa la capacidad para actuar con otros, surgen nuevas necesidades que requieren directamente la participación de los hombres. La acción de grupo se hace interesante y las actividades de dar y recibir adquieren un atractivo y un valor por sí mismas.

²⁸ Asch, S.: “Psicología social”.OP.CIT. , p. 339

Creencias y valores que tienden a inhibir a la actividad física

- *El pensamiento científico*: concibe la naturaleza matemáticamente y se limita sólo al estudio de las propiedades esenciales de los cuerpos materiales. Su obsesión por las medidas y las cantidades hace desaparecer la vista, el oído, el tacto, el sabor y el olfato y junto con ellos también se van la estética y el sentido ético, los valores, la calidad y la forma, esto es, todos los sentimientos, los motivos, el alma y la conciencia. Su fin es el dominio y control de la naturaleza. Esta manera de pensar descalifica el placer por el movimiento, la pasión por el esfuerzo físico, el gusto derivado de la relación corporal con el entorno y los demás, ya que no son propiedades esenciales de la materia.

- *El pensamiento analítico/reduccionista*: argumenta que hay que reducir los fenómenos complejos a sus partes constitutivas para lograr entenderlos, o sea, dividir los pensamientos y problemas en cuantas partes sea posible y luego disponerlos en un orden lógico. Su consecuencia es la fragmentación. De esta manera se polariza al movimiento sobre bases técnicas y se promueve el ejercicio físico, pero no se promueve a la actividad física la cual traspasa el movimiento corporal y alcanza la experiencia personal, y permite la relación con los otros y el ambiente.

- *El pensamiento racional*: el *Cogito cartesiano* hizo que la razón sea más fuerte que la materia y por consiguiente que ambas cosas sean entes separados y básicamente distintos. Nos ha enseñado a pensar en nosotros mismos como egos aislados dentro de nuestro cuerpo, nos ha hecho conceder más valor al trabajo intelectual que al manual, etc. Esta dicotomía es el fundamento de la premisa “mente sana en cuerpo sano”.

Veamos ahora, la relación entre materia y conciencia. Las pautas que observamos en la materia parecen ser reflejos de las pautas de la mente. Cuando se observa cierta

partícula o cierta estructura en el mundo de las partículas, resulta muy difícil decir en verdad si está fuera o si está dentro. Parece que las pautas de la mente y las pautas de la materia son reflejos una de la otra. Cuando estudiamos la materia, entonces, desembocamos en interconexiones y correlaciones, y vemos que las estructuras materiales vienen a ser una red de correlaciones. Cuando nos ocupamos de la mente, en el dominio del pensamiento, de la conciencia, nos manejamos con interconexiones y correlaciones. Así que tenemos dos lotes de correlaciones, y hay correlaciones entre ambos. Ese es el modo en que se puede realmente hacer contacto entre materia y conciencia. Mientras se considere a la materia como objeto sólido, no habría un modo en que pudiéramos relacionarla muy bien con la conciencia; pero si logramos ver una red en el campo psicológico y en el campo material, existiría la esperanza de poder hacer alguna conexión.

- *El pensamiento mecanicista*: concibe al universo material como una máquina, carente de vida, de metas y de espiritualidad. Su funcionamiento responde a leyes mecánicas y todas las cosas -al menos las materiales- pueden explicarse en términos de disposición y del movimiento de sus partes. Este modo de pensar explica al movimiento desde una fría racionalidad técnica.

- *El pensamiento lineal*: genera una realidad gobernada por leyes inmutables, rigurosamente determinista. Todos los fenómenos tienen una causa y un efecto determinado.

- *El pensamiento patriarcal*: establece un orden rígido donde se asignan a los hombres los primeros papeles y la mayoría de los privilegios sociales, generalmente asociados a valores asertivos: competición, expansión, dominación, etc. La autoafirmación, el

comportamiento exigente, agresivo, expansivo y competitivo se manifiestan en forma de poder, control y dominación de los demás por la fuerza.

Creencias y valores que tienden a facilitar a la actividad física

- *El pensamiento cíclico*: visualiza al cosmos como una realidad inseparable, donde el movimiento y el cambio constituyen las propiedades esenciales de las cosas; se basa en el equilibrio dinámico de los procesos fluctuantes.
- *El pensamiento holista*: permite entender al cosmos como un todo armónico e integrado.
- *El pensamiento ecológico o concepción orgánica del mundo*: describe las cosas y los sucesos percibidos por los sentidos como conectadas e interrelacionadas, y no como manifestaciones diferentes de una misma realidad última.
- *El pensamiento complejo*: manera de pensar crítica que explica por qué el conocimiento de la quintaesencia no explica al todo. La humildad de sabernos parte del todo comporta una conducta cooperativa y auto-sustentable.

Paradigmas que dominan nuestras creencias

Antes de comenzar a hablar de los paradigmas que dominan nuestras creencias, queremos especificar lo que Kuhn desarrolló acerca del paradigma. Él señaló que determinadas producciones teóricas de una época son el resultado de la aplicación de un paradigma determinado. Formuló el concepto de paradigma, como una construcción que se organiza sobre la relación entre lo teórico, lo político y lo cultural: “*Paradigma es el*

*patrón que organiza el entendimiento a partir de una relación que se presenta como un CAOS (desorden) para poder traducirse en un COSMOS (orden) dentro de una comunidad que comparte un espacio y un tiempo. La ciencia, la política y la cultura se entrelazan, se complementan, se penetran, y de ellas surge el paradigma; y del paradigma: la ciencia, la política y la cultura.”*²⁹

El actual paradigma, que dio innumerables muestras de agotamiento y de incapacidad de solucionar un sinnúmero de problemas básicos y existenciales del ser humano, viene dominando ampliamente nuestra cultura y educación desde hace casi 400 años, “desde que Copérnico consiguió, gracias a Dios, enfrentar los dogmas rígidos y sobrepasados de la Iglesia Católica, abriendo espacio para la Revolución Científica de fines de la Edad Media. Así, con el tiempo, nos llegaron nombres como Galileo y Newton.”³⁰. Este paradigma actual, que Capra llama newtoniano-cartesiano, consiste en una serie de ideas y presupuestos, con determinados valores implícitos, que acaba por ser el referencial subliminal de nuestro modo de entender el mundo ya que es la base filosófica por el cual la ciencia se apoya y es el modelo usado en la educación de nuestros hijos. No podemos, en el actual estado de evolución del mundo adulto, expresar nuestras experiencias con y en el mundo sin que tengamos que interpretarlas intelectualmente, y esta interpretación, que debe ser compartida por la mayoría de las personas, depende de la filosofía subyacente con que encaramos los datos sensoriales.

Esta filosofía subyacente constituye el paradigma newtoniano-cartesiano. Él presupone, a groso modo, que el universo que nos engloba es una grande máquina mecánica -o actúa como tal- y que nada más es como un compuesto formado por

²⁹ Material de trabajo de la Cátedra de Medicina y Sociedad de la Universidad Nacional de Rosario, Facultad de Ciencias Médicas, Rosario, 1997.

³⁰ Kumar, S.: “Conciencia”. Conversación con Fritjof Capra. Disponible en: www.webislam.com/numeros/2002/159/temas/conversacion_capra.htm. 2002.

pequeñas partes elementales, los átomos. Por eso, todo lo que en este universo existe, incluso los seres humanos, puede ser entendido de la misma forma.³¹

El mecanicismo y el materialismo postulan el dominio de la naturaleza-máquina por el hombre-máquina y exigen un ilimitado crecimiento material a ser conquistado de forma exponencial mediante el crecimiento económico y tecnológico. Y este aspecto, de conquista y dominio de la Naturaleza reitera, inconscientemente, la convicción de que la fuerza del hombre, y su acción, son más productivas.

Cappra (1997) en su libro “El Tao de la Física” realiza una crítica fundamental a la mentalidad analítica y fragmentadora de la ciencia normal, en especial, a las ciencias que toman el método analítico de la Física Clásica de Newton como modelo que debe ser seguido para erigir a las demás disciplinas al estatus de ciencia ante la comunidad académica. Einstein demostró que materia no es nada más que energía apelmazada, siendo el electrón, según la teoría General de la Relatividad y de la Teoría Cuántica, nada más que un "nudo" en el espacio, una condensación de energía en un punto del espacio. Además, el comportamiento del electrón depende del comportamiento del átomo todo y dista con los demás átomos y campos que lo cercan continuamente. En este sentido, es más correcto si se habla de eventos e interrelaciones en la descripción de la realidad, que decir que determinadas partes actúan de tal o cual forma para definir el todo. Ésta, es exactamente la misma idea que se tiene con la Ecología: somos frutos del ambiente natural en interacción, y no independientes de él. Lo que hacemos contra la naturaleza lo hacemos, de modo brutal y estúpido, hacia nosotros mismos.

³¹ Cappra, F.: “El tao de la física”. Editorail Sirio, Málaga, 1997.

Un segundo punto fundamental, es que el modo como nosotros, seres humanos, interaccionamos con el mundo, dentro de una determinada visión del mismo, acaba por influenciar en las respuestas que éste nos da. Eso es particularmente dramático en la Física, donde un electrón posee una dupla característica extremadamente paradójica: puede ser, al mismo tiempo, una partícula (como generalmente lo entendemos y pensamos que sea) como puede ser algo completamente diferente y, en última instancia, completamente contradictorio a una partícula. Él puede, simplemente, estar en más de un lugar al mismo tiempo, porque posee característica de ola, y la forma como él se va a presentar para uno va a depender de la forma como nosotros esperamos que él aparezca. De esta manera, la naturaleza sólo nos da, en parte, aquello que nosotros esperamos, o mejor, creemos que ella nos dará. Eso apunta hacia algo que no fue ni aún pensado: nuestras teorías sobre el mundo, no son descripciones de ese mundo, sino que son mapas conceptuales que se auto-validan dentro de nuestras convenciones. Eso es grave y exige un cambio de la ciencia objetiva (en que se cree que el observador nada tiene que ver con el objeto observado) hacia una ciencia epistémica, en la cual se tiene que tener en cuenta el propio proceso humano de conocer y hacer ciencia. En el final, la naturaleza es un espejo de nuestros propios modelos mentales sobre la misma.

La supervivencia humana, que es amenazada por varias acciones igualmente humanas provenientes de una visión del mundo mecanicista y fragmentada, sólo será posible si somos capaces de alterar radicalmente los métodos y los valores subyacentes a nuestra cultura individualista y materialista actual. Este cambio deberá, lógicamente, reflejarse en actitudes más orgánicas, holísticas y fraternas entre los seres humanos y entre éstos y la naturaleza, en todos sus aspectos.

Concepciones epistémicas del saber médico

Se desarrollarán aquí, diferentes concepciones positivistas implícitas en el saber médico. No obstante, es preciso aclarar que las mismas producen obstáculos e imposibilitan el reconocimiento de la subjetividad y el abordaje de la misma en la cotidianidad del acto médico. Entre ellas se destacan:

- *Episteme del dualismo positivista:* se sostiene en el *paradigma cartesiano de la disociación cuerpo-mente*. La aplicación de este paradigma en el campo de la medicina, genera una práctica que toma como objeto para su quehacer específico al cuerpo biológico pensado como superficie en extensión, y desecha al sujeto de su campo operacional, homologando el sufrimiento psíquico al dolor, sin establecer las diferencias cualitativas entre ambos. El abordaje del padecimiento psíquico es delegado para ser tratado en Psiquiatría.
- *Episteme continuista convergente positivista:* como intento de resolver el dualismo se introduce el *paradigma bio-psico-social*, el cual aspira a integrar tres órdenes diferentes, lo biológico, lo psicológico y lo social. En consonancia con ello, el enunciado del concepto de salud emitido por la OMS en 1949 establece que: “la salud es un estado de completo bienestar bio-psico-social y no sólo la ausencia de enfermedad”. Este paradigma representa al positivismo en el campo social, y su concepto de sujeto se sostiene de pensar al hombre como totalidad bio-psico-social. El objeto de la práctica se dirige al hombre como unidad. La enfermedad se plantea como la pérdida del bienestar bio-psico-social y ya no sólo la afección del organismo por causas biológicas. La cura que propone implica, además, eliminar el malestar a través de lograr la satisfacción de las necesidades y la prevención de las enfermedades. Tal concepción, si bien ha favorecido el acercamiento de las Ciencias Sociales y Psicológicas a la Medicina, todavía no logra descentrar el objeto de su práctica del eje de la enfermedad a

pesar de poner el acento en su reverso, la prevención. Además, presenta dificultades en su implementación, ya que se trata de tres órdenes cualitativamente diferentes, y todavía no se ha instaurado una correcta articulación de ellas para generar efectivas transformaciones en la estructura de la enseñanza y la práctica médica.

- *Paradigma alternativo:* se consideran aquí tres órdenes cualitativamente diferentes: el organismo biológico, el sujeto social y al sujeto psicológico e inconsciente. Se presentan como tres órdenes que no se confunden entre sí ni tampoco se excluyen mutuamente. En esta episteme, el objeto de la práctica es el sujeto sufriente, padezca o no una enfermedad. La enfermedad será el efecto resultante de la interacción del organismo biológico con el sujeto en su contexto sociocultural. En el encuentro de las tres órdenes de modo equivalente se reconoce la pluricausalidad existente en la determinación del proceso de enfermar. En otros casos, el mismo podrá tomar modalidades prevalentes según la predominancia de dos de las órdenes sobre la tercera que hace de borde. Así por ejemplo, pueden existir casos tales como el hambre y la desnutrición, en que la prevalencia se instituye entre las órdenes social y biológica, sobre el soporte material del sujeto que las padece. El acto médico que se instaura es una relación a crear y se determina en el lenguaje donde ambos, el médico y el paciente participan en la causa, el desarrollo y los efectos que se emprenden de ella.

- *Paradigma tradicional o Flexneriano:* el modelo Flexneriano de principios de siglo, acentado sobre una base positivista, conserva aún hoy casi intacta su vigencia en la estructura de la práctica médica. Se consideran en él los lugares de: agente (representado por el médico); medios de trabajo (que le son provistos al médico por la industria farmacéutica y la Bioingeniería); y objeto de la práctica (representado por la enfermedad).

Pero, ¿se halla preparado el médico gestado en la formación actual para dar respuesta al sufrimiento que ineludiblemente se le presentará en cada enfermo que lo consulta? ¿El progreso científico técnico y positivista logrará eliminar el malestar en el seno del humano, podrá producir aquellos objetos que garanticen el bienestar y que den respuesta al cómo vivir y al cómo vivir con otros? ¿Qué consecuencias podrá tener sobre la función tradicional del médico, dotado de poderes de saber, la confrontación con nuevos poderes?

Modelo médico hegemónico

Eduardo Menendez en su artículo “Modelos Básicos de Atención”³² presenta los siguientes rasgos estructurales: biologismo, concepción teórica positivista, individualismo y eficacia pragmática. Consideración de la salud como mercancía (en términos directos e indirectos), relación asimétrica en el vínculo médico-paciente, participación subordinada y pasiva de los “consumidores” en las acciones de salud, producción de acciones que tienden a excluir al consumidor del saber médico, identificación ideológica con la racionalidad científica como criterio manifiesto de exclusión de otros modelos de atención, tendencia a la expansión sobre nuevas áreas problemáticas a las que “medicaliza”, normatización de salud enfermedad en sentido medicalizador, tendencia inductora al consumismo médico, tendencia al dominio de la cuantificación sobre la calidad, tendencia a la escisión entre teoría y práctica correlativa a la tendencia a escindir la práctica de la investigación.

³² Menendez, E.: “Modelos Básicos de Atención”, Material de trabajo de la Cátedra de Medicina y Sociedad de la Universidad Nacional de Rosario, Facultad de Ciencias Médicas, Rosario, 1997.

El paradigma actual en Cardiología: Medicina Basada en Evidencias

Hasta hace relativamente pocos años, la gran mayoría de conductas terapéuticas empleadas en medicina, no tenían un soporte científico en cuanto a su eficacia y tolerabilidad. A partir de la década de los 80 del siglo pasado, hubo una verdadera explosión de ensayos clínicos, que en la actualidad constituyen una obligada referencia para evaluar nuevos esquemas diagnósticos y terapéuticos.

Surge así la Medicina Basada en Evidencias (MBE), como un nuevo *paradigma* asistencial y pedagógico que consiste en la integración de la competencia médica individual con la mejor evidencia disponible a partir de la investigación sistemática, tomando en cuenta las preferencias y derechos del paciente.

De entre todas las disciplinas de la medicina interna, quizá la Cardiología sea la que más ha producido en los últimos años trabajos randomizados y controlados que han dado nuevas luces al conocimiento de la patología cardiovascular, y, sobre todo, al empleo de alternativas terapéuticas eficaces y seguras.

Pero existen algunas dificultades a las que se enfrentan los cardiólogos del llamado tercer mundo a la hora de poner en práctica la Cardiología Basada en Evidencias (CBE), en el día a día de la práctica clínica.

Medicina basada en evidencias: la práctica

La práctica de la MBE, según palabras del Centro de Cardiología, Cirugía Cardiovascular y Neumología e Instituto Superior de Postgrado³³ requiere de cinco pasos fundamentales:

- ✘ Cuando la asistencia a los pacientes crea la necesidad de información, debe convertírsela en preguntas susceptibles de respuesta.
- ✘ Localizar la mejor evidencia
- ✘ Evaluar críticamente la evidencia en términos de validez y utilidad.
- ✘ Aplicar los resultados a la práctica clínica
- ✘ Evaluar el rendimiento médico

De ahí se desprende que su aplicación significa un cambio de hábitos con respecto a la práctica tradicional de la medicina. Así, el ejercicio de formular una pregunta, de buscar la evidencia, de analizar su calidad o validez, de sintetizar y verificar su aplicación en un caso concreto, y finalmente de evaluar los resultados; requiere de un estudio periódico estimulado por la necesidad del conocimiento y la crítica científica.

Por otra parte, se supone que los profesionales están enterados de la totalidad de la evidencia. Se asume, que los médicos tienen el tiempo suficiente para estar al día de los cambios de la ciencia médica. Se piensa también que la evidencia en nuestra práctica es muy accesible, que está muy organizada, que se dispone fácilmente de ella, que la

³³ Ottolenghi, R.: "Obstáculos para la Aplicación de la Cardiología Basada en Evidencias". CECARDIO, Centro de Cardiología, Cirugía Cardiovascular y Neumología e Instituto Superior de Postgrado, U.C. Quito, Colegio de Ciencias de la Salud, Universidad San Francisco de Quito, Quito, Ecuador. Disponible en: <http://www.fac.org.ar/scvc/llave/cardio-l/hidalg/hidalge.htm>.

bibliografía médica es idónea para ayudar en las decisiones médicas y que, además, los especialistas son muy buenos sintetizando e interpretando las evidencias de la investigación.

Pero, todo el esfuerzo de búsqueda de la mejor evidencia puede ser inútil si el médico continúa guiándose por el razonamiento clínico habitual circunscrito al limitado modelo de enfermedad (conocimiento parcial del problema de salud- enfermedad) y dominado por el pensamiento reduccionista. Además, una práctica racional con una buena relación riesgo-costo-eficacia, consiste en seleccionar las pruebas diagnósticas más apropiadas para cada paciente, tomando en cuenta además de la sensibilidad, la especificidad y el valor predictivo de cada prueba, la factibilidad y la tecnología adecuada. No existe nada más costoso e improductivo que la realización de "pruebas de rutina".

Por otro lado, mientras los cardiólogos practican la CBE, muchos pacientes buscan "homeópatas" o "reflexólogos" que están en el lado opuesto de lo que se pueda considerar "basado en la evidencia". Sin embargo, el hecho de que "la fe" en la terapia tiene una estrecha correlación con el efecto que produce es también evidente. Los médicos consideran una verdadera interferencia a esas prácticas alternativas en la realización del tratamiento (basado en la evidencia) de los pacientes cardíacos. ¿Queda entonces el paciente, subordinado a la práctica médica positivista?; el ser humano ¿es imposibilitado de creer en cuestiones que van más allá del pensamiento científico? No obstante, la oposición a estas corrientes no se ha hecho esperar. Hay quienes creen que estos nuevos paradigmas son un invento de la época para rebajar la autoridad de la jerarquía científica. Por ello, el cambio no siempre será fácil, pero el reto sí será necesario.

De todo lo dicho, se desprende que las pruebas diagnósticas tienen sus indicaciones, precisión y utilidad. Esto es así, al menos en teoría. Veamos ahora qué es lo que ocurre en la práctica. De un tiempo a esta parte, varios centros privados ofertan y publicitan los denominados chequeos médicos, para "salvaguardar la salud de las personas y anticiparse a los síntomas de una enfermedad". ¿Interesante, verdad? ¿Prevención primaria? En absoluto. Está claro que el determinante para realizar-no realizar una prueba es simplemente la capacidad de pago del sujeto. O sea, se está llegando a practicar una *Medicina a la medida... del bolsillo*.

En la actualidad se están desarrollando cierto número de modelos terapéuticos que van más allá de la estructura biomédica y que coinciden con la visión integral de la salud. Algunos de estos modelos se basan en las tradiciones occidentales del arte de la curación y otros tienen origen más reciente, pero la mayoría de ellos no se toman en serio por parte de la medicina oficial, pues resultan muy difíciles de comprender desde el punto de vista de los conceptos científicos clásicos.

El deterioro de la relación médico-paciente

Las innovaciones científicas han producido un gran avance en la detección, prevención, diagnóstico, tratamiento y paliación de las enfermedades. Pero a la par que se está produciendo un progreso científico sin precedentes, se está asistiendo a la pérdida del humanismo, tradicionalmente asociado con la práctica de la medicina. En esta línea, la sociedad exige que el médico sea un profesional que armonice la ciencia

con el humanismo, entendiendo a éste como un arte de palabras, sentimientos, actitudes y valores.

Aplicar la MBE, de ninguna manera debería significar la pérdida de la visión holística de la relación médico-paciente, tomando en cuenta los valores y preferencias de un ser humano que está confrontando situaciones adversas, y que precisa cuidados, comprensión y afecto. Practicar la MBE requeriría así, la integración de la maestría clínica individual, con la mejor evidencia disponible derivada de la investigación... con el humanismo aplicado a la medicina.

Cualquier persona que ingrese a una Unidad Coronaria o de Cuidados Intensivos y mire a los pacientes rodeados de cables, sensores y alarmas, puede imaginar que el cuerpo del enfermo forma parte de un circuito, que es el segmento de un proceso circular, o que es la materia orgánica que nutre el resto del mecanismo para que las máquinas funcionen (y no al revés).

Al heredar el *dualismo cartesiano*, los médicos se han convertido en plomeros del cuerpo antes que en médicos de la persona. En este punto, es oportuno recordar que la mejor tecnología disponible sigue siendo la comunicación, y que el mejor procedimiento es la confianza mutua, basada en el respeto, la comprensión y el afecto.

Esta visión crítica de las limitaciones para practicar una medicina científica y humanista constituye tan sólo un primer paso, perfeccionable y ampliable en el futuro. De lo analizado, se deduce que la situación en el medio de la medicina, ni es tan mala como se sospecha, ni tan buena como se desearía. El tremendo impacto que está teniendo la MBE tanto en la enseñanza como en la práctica de la medicina, es una realidad innegable.

Importancia de la educación para el cambio de paradigmas

Que la educación sea algo más que proporcionar conocimientos que sirvan para la vida, que esté en relación directa con las necesidades de la vida, no es novedoso. Algunos pensadores ya han tenido esa preocupación. Así pues, Jean Rousseau proponía que la educación sirva para el desarrollo del hombre natural mediante el aprendizaje de la vida. Pestalozzi, lo plantea al enfatizar que el fin último de la educación no está en el perfeccionamiento de los conocimientos escolares, sino en la eficiencia para la vida; no estriba en hacerse con unos hábitos de obediencia ciega y ni de someterse a las prescripciones, sino en prepararse para un obrar autónomo. John Dewey enfatizó la necesidad de situar a la educación en relación directa con las necesidades de la vida. Por lo tanto, cabe pensar en una concepción de educación que no sólo se ocupe del cuidado del alma, sino que además atienda al cuerpo, porque el cuerpo es “el órgano de lo posible”, con palabras de Valéry.³⁴ Por eso, parafraseando a Airasca en su Tesis Doctoral (2002), enumeraremos las cuestiones que deberían ser importantes considerar a la hora de educar...

- ✓ Educar para el juego o el deporte, porque el deporte a pesar de su innegable ambigüedad actual puede llegar a ser una forma muy importante de aprender a jugar, y aprender a jugar es aprender a liberar nuestra subjetividad.

- ✓ Educar para el movimiento o la actividad física, porque es innegable que hace falta movernos para vivir, no para conseguir la “energía libre” sino para estar en capacidad de disfrutar de la vida en todos sus alcances. Es necesario comprender que las

³⁴ Airasca, D.; Alarcón, N.: “Entrenador personal en salud y fitness”. OP. CIT.

capacidades, órganos o sistemas presionan para su funcionamiento y para expresarse a sí mismos, necesitan ser utilizados y ejercitados. Por ende, este uso produce satisfacción y el desuso irritación. Así por ejemplo, la persona musculosa disfruta utilizando sus músculos, es más, tiene que utilizarlos para sentirse bien y para alcanzar el sentimiento subjetivo de funcionamiento armonioso, no inhibido y logrado.

✓ Educar para la nutrición porque no sólo debemos alimentarnos saludable/conscientemente, sino porque la alimentación es la más clara muestra de que “... la Tierra no pertenece al hombre, sino que el hombre pertenece a la Tierra...” (Seattle, 1853)

✓ Educar para la salud porque somos “buenos por naturaleza” y porque las reacciones corporales espontáneas son siempre inteligentes, y porque aquello que la persona desea y disfruta puede ser al mismo tiempo lo que le conviene. Debemos ocuparnos holísticamente (integrando todas las dimensiones substanciales del ser humano) y ecológicamente (en armonía con el medio).

✓ Educar para la práctica de la solidaridad, porque el salir hacia fuera en oposición al entrar hacia adentro, es la señal de una buena salud humana. “La solidaridad horizontal enaltece, la caridad vertical humilla”

✓ Educar para enamorarse de la vida, para encontrar en la vida toda la belleza, el encantamiento y la poesía que pueda tener.

✓ Educar para aceptar el ciclo de la vida, porque la muerte es un dato irrevocable de la vida presente, que no puede ser negligido por una correcta antropología de las transmisiones.

- ✓ Educar con relación al sexo y el género porque no puede olvidarse que la existencia humana es una existencia que se realiza en medio de la polaridad de los sexos.
- ✓ Educar para disfrutar del tiempo, porque el tiempo de cada ser humano es el descubrimiento de uno mismo en simpatía con los otros y en armonía con la naturaleza.
- ✓ Educar para la técnica porque precisamente a causa de la inevitabilidad y de su obviedad en la vida actual, los peligros de la tecno-ciencia, son demasiado evidentes para que puedan ser olvidados.
- ✓ Educar para el sentido de la vida, la ligación con lo absoluto; buscar el sentido último de la vida abiertos a la pluralidad de expresiones a la trascendencia.
- ✓ Educar en valores, porque el ser humano necesita una trama de valores, una filosofía de vida, una religión o un sustituto de la religión de acuerdo con el cual vivir y pensar, de la misma manera que necesita de la luz solar, el calcio o el amor.
- ✓ Educar para la preservación de la naturaleza, porque es absolutamente necesaria una conciencia ecológica para que se comprenda la importancia casi religiosa que tiene la naturaleza para nuestro psiquismo. Asumir una actitud conlleva profundas implicaciones para el ser humano.
- ✓ Educar para el diálogo, porque el diálogo permite que el conocimiento se vaya construyendo entre sujetos. Ambos se inducen mutuamente para aprender, ya que sólo se está en condición de transmitir cuando se está en condición de aprender, es decir, cuando en el mismo acto de transmisión se da la transformación interior de quien transmite algo.
- ✓ Educar para ser “testimonios”: ser, decir y actuar en un sólo acto.

MÉTODOS Y PROCEDIMIENTOS

Tipo de estudio

El presente trabajo constituye una investigación de campo. El objeto de estudio fue el discurso que los médicos cardiólogos mantenían con respecto a la actividad física y el lugar que ocupaba la actividad física en sus indicaciones. Para desarrollar esta investigación se requirió un diseño de tipo cualitativo, que permite obtener datos y referencias acordes con la problemática planteada.

La metodología que hemos elegido para realizar esta investigación fue la *etnografía*. Es el método mediante el cual se puede "leer entre líneas" y permite identificar aspectos inadvertidos, silenciados y/o desconocidos por los médicos en sus prácticas cotidianas y en sus discursos. En este caso se trabajó escuchando lo que se decía, preguntando cosas; o sea, recogiendo todo tipo de datos accesibles para poder dilucidar el problema. En muchos sentidos la etnografía es la forma más básica de investigación social y guarda una estrecha semejanza con la manera como la gente otorga sentido a las cosas de la vida cotidiana. La etnografía ha sido a veces descalificada como impropia para las ciencias sociales porque los datos e información que ella produce son subjetivos, son meras impresiones idiosincrásicas que no pueden proporcionar un fundamento sólido.

Sujeto de estudio

Médicos cardiólogos

Área de estudio

Se realizó en diferentes instituciones en las cuales ejercen los profesionales médicos. Se llevó a cabo en sanatorios, establecimientos médicos particulares, unidades de terapia intensiva y clínicas privadas.

Instrumento

Un modelo de entrevista abierta que comprende doce preguntas dirigidas a médicos cardiólogos. Para mayor información, se adjunta al presente una copia del modelo en “anexo”.

Procedimientos

La técnica de recolección de datos consistió en entrevistas en profundidad -de entre veinticinco a treinta minutos de duración- para las cuales se utilizó una grabadora, traspasando luego cada diálogo textualmente a un papel para su análisis. El número total de entrevistas realizadas fue de siete. Los entrevistados fueron inducidos a hablar con preguntas que tendieron a direccionar el diálogo, pero no se coartó en ningún momento su discurso.

La *entrevista en profundidad* permite ir al fondo de las verdaderas o razones que mueven al entrevistado a actuar o pensar de determinada manera. Es una técnica que ayuda a profundizar y descubrir cuáles son las motivaciones, actitudes, intereses, deseos y todo lo que hay bajo la superficie de las expresiones manifiestas –o explícitas de las personas. Se basa en observar, registrar e interpretar gestos, expresiones, comportamientos, palabras, expresiones verbales o tonos de voz. Una entrevista en profundidad difiere de una entrevista cuantitativa principalmente en la capacidad de profundizar en los motivos que tiene una persona a actuar como actúa,

especialmente mediante la profundización en el conocimiento del tema que se trata. Con esta técnica algo sucede en la mente del investigador conforme se va avanzando en el número de entrevistas: un "discernimiento", un "ya entendí qué pasa". Son importantes aspectos como: observar, escuchar, sentir al entrevistado, tener empatía con él, ser imparcial, objetivo y no juzgar.

Indicadores

Los indicadores en los cuales nos basamos para llegar a una conclusión sobre el lugar que ocupa la actividad física en las indicaciones médicas fueron: los conceptos de actividad física y ejercicio físico, la visión holística de salud, de actividad física y de educación, los modelos de actividad física y salud, el pensamiento fragmentario, el pensamiento dicotómico y otras creencias que los sustentan, las creencias que inhiben o facilitan la realización de actividad física, los paradigmas médicos actuales, entre ellos la Medicina Basada en Evidencia y el modelo médico hegemónico.

DESARROLLO (resultados y comentarios)

Análisis de las entrevistas a médicos cardiólogos

Como resultado del análisis de los datos proporcionados por las entrevistas efectuadas a médicos cardiólogos quedan reflejados distintos aspectos que dejaremos constancia a lo largo del presente trabajo.

Fue notorio la subestimación del término actividad física y el uso indiscriminado del mismo, ya que todos los entrevistados utilizaron los términos actividad física y ejercicio físico en forma indistinta.

Cabe mencionar que dentro de las indicaciones médicas realizadas a los pacientes con enfermedades cardiovasculares se consideraron tres pilares fundamentales: la medicación, la dieta y la actividad física. Es decir, todos los entrevistados afirmaron que la actividad física era importante en la vida de personas con cardiovasculopatías. La salvedad con respecto a esto último fue el discurso de un médico que puntualizó por patología qué pacientes podían hacer actividad física y qué pacientes no:

“...la actividad física es importante en pacientes que están cursando una cardiopatía isquémica, o para aquellos que salen de una cirugía cardiovascular; pero no le daría actividad física a aquellos con una insuficiencia cardíaca grave...” (M.P. Dato de entrevista).

Esto da cuenta además, más allá de su obviedad, de la inclusión de la actividad física dentro de un marco de tratamiento, sin tener en cuenta los beneficios directamente relacionados con el placer por el movimiento, con la interacción con otras personas y con el simple hecho de compartir el tiempo con otros.

Asimismo, en la mayoría de las respuestas emitidas se notó la utilización preponderantemente biológica de la actividad física, que se relaciona con la definición que da Howley Don Franks³⁵ aludiendo a la actividad física como “... cualquier movimiento corporal (o de partes importantes del mismo) realizado con los músculos esqueléticos que lleva asociado un gasto de energía...”. Sumado a esto, todos los entrevistados coincidieron en que la actividad física trae aparejado beneficios físicos o como el autor refiere: “mejoras en los componentes del fitness”. Los profesionales pudieron distinguir entre ellos, la disminución del colesterol, la regulación de la tensión arterial, la reducción de la grasa corporal, la mejora de la capacidad funcional, la resistencia, etc.

En pocas contestaciones se enfatizaron los beneficios de la actividad física como actividad personal, interpersonal y relacionada con el medio.

Es importante destacar que tanto los pacientes como los mismos profesionales utilizan a la actividad física como tarea destinada a mejorar los aspectos biológicos del cuerpo. Dejan constancia de ello, respuestas de este tipo:

“...empecé el gimnasio porque la actividad física mejora la parte articular, la movilidad, o sea, la parte física...” (A.C. Dato de entrevista).

Otro argumentó que:

“...la actividad física mejora la capacidad funcional y la fracción de eyección del corazón y acomoda todo el cuerpo...” (G.B. Dato de entrevista).

Aquí resulta importante plasmar la visión de un entrevistado:

“...hago actividad física porque amo la vida, y como amo la vida tengo que estar bien, y para estar bien allá tengo que estar bien acá...”. (R.V. Dato de entrevista).

³⁵ Howley Don Franks: “Manual del técnico en salud y fitness”. OP.CIT. p. 22

Es evidente que esta respuesta podría ir más allá de lo que implica la visión del cuerpo como una máquina y de la actividad física como una herramienta a utilizar.

Ese último profesional, afirmó que

“...siempre lo importante es cómo se siente uno por dentro...” (R.V. Dato de entrevista),

y ante la pregunta de si realizaba actividad física contestó:

“...sí, salgo a caminar...y salgo a bailar también...” (R.V. Dato de entrevista),

y dejó constancia de la siguiente prosa:

“No son muertos los que en dulce paz descansan en la tumba fría, muertos son los que tienen muerta el alma y viven todavía” (R.V. Dato de entrevista);

conteniendo en sus respuestas palabras como alma y espíritu. Por lo tanto ¿se puede suponer que para él, la actividad física es una forma de disfrutar de nuestro cuerpo y no sólo de sentir placer por el movimiento sino también de poder compartirlo? La relación de la actividad física con el baile ¿es señal de una concepción del movimiento como acción que gratifica plenamente al ser humano y que permite poner a flor de piel nuestros más profundos impulsos de búsqueda de bienestar?

Howley Don Franks señala que las mejoras físicas propician un riesgo mínimo de producir problemas de salud con lo cual absolutamente la totalidad de los profesionales estuvieron de acuerdo; aunque sea indiscutible que la salud no depende sólo de la óptima condición biológica de las personas.

Otro aspecto que se suma a lo desarrollado anteriormente, es que las indicaciones de actividad física a los pacientes cardíacos eran realizadas desde una perspectiva preventiva-rehabilitadora. Prueba de ello son por ejemplo las siguientes respuestas:

“...la actividad física es importante como prevención y como tratamiento...” (J.A. Dato de entrevista);

“...yo indico actividad física para prevenir la hipertensión, para bajar de peso, a los diabéticos para bajar los niveles de glicemia en sangre y a su vez todo esto previene algún episodio cardiovascular; y además la indico como tratamiento en enfermedades cardiovasculares crónicas ya que coadyuva con los medicamentos...” (G.B. Dato de entrevista).

En todos los casos, los médicos coincidieron en que para prevenir los factores de riesgo había que realizar actividad física.

No obstante, otro especialista declaró que consideraba a la actividad física importante tanto para el enfermo como para el sano, independientemente de la edad; y que ésta ayuda a “*estar bien con todo y con todos*” (R.V. Dato de entrevista). Aunque luego cayó en la paradoja de fundamentar los beneficios de la misma desplegando una casi exhaustiva explicación de la influencia de la actividad física sobre las paredes arteriales (más específicamente sobre el endotelio que las recubre) y declarando que mejora la funcionalidad del endotelio y previene la aterosclerosis.

Otros médicos asumieron el papel preponderante de la actividad física en la motivación, relajación y bienestar psicológico de los pacientes:

“...además de todos los efectos físicos que produce la actividad física, el paciente se siente mejor porque se desestresa (*sic*), se siente más animado, contento y relajado...” (G.B. Dato de entrevista)

-concluyó uno de ellos.

No obstante y teniendo en cuenta algunas salvedades, los profesionales sostuvieron a la actividad física como si de un medicamento se tratara. Ellos recordaban a sus pacientes “*salir a caminar dos a tres veces por semana*” (A.C. Dato de entrevista) o insistían en definir cuánto se necesitaba de actividad física:

“...lo importante es definir cuánto necesitamos de actividad física. La American Hard Association dice que son seis horas semanales como mínimo, o sea, que actividad física no significa ir dos horas por semana al gimnasio...” (J.A. Dato de entrevista).

Fue implícito que tanto la utilidad preventiva-rehabilitadora como también la perspectiva que sostiene que la actividad física es favorable por la sensación de bienestar que da al hombre, se relacionan entre sí; lo que es cuestionable es si los médicos tienen verdadera noción de la dimensión globalizadora que queda implicada al hablar de actividad física,

Hasta aquí quedó demostrado por palabras de los médicos, que los pacientes, a partir de un episodio cardiovascular debían comenzar con la realización de acciones para mejorar su estilo de vida. Pero todos los puntos de vista detallados consideraron tácitamente que la persona tenía que adaptarse a un plan de actividad física. Así pues, la mayoría de los cardiólogos hablaron únicamente de caminata, y no aludieron a los gustos y preferencias del paciente. Esto supone una contradicción con lo que Devís Devís sostiene al aclarar que es fundamental que la actividad física se adapte a la persona y no a la inversa.

Otros, dejaron claro que si el paciente realizaba algún deporte tratarían de lograr la reinscripción de la persona a su ámbito:

“...si la persona quiere hacer o hacía algún deporte habrá que realizar una cierta cantidad de estudios para ver cómo está su corazón y luego prescribirle la actividad. Lo ideal sería que comience a hacer lo que le gusta en un lugar donde pueda ser supervisado...” (M.P. Dato de entrevista).

Por otro lado, seis de los siete médicos entrevistados destacaron el hecho de que los pacientes comenzaban a hacer actividad física pero luego abandonaban; ¿podría esto estar relacionado con el supuesto de que el hombre se siente bien cuando sus logros

físicos van de la mano con logros en la relación con otras personas? ¿Acaso no es el hombre un ser social?

Por otro lado, excepto uno de los médicos, el resto asumió tener factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares, de los cuales el más nombrado fue el estrés. Adujeron que las exigencias laborales, la falta de tiempo y el clima eran aspectos que no podían controlar. Esto ¿podría significar que su modo de “andar la vida” es un modo de “correr la vida.” y la actividad física queda marginada a un segundo plano?

“...dejé de ir la gimnasio porque hacía mucho calor...”(A.C. Dato de entrevista);

“No hago actividad física porque trabajo todo el día y no me queda tiempo...”
(S.S. Dato de entrevista);

“...lo poco que hago lo hago por obligación...” (G.B. Dato de entrevista);

son síntomas de una subordinación de la actividad física al tiempo y a las ganas de realizarla.

Algo que llamó poderosamente la atención fue que para algunos médicos la actividad física más que sugerida era “*exigida*”. Ellos le demandaban a sus pacientes hacer actividad física y además se “*imponían*” a ellos mismos practicarla. Así pues, uno de ellos aseguró:

“...lo que hago con los pacientes es exigirles que caminen...” (E.G. Dato de entrevista);

otro expresó:

“...yo hago actividad física casi por obligación...” (S.S. Dato de entrevista).

Todos los fundamentos que se dieron a lo largo de este trabajo eran que como base para la realización de actividad física estaban la motivación y la libertad de elección por parte de la persona, por lo tanto, otra cuestión surgió al escuchar las siguientes palabras:

“...lo ideal sería que los pacientes hagan actividad física, pero no cualquier actividad física sino bajo control estricto” (R.V. Dato de entrevista).

Por cierto es que, nada que se relacione con la esencia del ser humano puede ser “exigido” si pensamos que para el hombre el movimiento es una constante en su vida y la motricidad es función de la forma como se vive.

Se observó una forma particular de despersonalización de la enfermedad cardiovascular cuando muchos aludieron a indicar actividad física a patologías más que a personas. Un cardiólogo declaró:

“...la actividad física es buena para las dislipemias, la hipertensión arterial, las cardiopatías isquémicas, etc” (A.C. Dato de entrevista);

otro dijo:

“...yo a los problemas de tipo miocardiopatía dilatada les indico actividad física...” (G.B. Dato de entrevista);

a su vez, otro médico contestó:

“...la actividad física es importante ya sea para la hipertensión, el postoperatorio, la cardiopatía isquémica, etc; no así para una insuficiencia cardíaca de tipo tres o cuatro o un pre-transplante...” (M.P. Dato de entrevista).

Todo esto reforzó la teoría dicotómica.

Iván Illich³⁶ señala que la gente está condicionada para *obtener* más que para *hacer*, quiere ser enseñada, tratada, guiada en lugar de aprender, curar y hallar su propio camino; curar deja de ser la tarea del enfermo y se convierte en el deber de los médicos. Esto coincidiría con una de las declaraciones obtenidas:

³⁶ Illich, I.: “Némesis Médica”. OP.CIT.

“...el paciente prefiere gastar más dinero en medicación que hacer actividad física por la comodidad y la rapidez de los resultados; hay que considerar que es más fácil y cómodo tomarse una pastillita...” (A.C. Dato de entrevista).

Cuestión que se contrapone con la idea de que tenemos real participación en el desarrollo de nuestra enfermedad ya que somos nosotros quienes decidimos ponernos ante situaciones de estrés.

Una cardióloga expresó en su interesante relato que los pacientes negaban la responsabilidad sobre su salud, y aguardaban el momento de la medicación. Cuestionó sobre el hecho de que si no se le daba un medicamento, el paciente posiblemente dejaría de concurrir o acudiría a otro profesional, por la sensación de tratamiento ineficaz.

Al hecho de que muchos pacientes no podían asumir su responsabilidad de curarse se sumó la influencia del modelo médico hegemónico que hace del paciente casi una posesión. Recordando algunos de sus rasgos fundamentales como son, la relación asimétrica en el vínculo médico paciente y la participación subordinada y pasiva de los pacientes en las acciones de salud, nos remitiremos a la expresión de algunos cardiólogos:

“...a mis pacientes los manejo de la siguiente forma...” (J.A. Dato de entrevista);

“...a mi paciente lo mando a hacer actividad física...” (M.P. Dato de entrevista);

“...a un paciente lo podés poner en un servicio de rehabilitación...”. (A.C. Dato de entrevista).

Contrario a ello, otros recalcaron que el paciente poseía una participación activa y se limitaron a considerar cuándo, cómo y qué podían hacer los pacientes dentro de las sugerencias. Ellos dejaron en claro que podían decirle qué hacer a un paciente pero después él era el responsable de su accionar.

Cappra afirma que la supervivencia humana, que está amenazada por acciones provenientes de una visión mecanicista y fragmentaria del mundo, sólo será posible si comienzan a surgir actitudes más holísticas y fraternas entre los seres humanos y entre estos y la naturaleza. Lo que pudimos analizar de las entrevistas no se asemejó tanto a esta teoría ya que el factor económico pareció estar por encima del humano. Ninguno de los médicos pudo concretar sus proyectos de rehabilitación integral con actividad física supervisada manifestando que la limitación era meramente económica y que las Obras Sociales no reconocían tal actividad:

“...un problema realmente grave es que la actividad física programada no está reconocida por las Obras Sociales y es muy poco lo que te pagan...” (G.B. Dato de entrevista);

“...la rehabilitación cardiovascular no se hace por varios motivos, pero el más importante es el económico. Como no es reconocida por las Obras Sociales entonces pasa a ser particular y la situación económica no lo favorece. No lo favorece entre comillas, porque hay mucha gente que sale a comer un asado los fines de semana...entonces, para el divertimento siempre hay dinero pero para la salud no...” (R.V. Dato de entrevista).

Evidentemente, esto es compartido tanto por el médico, para quien la actividad no le reditúa en términos económicos, como así también por el paciente a quien se le agrega otro gasto más por cubrir.

Cuando alguno de los entrevistados respondieron que no a todos sus pacientes le indicarian actividad física, inmediatamente surgió la idea que Devís Devís plasmó acerca de que la actividad física y el bienestar son para todas las personas, sea cual sea su capacidad física y funcional y su estado de salud. Un médico afirmó:

“...los pacientes que necesitarían realizar actividad física serían los que tienen una miocardiopatía dilatada; o sea, no a todos los mandaría a hacer actividad...”

(M.P. Dato de entrevista).

Otro aseguró:

“...yo diría que la actividad física juega un rol fundamental en muchos pacientes, no en todos, pero sí en hipertensos, en diabéticos, obesos, etc...” (A.C. Dato de entrevista).

Con esto, estamos nuevamente ante una visión fragmentaria que ve a la enfermedad como una avería orgánica y así, la indicación de actividad física surge desde una concepción de cuerpo-máquina pensando en los efectos que posee sobre determinadas partes del cuerpo.

Por otro lado, vale aclarar que tanto el médico como el paciente comparten el mismo discurso. Así por ejemplo, uno de los cardiólogos manifestó que los pacientes comenzaban a hacer actividad física y luego abandonaban. Palabras textuales de uno de ellos fueron las siguientes:

“...la gran mayoría de pacientes que derivo a la realización de actividad física supervisada no van porque no quieren, o te mienten y te dicen que caminan o que van...” (S.S. Dato de entrevista).

Se podría suponer que el hecho de relacionar a la actividad física con un fin meramente terapéutico no crea expectativas de realización personal ni de estilo de vida saludable en los pacientes.

Fue relevante cómo aludían, en sus respuestas, a la educación de los pacientes y de la comunidad entera, acerca de los factores de riesgo y de los beneficios de la actividad física. Ante la pregunta de cómo se deberían prevenir las cardiovasculopatías, muchos respondieron:

“...la mejor forma de prevención es la educación” (R.V. Dato de entrevista);

“...la educación tiene que ser desde la escuela primaria. Los hábitos de vida tienen que cambiar a partir de allí...” (J.A. Dato de entrevista);

“...en las escuelas, las maestras y los profesores son los primeros que deberían quitarle a los chicos el hábito del cigarrillo y acentuar el hábito de la actividad física” (G.B. Dato de entrevista);

“...haría educación a nivel escolar y comunitario, o sea, campañas para las escuelas y para la sociedad...” (S.S. Dato de entrevista).

Paralelamente un especialista se refirió a la educación como método informativo más que formativo:

“...para educar a la gente hay que darle al paciente y a la comunidad información y consejos en cuanto a alimentación, hábitos y actividad física...” (A.C. Dato de entrevista).

Muchos médicos señalaron que recababan información útil para luego poder prescribir un tratamiento, ya sea a través de la anamnesis y de los estudios por imágenes. Además de ser especialistas en cardiología algunos argumentaron ser especialistas en diagnóstico por imágenes (ECG, Ecodoppler, etc.). Esto nos llevó a observar dos aspectos, por un lado el uso del paradigma basado en evidencias que tan en auge se encuentra actualmente y que tiene una visión un tanto positivista y limitada del paciente, pero que es indudable su utilidad para recabar información y poder dictar sugerencias (medicación, dieta, ejercicio, etc.) acorde con el problema del enfermo. Por otro lado, la teoría dualista fortalecida por el diagnóstico por imágenes.

“...hay que educar a los pacientes, primero, investigando o interrogándolos y tratando de recabar la mayor evidencia posible; y luego, dándoles el tratamiento que

corresponde: la información, el medicamento y los consejos sobre actividad física y alimentación...” (R.V. Dato de entrevista)

En este sentido, Le Breton ³⁷ es uno de los autores que afirma que el diagnóstico por imágenes profundiza el dualismo cuerpo-mente ya que fracciona al cuerpo, aísla los órganos, las funciones, las células y hasta las moléculas. El sujeto desaparece bajo los parámetros biológicos que lo constituyen.

Después de haber expuesto este análisis, estamos de acuerdo en que el cambio de conciencia con respecto a la concepción del hombre es indispensable para poder, en un futuro, tomar las decisiones más acertadas con respecto a la salud y a una buena calidad de vida.

³⁷Le Breton, D.: “Antropología del cuerpo y modernidad”. OP. CIT.

CONCLUSIÓN

Teniendo en cuenta los datos obtenidos a través del análisis subjetivo de las entrevistas efectuadas a médicos cardiólogos y en concordancia con la problemática planteada, la hipótesis y los objetivos, se arribó a la siguiente conclusión.

Existe una gran influencia de creencias y teorías implícitas en la sociedad toda, que desde los orígenes de nuestra cultura condicionan el accionar y las decisiones que toman los individuos. Las creencias que sostenemos influyen sobre lo que hacemos y sobre el significado de nuestros actos. Para producir un cambio o modificación de esta situación, las personas deberían desde un principio, ser concientes de esas creencias y de cómo dominan la interpretación y actuación sobre el mundo. En consecuencia, los médicos cardiólogos, partícipes e integrantes de la sociedad, comparten estas creencias que fundamentan el reduccionismo, el mecanicismo, el dualismo y los paradigmas médicos, y por lo tanto su accionar se sujeta a las mismas.

La actividad física, en cuanto aspecto constituyente de la vida, es inmolado al reduccionismo, ya que se la entiende como el mero movimiento corporal que asume un gasto de energía y proporciona mejoras psicofísicas. Asimismo, confunden actividad física, considerada desde nuestro parecer como actividad integradora, globalizadora y relacional, con ejercicio físico, cuya perspectiva y finalidad son puramente biológicas.

El proceso de toma de decisiones y la conducta de los médicos cardiólogos con respecto a la actividad física, están influidas por la forma como los mismos conciben su propia realidad. El pensamiento de los médicos cardiólogos está a la vez fragmentado.

Las indicaciones que los médicos daban a sus pacientes estaban dotadas de una condición mecanicista. Esto quedó argumentado en la manera como ellos se referían al hablar de los efectos de la actividad física sobre el organismo.

En el artículo “La actividad física como forma de-gustar la vida”³⁸ se señala que la actividad física debe incorporarse a la vida de las personas como “modo de andar y no de correr la vida; como modo de que no sea consumida racionalmente como antídoto o remedio; como modo en el que el movimiento corporal, en tanto considerado necesidad biológica básica cuya satisfacción produce placer, no se diferencia de otras conductas vitales.” Ciertamente, el discurso que los médicos sostuvieron no fue tan amplio sino que se redujo al concepto utilitario, fragmentado e individualista de la actividad física.

Además, desde nuestro criterio, descubrimos detrás de las respuestas de muchos, la idea de concebir a la actividad física como una actividad secundaria u obligación a cumplir y no como un derecho que nos pertenece como seres humanos y saludables que en esencia somos.

Quedó reflejada la presencia de un “médico-mecánico” que utiliza herramientas, entre ellas la actividad física, para reparar el cuerpo; teoría que queda respaldada por las ideas que formularon los entrevistados al considerar a la actividad física como medio terapéutico y no como forma de vida. Las sugerencias que los médicos le daban a sus pacientes incluían a la actividad física como complemento de la dieta y la medicación.

Coincidimos con Airasca, D. y nos preguntamos si la actividad física ya no será una constante en la historia de la humanidad. ¿Es este el momento del sedentarismo o de la actividad física?

Además, en tal caso vale preguntarse ¿quiénes preparan para asumir a la actividad física como inherente a uno mismo y a la forma de vida? ¿Quiénes educan a las personas para la adopción de una visión holística de actividad física?

³⁸ Airasca, D.; “La actividad física, como forma de-gustar la vida”. OP. CIT.

A pesar de estas conclusiones, se está notando cómo el discurso fragmentario y dicotómico del médico intenta ser penetrado paulatinamente por otras visiones, por el deseo de bienestar profundo y por la búsqueda de otra concepción de la vida. Por lo menos esto se comprobó en el discurso de algunos.

Hoy se está cambiando el imaginario y la visión acerca del cuerpo, aunque todavía con poca alteración de las creencias previas. Los sujetos, pareciera, están buscando mayor plenitud a través de un uso diferente de la actividad física, no obstante algunos todavía no son concientes de ello.

“El mundo en que vivimos está atiborrado de situaciones complejas, cambiantes y persistentes ante las cuales los modelos de atención médica y las creencias que dirigen el pensamiento médico no representan la mejor forma para afrontarlas. Debemos ser flexibles para poder adaptarnos porque evidentemente esto es una necesidad.”³⁹.

El primer paso hacia un enfoque holista de la terapia podría ser que el paciente tome conciencia, de la manera más completa posible, de la naturaleza y la medida de su desequilibrio. Con este simple reconocimiento ya se instauraría un principio de recuperación, sería terapéutico de por sí ya que crearía confianza y fe en sí mismo, dando origen al proceso de curación.

Según Iván Illich (1984), el enfoque reduccionista de la enfermedad, con su insistencia en fármacos y en intervenciones quirúrgicas, se verá sustituido a la larga por las nuevas terapias holísticas a medida que nuestra concepción colectiva de salud y del cosmos evolucione.

³⁹ Cappra, F.: “El tao de la física”. OP.CIT

A pesar de ello, se pudo concluir que los médicos cardiólogos consideran todavía a la actividad física desde una perspectiva preventiva-rehabilitadora y sus efectos psicofísicos, y que la indican promoviendo el individualismo, el mecanicismo y la fragmentación.

Por último, es propicio destacar el pensamiento dicotómico es compartido tanto por el médico, quien sugiere a la actividad física para mejorar la funcionalidad del corazón, como también por el paciente, que es quien toma esa sugerencia como medio para recuperarse de su lesión.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Asch, S.: “Psicología social”. Editorial Eudeba, Buenos Aires, 1962.
- Cappra, F.: “El tao de la física”. Editorail Sírio, Málaga, 1997.
- Cappra, F.: “El punto crucial”. Editorial Estaciones, Buenos Aires, 1982.
- Devís Devís, J.; Peiró Velert, C.: “Actividad Física, Deporte y salud”. INDE, Barcelona, 2000.
- Devís Devís, J.; Peiró Velert, C.: “Nuevas perspectivas curriculares en Educación Física”. La salud y los juegos modificados. INDE, Barcelona, 1992.
- Dumazedier, J.: “El hombre y el ocio en 1985”. Editorial Guadarrama, España, 1968.
- Festinger, L.; Katz, D.: “Los métodos de investigación en las ciencias sociales”. Editorial Paidós Studio Básica.
- Hanson, P.: “Clínicas Cardiológicas de Norteamérica”. Editorial Interamericana, México DF, 1997
- Howley Don Franks: “Manual del técnico en salud y fitness”. Editorial Paidotribo, Barcelona, 1996.
- Illich, I.: “Némesis Médica”. Editorial Joaquín Martiz/Planeta, México, 1984.
- Lamb, P.: “Fisiología del ejercicio”. Editorial Hispanoamericana, Barcelona, 1992.
- Le Breton, D.: “Antropología del cuerpo y modernidad”. Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires.

- Maslow, A.: “Motivación y personalidad”. Editorial Sagitario S.A., Barcelona, 1954.
- Mazorra Zamora, R.: “Actividad física y salud”. Editorial científico técnica, La Habana, 1988.
- Mendez, C.: “Metafísica 4 en 1”. Colección Metafísica, Venezuela, 1993.
- Merleau-Ponty: “Estructura del comportamiento”. P.U.F., 1949
- Nutbeam, D.: “Glosario de promoción de la salud”, Promoción de la salud: una antología. OPS, Washington DC, 1996.
- Organización Panamericana de la salud. “Promoción de la salud: una antología”. Publicación científica N° 557, Washington DC., OPS, 1996.
- Ortega y Gasset, J.: “Ideas y creencias”. Madrid, 1964.
- Peidró, R.; Angelino, A.; Saglietti, J.: “Prevención y rehabilitación cardiovascular. Bases fisiológicas y guías prácticas”. Biblioteca Médica Aventis, Buenos Aires, 2002.
- Sabulsky, J.: “Investigación científica en salud-enfermedad”. Editorial Kopytac, Córdoba, Argentina, 1996.
- Sartre, J.: “El existencialismo es un humanismo”. Editorial del 80, Buenos Aires, 1997.
- Taylor y Bodgan: ”Investigación a los métodos de investigación cualitativa”. Editorial Paidós. México. 1987.
- Tobis, J.; Zahman, L.: “La rehabilitación en Cardiología”. Ediciones Toray S.A., Barcelona, 1975.

Documentos

- Airasca, D.; Alarcón, N.: “Entrenador personal en salud y fitness”. Grupos de Estudios 757, Rosario, 2001.
- Airasca, D.: “La cultura escolar, una aproximación a la cultura sedentaria”. Tesis doctorado, Universidad Católica de Santa Fe, 2002.
- Material de trabajo de la Cátedra de Metodología de la Investigación de la U.A.I., Rosario, 2001.
- Material de trabajo de la Cátedra de Medicina y Sociedad de la Universidad Nacional de Rosario, Facultad de Ciencias Médicas, Rosario, 1997.
- Material de trabajo de la Cátedra de Epistemología de la U.A.I., Rosario, 2001.

Material extraído de internet

- Airasca, D.; “La actividad física, como forma de-gustar la vida”. www.dialogica.com.ar/archives/000278.html. Rosario, 2003.
- Durán Pizaña, E.: “Las creencias, un asunto para la reflexión”. www.uasnet.mx/cise/rev/Num1/creencias.htm. México, 29/10/01.
- Fragoso Guimarães, C. A.: “El tao de la Física”. <http://www.geocities.com/Vienna/2809/espirtual.html>
- Mansilla, A.: “Ideas y creencias en Hume y Ortega”. Exégesis, X Aniversario. cuwww.upr.clu.edu/exegesis/ano10/v27/mansi.html. México, 23/04/99.

- Kumar, S.: “Conciencia”. Conversación con Fritjof Capra. www.webislam.com/numeros/2002/159/temas/conversacion_capra.htm. 2002.
- Ottolenghi, R.: “Obstáculos para la Aplicación de la Cardiología Basada en Evidencias”. CECARDIO, Centro de Cardiología, Cirugía Cardiovascular y Neumología e Instituto Superior de Postgrado, U.C. Quito, Colegio de Ciencias de la Salud, Universidad San Francisco de Quito, Quito, Ecuador. <http://www.fac.org.ar/scvc/llave/cardio-l/hidalg/hidalge.htm>.

Otros sitios consultados

- www.consultordesalud.com
- www.dip-palencia.es
- www.indec.com
- www.paho.org
- www.saludpublica.com
- www.secpyr.org
- www.sobrentrenamiento.com

ANEXO

Entrevista a médicos cardiólogos

Nombre:

Edad:

Ámbito laboral:

Año:

Preguntas

1. ¿Cuál es su especialidad?
2. ¿Cuál es su formación académica?
3. ¿Qué lugar ocupa dentro de la institución?
4. ¿Cómo cree usted que podrían prevenirse las enfermedades cardiovasculares?
5. ¿Qué lugar le otorga a la actividad física en la vida de un paciente? ¿Dentro de qué perspectiva ubicaría a la actividad física: preventiva, rehabilitadora u orientada al bienestar?
6. ¿Qué lugar le otorga a la actividad física en su vida? ¿Dentro de qué perspectivas anteriormente nombradas la ubicaría? Si realiza actividad física, ¿con qué finalidad lo hace?
7. ¿Cuáles son los pasos a seguir en el tratamiento de un paciente posquirúrgico luego de que egresa de la institución? ¿Qué sugerencias le da como médico?
8. Muchos de sus pacientes, ¿podrían ser derivados a un programa de actividad física supervisado y controlado?
9. ¿Qué sugerencias podría aportar desde la Medicina para fomentar la actividad física?
10. ¿Qué opina acerca del trabajo conjunto con otros profesionales de la salud como Psicólogos, Kinesiólogos, Profesores de Educación Física, etc.?

11. ¿Piensa que estaría dentro de sus marcos el cambio de visión que se tiene con respecto a la relación entre actividad física y salud?
12. ¿Se considera poseedor de factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares?
¿Qué hace para mejorar su estilo de vida?