BOLETÍN DE HISTORIA DE LA CIENCIA

Año 37, nº 74

2º Semestre 2018

ÍNDICE

Simposio Medicina y calidad de vida

Presentación del Simposio Celina A. Lértora Mendoza Revisando el concepto "calidad de vida" Inés Bores Calidad de Vida en salud. Evolución histórica del concepto Abel Agüero Salud y Calidad de vida. Un enfoque médico social Alicia Gambartes Calidad de vida en relación a la discapacidad, considerando	3 4 9 14				
		al discapacitado y su familia	22		
		Maria Moure Vejez y calidad de vida Amalia Bores Sufrimiento y dolor	26 33		
				Alejandro Herrero comentarios	37
				Laura Guic comentarios	39
				Dulce María Santiago comentarios	41
		Autores	44		
		Reseña	47		

Boletín de Historia de la Ciencia

Director: Ignacio Daniel Coria

Comité Asesor

Abel Luis Agüero (Facultad de Medicina - UBA, Buenos Aires) Ana María Alfonso-Goldfarb (Centro Simão Matías - PUC - San Pablo) Luz Fernanda Azuela (Facultad de Geografía - UNAM - México) Márcia Ferraz (Centro Simão Matías - PUC - San Pablo)

Copyright by Ediciones FEPAI, M. T. de Alvear 1640, 1° E, Buenos Aires. e-mail: fundacionfepai@yahoo.com.ar

Queda hecho el depósito de Ley 11.723. Se permite la reproducción total o parcial del contenido de este Boletín, siempre que se mencione la fuente y se nos remita un ejemplar.

ISSN 0326-3312

Simposio Medicina y calidad de vida

23 de mayo de 18 a 21 hs. Asociación Médica Argentina - AMA- Santa Fe 1171 – C.A.B.A.

Coordinadoras Dras. Amalia Bores y Celina Lértora Mendoza

Este acto conjunto de FEPAI y SOHIME se propone analizar desde diferentes perspectivas, la relación entre medicina y calidad de vida, analizando el desarrollo y alcance de este concepto, su historia en relaci`0on a las ciencias de la salud, y diversos enfoques, como la cuestión sanitaria, la discapacidad, la vejez y el dolor.

Asimismo han sido invitados tres foristas, que comentaron las exposiciones desde perspectivas filosóficas, antropológicas. y sociológicas.

El acto fue presentado y moderado por Ivo Kravic, quien agradeció a la Asociación Médica Argentina el apoyo brindado y la sesión de esta sala para la reunión

Exposiciones

Celina A. Lértora Mendoza

Revisando el concepto "calidad de vida"

Inés Bores

Calidad de Vida en salud. Evolución histórica del concepto

Abel Agüero

Salud y Calidad de vida. Un enfoque médico social

Alicia Gambartes

Calidad de vida en relación a la discapacidad, considerando al discapacitado y su familia

Maria Moure

Vejez y calidad de vida

Amalia Bores

Sufrimiento y dolor

Foro de expertos, comentaristas

Alejandro Herrero (UNLa) Filosofía-Historia Laura Guic (UNLa) Ciencias Educación.-Historia Dulce María Santiago (UCA) Filosofía

Repensando el concepto "Calidad de vida"

Celina A. Lértora Mendoza

En la web hay aproximadamente un millón y medio de resultados con el link de búsqueda "calidad de vida", lo que evidencia la importancia que las redes sociales y a la gente en general le otorga al tema. A pesar de este enorme volumen de datos, una rápida compulsa de los veinte o treinta primeros muestra una considerable repetición de conceptos y de fuentes. De modo que en realidad la temática puede reducirse bastante, al menos en sus líneas generales, que es lo que ahora interesa. Me atendré entonces a unos pocos puntos como introducción general al tema de este Simposio: 1. El origen sociológico del concepto; 2. El marco cuantitativista de investigación inicial, 3. La ampliación de factores y 4. La introducción de la subjetividad. Es precisamente en este cuarto punto que quiero señalar un giro importante en relación a todo lo anterior.

1. El origen sociológico del concepto. Hay consenso en que el concepto surge de investigaciones sociológicas, a partir de percepciones cotidianas de la gente y los colectivos sociales, pues los sociólogos se ocupan de estudiar la sociedad en alguna de sus dimensiones. Se entiende por calidad de vida el nivel de ingresos y comodidades de una persona, una familia o un colectivo. La calidad de vida de un sociedad se puede medir y evaluar partiendo de una serie de datos estadísticos objetivos que permitan extraer conclusiones. Si un sociólogo quiere saber la calidad de vida de un colectivo determinado deberá realizar una serie de encuestas para recoger información sobre aspectos objetivos y medibles (nivel de ingresos, acceso al agua potable, tipo de vehículo, electrodomésticos en el hogar, nivel de estudios, metros cuadrados de la vivienda, tiempo destinado al ocio, etc.). Los resultados obtenidos aportan una información muy útil y sirven para determinar el nivel de vida y establecer comparaciones diversas (por ejemplo, entre dos naciones distintas).

Sin embargo el sociólogo sólo puede tener una idea aproximada de la calidad de vida, ya que se basa en datos estadísticos, que aun siendo ciertos, no dejan de ser producto de una selección que deja fuera muchos otros. Así, por ejemplo, el sociólogo no puede valorar los aspectos subjetivos relacionados con la calidad de vida (la satisfacción personal o la valoración de la propia existencia). Podría darse el caso de que una persona tuviera unos índices objetivos de calidad de vida muy

elevados y, al mismo tiempo, ser una persona infeliz. Esta dimensión ambivalente se produce con cierta frecuencia, ya que hay personas o grupos que se sienten felices a pesar de que sus condiciones de vida sean técnicamente muy deficientes.

2. El método cuantitativista y los índices. Al margen del análisis sociológico y de la objetividad/subjetividad del concepto de calidad de vida, es posible establecer una serie de circunstancias que muy probablemente se podrían considerar como condiciones válidas para decir que una persona o una familia gozan de una buena calidad de vida.

Suelen darse las siguientes pautas:

- Acceso a un sistema sanitario que permita afrontar un problema de salud.
- Acceso a una educación generalizada para el conjunto de la población.
- Un mínimo nivel de seguridad para que los individuos no tengan la percepción de sentirse amenazados en su vida cotidiana.
- Disponer de un nivel de renta mínimo que garantice el acceso a los bienes básicos (alimento, vestimenta y energía para el hogar).
- Circunstancias sociopolíticas que permitan ejercer libertades básicas (por ejemplo, la libertad de expresión o la libertad religiosa) y una corrupción política y económica que sea excepcional y no la pauta habitual.

Estas condiciones son una referencia, es decir, una propuesta general orientativa y no tienen un valor sociológico determinado, pero evidencian un consenso social global sobre qué se considera calidad de vida.

Por su parte, la **Organización de las Naciones Unidas** (ONU), a través de del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), ha establecido el Índice de Desarrollo Humano (IDH) como el indicador para medir la calidad de vida. Sus cálculos se basan en aspectos como la esperanza de vida, la educación y el PB per cápita, lo cual deja por fuera otros aspectos igualmente importantes, como el acceso a la vivienda o a una buena alimentación.

Desde el punto de vista político, una mejor calidad de vida debería ser el objetivo que persigan los países para tener ciudadanos más felices, con mayor bienestar y satisfacción. Entre los países con mejor calidad de vida en Latinoamérica se encuentran en los primeros lugares Chile, México, Brasil y Argentina. mientras que en el mundo destacan países como Suiza, Noruega o Luxemburgo.

3. La ampliación de los factores. La calidad de vida pasó a ser analizada desde diferentes perspectivas científicas en los tres últimos decenios del siglo pasado, incluyendo enfoques de ciencia política, teoría del desarrollo, índices económicos de crecimiento y otros. Es especialmente importante la inclusión de consideraciones médicas y psicológicas. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la calidad de vida es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en relación a la cultura y valores en los que vive, en relación con sus expectativas, sus objetivos y sus inquietudes, influido por la salud física y psicológica, sus relaciones sociales, su nivel de independencia y su relación con el entorno.

Una de las ampliaciones más importantes es precisamente el dossier de protocolos de las ciencias médicas para evaluar la calidad de vida de los pacientes de un servicio, o en general de las personas en relación a las enfermedades que tengan, sobre todo crónicas.

De este modo el concepto "calidad de vida" se ha ido redefiniendo como "bienestar", con un matiz que ya comienza a ser subjetivo. Las áreas personales de bienestar más habitualmente mencionadas son:

- Bienestar físico, asociado a la salud y la seguridad física de las personas;
- Bienestar material, que incluiría nivel de ingresos, poder adquisitivo, acceso a vivienda y transporte, entre otras cosas;
- Bienestar social, vinculado a la armonía en las relaciones personales como las amistades, la familia y la comunidad;
- Bienestar emocional, que comprende desde la autoestima de la persona, hasta su mentalidad, sus creencias y su inteligencia emocional;
- Desarrollo, relacionado con el acceso a la educación y las posibilidades de contribuir y ser productivos en el campo laboral.

En una perspectiva de tipo más filosófico, Martha Nussbaum y Amartya Sen publicaron en 1993 *The Quality of Life* (Oxford, Clarendon Press) donde han ocupado del tema, y sobre esta base se pueden señalar la relación de calidad de vida con las condiciones de vida.

Se señalan entonces varios tipos de condiciones de vida:

- Condiciones económicas
- Condiciones sociales
- Condiciones políticas
- Condiciones de salud

- Condiciones naturales.

Como se aprecia, son ítems similares a los mencionados en el rubro bienestar, sólo que en este caso se trata de conceptos más empíricos y cuantificables a través de índices. Pero evidentemente no puede evitarse la relación entre la condición y su efecto, el bienestar en sentido subjetivo.

4. La introducción de la subjetividad. La ampliación antes mencionada llevó a la convicción de que el concepto "calidad de vida" tiene un componente altamente subjetivo y que la percepción de un individuo en concreto acerca de su bienestar no necesariamente responde a los parámetros cuantitativos fijados en índices y factores. Así, como ya se ha dado un ejemplo, pueden ponerse otros: un individuo que tiene un problema importante para él, que no atina a resolver y que lo angustia, aunque tenga un alto estándar social, económico, laboral, etc., considerará que su calidad de vida es baja; lo mismo puede pasar con las personas deprimidas, excitables o susceptibles, cuya percepción de su realidad suele ser diversa a la que aprecian otras personas más objetivamente.

Por otra parte, hay que señalar, como lo hacen los analistas, que este concepto es eminentemente occidental y por tanto, vinculado a una cultura y una época determinada. El "derecho a la calidad de vida" como derecho humano, tal como se enfoca actualmente en las legislaciones y las políticas públicas de casi todos los países occidentales, es algo que no tiene correlato en otras épocas ni en otras sociedades. Precisamente el desarrollo antes esbozado, es parte de la manera de pensar occidental, que privilegia las situaciones que pueden ser analizadas objetivamente sobre la base empírica de indicadores y una serie de instrumentos conceptuales, especialmente matemáticos. La introducción de la subjetividad, difícilmente medible en los mismos términos que los indicadores fácticos, ha introducido también una cuña, un quiebre, que permite plantear de modos alternativos la cuestión de la relación entre medicina y calidad de vida, más allá de los protocolos estandarizados, que siguen el modelo cuantitativista.

Hoy podemos decir que medir la calidad de vida es una idea discutible y no exenta de polémica. Las herramientas sociológicas sobre la calidad de vida son válidas hasta cierto punto, pues no debemos olvidar que la cultura occidental vive una situación contradictoria: unos niveles aceptables de calidad de vida si los comparamos con algunas zonas del planeta y, paralelamente, unos problemas sociales que cuestionan la supuesta calidad de vida (número creciente de personas

con depresión, con ansiedad, o que viven en situación de marginación y aislamiento social aunque no estén económicamente en la miseria). Por último, la calidad de vida como valor numérico que se expresa en un ranking puede ser una información engañosa y, como ejemplo, vale la pena recordar que Bután es un país muy pobre pero el único que ha introducido un nuevo concepto de medición: la felicidad interior bruta. Algo para pensar: la relación entre calidad de vida y felicidad.

Este es un tema aún más complejo. No es fácil definir la felicidad en general, e incluso las personas no hallan fácil indicar qué situaciones les harían felices. Hacer años observaba Karl Popper que el Estado no puede procurar de modo directo la felicidad de las personas, porque no está en condiciones de establecer estos parámetros generales, ya que no los hay. De hecho la mayoría de las personas, decía Popper, no tienen en claro qué les haría felices, pero sí tienen en claro qué les molesta, que les hace desgraciados o qué no quieren en sus vidas. Es sobre estos puntos que debe trabajar el Estado. Pero más allá del Estado como entidad global, las relaciones personales pueden considerar no sólo la eliminación de los males (propuesta popperiana) sino también positivamente, en cada caso, proporcionar algo que de bienestar a una persona determinada. Algunas actitudes recientes delos profesionales de las ciencias médicas se encaminan en ese sentido.

Calidad de vida en salud. Evolución histórica del concepto

Inés A. Bores

Abordar el tema, nos propone definir, delimitar en palabras la esencia de una realidad o cosa.

Así, **calidad**, del latín *qualitas*, abarca el conjunto de propiedades de una cosa, lo que permite caracterizarla y valorarla con respecto a las restantes de su especie.

Es un concepto subjetivo, por relacionarse con percepción individual. En ella influyen por lo tanto factores culturales, necesidades y expectativas.

Vida, del latín *vita*. Si se relaciona con la existencia de un ser humano, es el lapso de tiempo comprendido desde el nacimiento hasta la muerte.

Para la medicina, debe ser un goce de buena salud, es decir un estado de completo bienestar físico, psíquico y social¹.

"Calidad de Vida" en salud se refiere pues al bienestar y el grado de satisfacción de las necesidades físicas, materiales y sociales del individuo.

El abordaje desde la óptica de la historia de la medicina permite reflexionar sobre un acto plenamente humano como lo es la asistencia médica al enfermo.

Ésta se ha modificado a lo largo del tiempo, por distintas situaciones histórico sociales.

Así, se desarrollaron distintos paradigmas para responder pragmáticamente, a la necesidad de palear enfermedad, dolor, incapacidad, sufrimiento.

Se estableció un punto de inflexión cuando en el Siglo V a C, **Hipócrates** (460 a C- 370 a C) elabora el tratado *Sobre los aires, aguas y lugares* determinó el factor de

¹ De Toro y Gibbert, M. García Pelayo y R. Gross, *Pequeño Larousse*, Bs As., ed. Larousse, 1964, 101, 1063. U. González Pérez, "Concepto de Calidad de Vida y evolución de los paradigmas". *R. cubana de Salud Pública* (La Habana) 28, N. 2. Jul. Dic. 2002. Versión online.

la causalidad en la génesis de las enfermedades; desarrolló un sistema racional, atribuyendo la causa de las mismas a fenómenos naturales².

Bernardino Ramazzini, (1633-1714) en su obra *De Morbis Artificum Diatriba* (*Tratado de las Enfermedades de los Trabajadores*) en 1700, estudió enfermedades relacionadas con el modo de vida de los trabajadores con la meta de lograr buenas condiciones del medio laboral, pautando el origen de la medicina ocupacional.

El advenimiento de la Revolución Industrial (proceso que comenzó en Inglaterra en el Siglo XVIII y se extendió rápidamente en el hemisferio norte en el Siglo XIX y principios del siglo XX) aumentó el número e importancia de las fábricas. Revolucionó el manejo de la energía humana. Se emplearon hombres, mujeres y niños, pues ahora se requería menos habilidad manual y menor fortaleza física.

Surgen las primeras ciudades industriales, con grandes concentraciones de población obrera que vive en condiciones precarias y trabaja en medios insalubres, cumpliendo muchas veces jornadas extenuantes.

La medicina estudia en este proceso enfermedades y epidemias emergentes de este contexto.

La morbilidad histórico y socialmente condicionada derivó en pauperismo (existencia de gran número de pobres en un Estado), accidentes de trabajo, y enfermedades actuando como predisponentes y agravantes: la mala alimentación, viviendas precarias e insalubres, jornadas laborales prolongadas, trabajo infantil, insuficiente educación.

Destacados pensadores hallaron que las causas de enfermedades no eran solo los gérmenes patógenos, sino que intervenían interactuando condiciones adversas laborales, económicas y medioambientales.

Brevemente mencionaremos al higienista **Johann Peter Frank** (1745-1821) quien en 1790 presentó su obra *La Miseria del Pueblo Madre de enfermedades*, en la Universidad de Pavía. Se interesó por la higiene y la salud pública.

10

² U. González Pérez, "Concepto de Calidad de Vida y evolución de los paradigmas". *R. cubana de Salud Pública* (La Habana) 28, N. 2. Jul. Dic. 2002. Versión online.

El abogado reformista social inglés, **Edwin Chadwin** (1800-1890), en 1842 presentó su *Report* sobre condiciones sanitarias de la población trabajadora de Gran Bretaña ante el Parlamento inglés En él correlacionó falta de saneamiento, con altas tasas de enfermedad y baja expectativa de vida. Fue base de la Ley de Salud Pública de 1848. La esperanza de vida era de 35 a 40 años en la aristocracia, 20 a 25 años para los artesanos y comerciantes y 16 a 25 años para los obreros.

Rudolf Virchow médico y político alemán (1821-1902) realizó importante contribuciones a la medicina social al elaborar el informe sobre la epidemia de tifus en Silesia publicado en 1848, valorando el contexto social y las condiciones desfavorables como factores que interactúan con la noxa permitiendo la aparición de las enfermedades infecciosas.

Todo ello propició el desarrollo de la higiene y la salud pública.

Así tras un largo camino el hombre comprendió la importancia de evaluar las condiciones y estilos de vida con el objetivo de proteger la salud y lograr el bienestar³.

El concepto de **calidad de vida** fue inicialmente relacionado con las consecuencias de la industrialización y con las ciencias sociales valoraron el bienestar social de una población a través de condiciones objetivas desde el punto de vista económico y social.

En la década del '60 comenzó a interesar la percepción que de su enfermedad y de los tratamientos que recibe tiene el paciente.

Para algunos autores el primero en utilizar el concepto "calidad de vida" fue en 1964, **Lyndon Johnson** (1908-1973), trigésimo sexto Presidente de los Estados Unidos. Otros señalan que fue el economista estadounidense **John Galbraith** (1908-2006), en las postrimerías de los años '50, en ocasión de valorar el bienestar social general de individuos y sociedad.

³ C Rizzi, S. Fed, J.C. Veronelli, *Introducción a la Medicina Sanitaria*, Bs. As. López Libreros, 1973: 30-34; P. Laín Entralgo, *Historia de la Medicina*, Barcelona, Salvat, 1985: 537-546.

En 1974 se incluye el término en Revista Estudio de Indicadores Sociales.

En 1977 es palabra clave en el sistema *Medline* (base de datos de bibliografía médica) y categoría de búsqueda en el *Índex Medicus* (índice bibliográfico de artículos de revistas científicas biomédicas).

Al finalizar los años '70 lograron perfeccionarse los indicadores sociales⁴.

En los años 80 surge el Perfil de Salud de Nottinghann y un cuestionario de salud o Formulario Corto SF 36 Short Form 36 Health Survy en el que se valoran 8 dimensiones de Calidad de vida: funcionamiento físico, limitaciones en el desempeño de roles debido a problemas físicos de salud, dolor corporal, funcionamiento social, salud mental general incluyendo stress psicológico, limitaciones en el desempeño de roles debido a problemas emocionales, vitalidad, energía, fatiga, percepciones de salud general⁵.

En 1991 la Organización Mundial de la Salud crea un grupo de estudio y elabora un consenso logrando un extenso cuestionario "calidad de vida" en las distintas culturas⁶.

En 1996 S. A. Schumaker S A y M. J. Naugton definieron calidad de vida relacionado con la salud como la percepción subjetiva (influenciado por el estado de salud actual) de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo.

Preconizan funcionamiento social, físico, cognitivo, motilidad, cuidado personal y bienestar emocional. Enfatizan la valoración subjetiva⁷.

⁴ B. Botero de Mejía, M. Pico Mechan, "Calidad de Vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años. Una aproximación teórica", *Hacia la Promoción de la Salud*. Vol.12, enero- diciembre 2007: 11-24.

⁵ J. Ware, R. Brook, A. Davies, "Choosing measures of health. Status for individuals in general population", *AJPH*, 71, 6: 620-627.

WHOQOL Group, "The World Halth Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL) Position paper from the WORLD Haelth Organization", *Soc. Sci. Med.*, 41, 10, 1995: 1403-1409.

En 2003 **L. Shwartzmann,** interpreta que **calidad de vida** relacionada con la salud en un enfermo, resulta de evaluar la interacción del tipo de enfermedad, su evolución, personalidad, el soporte social que recibe y que percibe importando la edad del mismo⁸.

Para la Organización Mundial de la Salud **calidad de vida** es la percepción que tiene un individuo de su posición en la vida, inmerso en el contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto de sus metas y expectativas.

Engloba salud física, nivel de independencia, relaciones sociales, relación con su entorno, creencias.

Los factores objetivos a dimensionar son: utilización de capacidades intelectual, y emocional, potencial creador, circunstancias sociales, económicas, culturales y políticas. Los factores subjetivos son; grado de satisfacción con las condiciones de existencia.

Por todo ello **calidad de vida** es un concepto multidimensional, constituido como herramienta para lograr el bienestar, goce pleno y armónico de las facultades del individuo⁹.

⁸ L. Schatzman, "Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales" en *Ciencia* y *Enfermería*, 9, 2, 2003: 9-21.

⁷ M. J, Naughton, S. Shumaker, R. Anderson et al., "Psiychological aspects of health. Related quality of life measurement tests and scales", en *Quality of Life and Pharmaco e Economics in Clinical trials*, 15, 1996: 117-131.

⁹ D Felce, J. Perry J. "Quality of life. It's definition and meassurements", *Research in Development Disabilities*. Vol 16, n. 1, 1995, 51-74; Soto M, Failde I. "La calidad de vida relacionada con la salud como medida de resultados en pacientes con cardiopatía isquémica", *Rev. Esp. Dolor*. Vol II, n8, Madrid, dic 2001, versión impresa ISSN 1134-8046.

Salud, desarrollo y calidad de vida

Abel Luis Agüero

Introducción

El mejoramiento de las condiciones socioeconómicas tendiente a elevar el nivel de bienestar de una población ha sido denominado de distintas maneras de las cuales interesarían en este artículo tres. Ellas son: progreso, desarrollo y calidad de vida.

La noción de progreso

A fin de poder mencionar los términos en su exacto sentido conviene entonces hacer una disquisición semántica. Se empezará entonces por analizar el término "progreso".

En épocas modernas el ideal de progreso indefinido del género humano se instaló como una de las premisas fundamentales del iluminismo. El invento de la máquina de vapor juntamente con la filosofía positivista acentuaron este ideal desde la segunda mitad del siglo XIX en adelante. Potenciado por la Revolución Industrial el "progreso" se veía como un remedio a la mayoría de los males de la sociedad. Desde el punto de vista médico los logros de la higiene, la bacteriología, las conferencias internacionales sobre sanidad, etc. prometían un pronto remedio a los males acarreados por el industrialismo.

El positivismo unido al darwinismo spenceriano encontró la explicación aparentemente científica que fundamentaba el predominio universal de la raza blanca y además, dentro de la misma, las diferencias de clase que existían entre los proletarios y los propietarios.

Así pues el "progreso" fue entendido como los logros que aumentaban el bienestar de los países centrales y especialmente de las clases dirigentes en los mismos.

Las revoluciones europeas en 1848 fueron el primer toque de atención acerca del malestar de las clases menos favorecidas y para evitarlas se establecieron en países

como Inglaterra y Alemania algunas legislaciones que procuraban el beneficio social de los obreros¹. Otra solución fue la que encontraron los estados como el italiano y el español que alentaron la emigración de los inadaptados al trabajo industrial o de los anarquistas y otros revolucionarios sociales.

La revolución bolchevique unida a la Primera Guerra Mundial produjo por un lado aumento de las demandas obreras y además la depresión del consumo debido a la guerra con una consecuencia tan indeseada como la retracción del consumo. Desde el punto de vista de la teoría económica surge así el keynesianismo que marca la intervención del estado en la regulación y planificación de la economía en contra de los preceptos puramente liberales que hasta ese momento habían sido los dominantes².

El desarrollo. El desarrollo económico

La postguerra que se inició en 1945 encontró sobre todo en Europa una serie de graves dificultades. En primer lugar los acuerdos de las potencias vencedoras dividieron a este continente en una zona soviética y otra liberal liderada por los Estados Unidos. Este último país como el estado dirigente de la Europa Occidental encontró para reconstruir esa región absolutamente devastada por la guerra y sus economías fundidas graves dificultades. Como plan a largo plazo se ideó el llamado Plan Marshall que aportaba los capitales suficientes para poner en movimiento la economía logrando una mayor productividad, aumento del consumo y crecimiento. Pero en lo inmediato era preciso responder con alguna solución a las necesidades básicas de los pueblos europeos.

Dos eran los modelos económicos que se disputaban la primacía: el modelo soviético en el cual todas las actividades (entre ellas la salud, la educación, la vivienda, el trabajo, etc.) estaban reguladas y dependían del estado; el modelo contrapuesto era el estadounidense en el cual estas mismas funciones quedaban liberadas al mercado obedeciendo a la ley de la oferta y la demanda. Si aplicaban el

¹ Abel Luis Agüero, "Epidemiología: historia, desarrollo y epistemología", en Jorge Daniel: Lemos, *Epidemiología y atención de la salud en la Argentino*, Bs. As., Organización Panamericana de la Salud. pp 19-34.

² John Maynard Keines, *The Economics conseaquences of the peace*. Citado por R. A. C. Parker, *El Siglo XX Europa 1918-1945*, Madrid, Siglo XXI, 1979, p. 20.

modelo socialista para paliar las grandes necesidades europeas, los Estados Unidos le estarían dando la razón al comunismo; pero establecer un sistema absolutamente confiado en el mercado era imposible por la falta de fondos en manos de las poblaciones de la Europa Occidental. Había pues necesidad de encontrar un nuevo modelo que diera solución a la demanda demostrando al proletariado que podía participar de los beneficios de las clases adineradas.

Nace así el "estado de bienestar" en el cual las necesidades básicas de la población (entre ellas la salud) deben ser atendidas por el estado hasta un cierto nivel que asegure un bienestar dejando el resto librado al mercado.

Producida la reconstrucción del ciclo económico europeo y con el Plan Marshall finalizado en 1961 ya desde la década de 1950 la atención de los gobiernos comienza a dirigirse hacia los países subdesarrollados de América, Asia y África. El éxito que había obtenido una política de rasgos keynesianos no solo en Europa sino también en Estados Unidos durante la depresión de 1930 convenció a los gobiernos y a los cientistas sociales acerca de las bondades de encarar estos problemas claramente sociológicos con soluciones económicas.

De este modo surge la noción de "desarrollo económico" según la cual apuntalando las economías de los países pobres mejoraría el bienestar general de la sociedad.

Las primigenias teorizaciones pusieron el acento en indicadores tales como "el estándar de vida" la "renta anual per cápita" el "consumo energético" el "saldo de la balanza comercial" y otros. Sin embargo algunos indicadores como el índice de Gini o el equilibrio armonioso entre los gastos ("óptimo de Pareto) preconizado por Vilfredo Pareto, no fueron tan popularizados en el momento, pese a que hubieran revelado que la desigualdad de ingresos o las prioridades de gastos seguían manteniendo un grave desbalance.

Se multiplicaron así teorías como la de Boecke³ acerca de que los países periféricos mantenían dos ciclos económicos: uno pequeño y pagador de impuestos y otro mayor de economía de subsistencia e informal y que producía la rémora en el

³ Rudolf Von Albertini, "Problemas de los países en vías de desarrollo, ayuda al desarrollo y conflicto norte-sur", en Wolfgang Benz y Hermann Grami (compliladores) E*l Siglo XXI Problemas mundiales entre los dos bloques de poder*, Madrid, Siglo XXI, 1982, p. 402.

desarrollo. Nurske y Singer⁴ describieron círculos viciosos sobre la pobreza, su consecuencia la falta de ahorro interno que traía como resultado la falta de acumulación de capital para iniciar un proyecto.

Desde el punto de vista sanitario esta última teoría es similar a la tríada de Winslow sobre ignorancia, pobreza y enfermedad. Es así como a través de organismos como el Fondo Monetario Internacional o el Banco Mundial y también con fondos oficiales de los gobiernos centrales o privados se comenzó a realizar una serie de préstamos al llamado Tercer Mundo. Préstamos que más de una vez estuvieron condicionados por las políticas dicotómicas Este-Oeste y que salvo los del Fondo Monetario Internacional o los del Banco Mundial rara vez fueron auditados por los prestadores para saber si eran aplicados a los fines para los cuales se pedían. En el ámbito de las Américas existe también el Banco Interamericano de Desarrollo como institución multilateral de ayuda a los países en problemas.

Especial interés tuvieron en América Latina las ideas que el economista argentino Raúl Presbich quién desde la Comisión Económica para la América Latina (CEPAL)⁵ propició la teoría de los términos del deterioro del intercambio según la cual el valor agregado de los productos industriales superaba con creces la pequeña intervención de la mano de obra que sobre la materia prima se realizaba antes de la exportación de los productos primarios. El fracaso de la política de sustitución de las importaciones de Presbich trajo el nacimiento de la teoría de la dependencia que engarza lo social y político a las consecuencias económicas sobre todo en el pago de la deuda externa mal empleada por los países periféricos.

Mientras se realizaban estas discusiones de gabinete la realidad mostraba datos de espanto. Hacia 1995 la población mundial era en su conjunto alrededor de 5.700 millones de personas. Mil millones habitaban en los países desarrollados que poseían dinero y un Estado de Bienestar eficiente. El resto de la población tenía serias deficiencias en sus necesidades básicas⁶.

Aun cuando ciertos indicadores como la esperanza de vida al nacer, la mortalidad materna o la mortalidad infantil hubieran mejorado en todos los casos la

⁴ Albertini, ob, cit., p 404.

⁵ Albertini, ob, cit., pp. 405-406.

⁶ Jean-Claude Chasterland, *La demografía, aspecto crucial del desarrollo*, París, Correo de la UNESCO, Marzo de 1995, pp. 43-44.

brecha de esos mismos indicadores entre países desarrollados y países subdesarrollados era de dimensiones considerables⁷.

El aumento de la natalidad, el desempleo y la atracción por una vida mejor llevó a una constante emigración del campo a las ciudades. Más del 70% de la población de América Latina se encuentra concentrada en ciudades y el aumento de habitantes de alguna de ellas ha obligado a considerar la vigencia del término "megalópolis".

Paradójicamente al declarar la Asamblea General de las Naciones Unidas el año 1987 *"Año Internacional de la Vivienda para Personas sin Hogar"*, mil millones de habitantes del planeta no dormían bajo techo⁸.

La solución neo malthusiana de control de la natalidad no ha dado hasta el momento resultados altamente satisfactorios. Por el contrario los intereses culturales, religiosos, políticos o económicos se han enfrentado duramente en las conferencias sobre la población mundial y sobre la mujer en Pekin y en el Cairo.

Desde el comienzo de la década de 1970 la anulación de los acuerdos de Bretton Woods y el aumento del precio internacional del petróleo impulsado por la OPEP favoreció el préstamo de capitales que estaban ociosos. Alrededor de 1983 la economía mundial se estabilizó y transformó esos capitales en el grave problema de la deuda externa de los países subdesarrollados que condicionan las posibilidades de educar, curar, alimentar y dar trabajo a la cantidad de población que ellos poseen^{9 10}.

El desarrollo humano

La idea de que si se contara con un sólido progreso material y que este progreso puede adquirirse mediante el dinero siendo sus consecuencias el desarrollo de la sociedad ha fracasado en el Tercer Mundo. La experiencia ha demostrado que el peso de las particulares cosmovisiones y sus culturas inciden profundamente en el

⁷ Banco Mundial: *Invertir en salud*. Washington DC 1993, p. 1.

⁸ El Correo de la UNESCO: *Millones de hombres sin techo.*, París, Enero de 1987, pp. 18-19.

⁹ Angus Maddison, *Dos crisis. América Latina y Asia 1929-1938 y 1973-1983*, México, Fondo de Cultura Económica.

¹⁰ Noemí N. Girbal Blacha, "Economía y comercio marítimo", en Laurio Destefani (Director) *Historia Marítima Argentina*, Bs. As., Departamento de Estudios Históricos Navales, Tomo 10, 1993: 221-242.

desarrollo de los pueblos. Realidades como las dificultades en las transferencias tecnológicas o la necesidad de adaptar los conocimientos para lograr su aceptación social se han ido abriendo paso entre los teóricos del desarrollo.

Denis-Clair Lambert¹¹ pone en relieve una encuesta del demógrafo norteamericano John Caldwel acerca de la salud de los países del Tercer Mundo en la cual se evidenciaba que en numerosos casos existía una deflexión entre la renta anual per cápita y la disminución de la tasa de mortalidad. Se podría concluir entonces, que superado un nivel mínimo de ingresos el simple aumento de la renta no es garantía de buena salud.

Fue entonces necesario reconocer el papel desempeñado por la comunidad en todo proceso que implique una intervención en el fenómeno salud-enfermedad. Consecuencia de ello hacia 1970 comenzó a criticarse el modelo de "desarrollo económico". Ante el fracaso de los modelos de ajuste se abre camino el reconocimiento de la participación comunitaria en democracia para obtener resultados sanitarios aceptables¹².

El primer hito importante a este respecto resultó la declaración de Alma Ata (1978) que colocó como prerrequisito para el éxito de los programas de atención primaria de la salud la participación comunitaria ¹³. Concomitantemente las Naciones Unidas a través de su agencia para el desarrollo elaboraron la noción de "Desarrollo Humano" en el cual se subsumían las simples nociones macroeconómicas.

Se agregaban a las cuestiones económicas para conseguir un desarrollo humano el analfabetismo, la mortalidad infantil, la polución ambiental, la democracia, la seguridad, la cultura, el acceso a una vida saludable y otros¹⁴.

¹¹ Denis-Clair Lambert, ¿Es la salud espejo del desarrollo?, París, El Correo de la UNESCO, agosto de 1987: 8-12.

¹² Cristina Reigadas, "Necesidad de la justicia" en: Honorable Senado de la Nación Argentina. Desarrollo Humano: un diálogo con la filosofía. Antonio Cafiero coordinador, Buenos Aires, 1995, pp. 121-122

¹³ OMS/UNICEF: Declaración de Alma Ata 1978 Atención Primaria de la Salud. Ginebra, 1978. Serie Salud para Todos

¹⁴ Como ejemplo de la necesidad de contar con las diversidades culturales en salud UNPD/World Bank /Who Special Programme for Research and Training in Tropical Disease. Tropical Disease. Progress in Research 1989-1990. Chapter: Social and Economic Research. Geneva. WHO 1991.

Desde el Vaticano la participación comunitaria fue alentada en sus primeros momentos por el Papa Juan XXIII quien como lo hace notar Arthur Utz, considera el bien común como un proceso insertado en la historia siendo entonces no un ente inamovible sino que cada generación y todos sus componentes deben reinterpretar la noción y definir la misma para ellos¹⁵. De allí se desprende entonces la importancia de las culturas regionales y la intervención del pueblo en la programación, ejecución y control de las acciones de salud y la autogestión y el autogobierno de las mismas.

Mientras se procura alcanzar estos objetivos el Tercer Mundo posee problemas estructurales tales como bajos ingresos, desempleo, urbanización, crecimiento demográfico, falta de educación y aumento del costo de los servicios, incluida la salud.

Calidad de vida y salud

El desarrollo humano lleva ínsito en sí mismo la idea de que existen para la humanidad valores superiores a los materiales que no pueden ser adquiridos por medios económicos. De a poco estos valores han sido definidos y junto a los similares valores materiales conforman un conjunto que se ha definido como "calidad de vida". Se puede afirmar que la humanidad necesita entonces de valores como trabajo con salario digno, vivienda, transporte, educación, ocio recreativo, libertad, participación en redes sociales, seguridad y salud, entre otros.

Tomados en su conjunto estos valores demuestran tener una interrelación entre los mismos. Cuando todos ellos son satisfechos el adelanto de uno repercute positivamente en todos los demás. Pero la condición *sine qua non* es que la ausencia de uno de ellos invalida la existencia de todos los demás. Vale decir, por ejemplo, que no habrá buena salud ni buena educación si no hay libertades públicas y viceversa.

Este conjunto de elementos se ha denominado calidad de vida a la cual podemos definir como: el conjunto de valores suficientes, necesarios e interdependientes para procurar la libre realización del destino de cada persona y de la comunidad dentro de los límites que su condición humana le impone. Es decir que la calidad de vida no debe entenderse como el goce sibarítico de un estado de bienestar sino como la

¹⁵ Citado por Juan C. Scannone, "Dignidad personal y comunitaria", en Honorable Senado de la Nación. ob. cit., pp. 92-93.

posibilidad de trascender la cotidianeidad de la vida diaria con un sentido más profundo.

Persistir en la vía económica pura para lograr el desarrollo como algunas políticas públicas lo proclaman llevará al hombre a ser un instrumento del mercado y no al mercado al servicio del hombre acentuando desigualdades de poder y privilegio. El desarrollo humano, por el contrario, al propiciar el mejoramiento de los valores de la calidad de vida se transforma en una vía eficiente para la elevación de la misma.

Calidad de vida en relación a la discapacidad y a la persona con discapacidad y su familia

Alicia Nora Gambartes

Derechos humanos y las personas con discapacidad

Como introducción, quizás sea útil remontarnos al pasado y recordar los nombres de Franklin D. Roosevelt, Goya, Frida Kahlo, Beethoven, Helen Keller y tantos otros hombres y mujeres celebres que además de sus obras nos dejaron como legado el testimonio viviente de que aun quienes debieron hacer frente al dolor, la adversidad o a ciertos impedimentos de orden físico o mental también han sido capaces de conmover a la humanidad por su arte, su ciencia o su genio. Para corroborar y dar contemporaneidad a esta afirmación bastaría con citar el nombre de Stefen W. Hawking, autor de *Historia del Tiempo*, quien es considerado uno de los grandes físicos teóricos del mundo, que a pesar de padecer una enfermedad neuromotriz, progresiva e incurable, logró fundamentales avances en el conocimiento de la humanidad.

El 10% de la población total de mundo padece algún tipo de discapacidad física, mental o sensorial. Y por lo menos el 25% de la población se ve afectada por diversas incapacidades. La cuantificación no basta por si sola para evaluar la verdadera gravedad del problema, pues con frecuencia esas personas viven en condiciones deplorables, debido a la existencia de barreras físicas y sociales, que impiden su integración y plena participación en la comunidad. El resultado de ello es que millones de niños y adultos en el mundo entero se ven segregados y al ser privados de casi todos sus derechos, arrastran una existencia marcada por la marginación y el infortunio.

Debemos recordar que estas personas, en tanto sujetos de derechos, gozan de todos los atributos jurídicos inherentes a la persona humana y que además son titulares de derechos específicos.

Las personas con discapacidad en tanto personas como nosotros tienen derecho a vivir con nosotros y como nosotros.

Desde el punto de vista jurídico, esta afirmación contiene una triple dimensión:

- a. El reconocimiento de derechos específicos a las personas con discapacidad.
- b. El respeto de estos, al igual que todos sus derechos.
- c. La obligación de hacer lo necesario para que las personas con discapacidad puedan gozar, en un plano de igualdad, del ejercicio efectivo del conjunto de los derechos humanos.

Prejuicios y descriminaciones respecto de las personas con discapacidad

Barreras culturales:

- 1. Acceso a la educación en todos sus niveles.
- 2. Acceso al empleo.
- 3. Acceso a vida privada.
- 4. Barreras jurídicas.
- 5. Institucionalización.

Rescatando vínculos

El proceso que describiremos es el de conformación de un equipo de promoción, prevención y asistencia a niños y su familia en situación de vulnerabilidad con respecto a sus competencias de comunicación, lenguaje y desarrollo.

El proyecto nació a partir de detectar en la zona de Mataderos, Lugano y alrededores casos de niños con necesidades especiales, con y sin diagnóstico, pero sin atención adecuada o con serias dificultades en el cumplimiento de los tratamientos.

El diagnóstico inicial era el siguiente: Los hospitales y centros especializados se encuentran alejados de los domicilios de las familias, lo que se agrava con la falta de recursos económicos para viajar y por la gran cantidad de horas que insumen los tratamientos (Los que en general se brindan durante el horario laboral de los padres).

A poco de iniciado el proceso y fruto de la reflexión del equipo se amplia el eje de la discapacidad hacia la prevención y promoción de niños en situación de vulnerabilidad, con respecto a la competencia de comunicación, lenguaje y desarrollo, plasmando como objetivo del equipo la prevención y asistencia de los niños y sus familias en el marco de sus derechos.

El equipo sostiene los espacios de asistencia, pero no tiene solo allí puesta la mirada, sino en ofrecer herramientas de diagnóstico e intervención a actores sociales de la zona que mantienen por su trabajo, contacto directo con los niños y sus familias: Jardines maternales, pediatras de centros de salud, escuelas, profesionales, defensorías, etc.

Se ofrecieron en tal sentido, hasta el momento, diversos talleres de detección de signos de alerta, charlas de orientación, de acompañamiento y contención para las familias y/o instituciones de la zona.

Desde el inicio se trabajó en forma interdisciplinaria e intersectorial, lo que nos exigió un trabajo constante de discusión de casos, nuevas propuestas terapéuticas, de articulación con otras instituciones, en definitiva, de generar estrategias de abordaje inclusivas que aporten y/o incidan en calidad de vida de los niños y su entorno familiar, en el marco de los derechos de los fijados en las convenciones internacionales.

Objetivos generales

- 1. Prevenir y contribuir a superar situaciones de vulnerabilidad social, familiar y de otra naturaleza, a fin de promover la igualdad de oportunidades.
- 2. Promover las acciones que pudieren corresponder para lograr una mejor calidad de vida.
- 3. Promover la investigación diagnostica a fin de diseñar proyectos de prevención y/o asistenciales tendientes a lograr o mantener competencias comunicativas y lingüísticas que posibiliten la integración social.

En este marco debe definirse como objetivo general, brindar una atención integral a los niños con necesidades especiales y sus familias, lo que incluye entrevistas individuales con los padres para orientarlos en la obtención de los instrumentos necesarios para la mejor atención multidisciplinaria del niño (Monotributo / monotributo social que implica la adhesión a una obra social, AUH con adicional por discapacidad, salario familiar con adicional por discapacidad, etc.)

En este sentido estas acciones tienden ha resaltar el ejercicio del derecho del niño, como sujeto de derechos y no como objeto de estos.

Como objetivos específicos propiciar la integración e inclusión de los niños/as y adolescentes con discapacidad respetando sus culturas, sus lenguas, sus historias personales, su individualidad y su autonomía, incluyendo como actores a las familias del niño/a en estos procesos.

Dar (la) palabra

Dar la palabra es ceder el turno para que otro pueda hablar en nombre propio, pero este otro tiene que tener **qué** decir.

La palabra nos permite pensar, nombrar y entender el mundo que se vive, herramienta primera de la simbolización, instrumento del lenguaje. Pero fundamentalmente nos permite la relación con los demás.

En todos los casos se ha privilegiado el logro de competencias comunicativas y lingüísticas en el proceso de adquisición del lenguaje y los procesos básicos de comunicación e interacción social.

El fundamento del servicio brindado se enmarca en las normativas supranacionales, constitucionales y legales de protección de niños/as y adolescentes, tales como el Pacto de San José de Costa Rica, la convención internacional de los derechos del niño, la convención internacional de las personas con discapacidad (Art. 75 inc.22 de la Constitución Nacional) y sus normas derivadas tanto a nivel nacional como local.

Tal como se dijo, el paradigma de atención es considerar a la persona con discapacidad como sujeto y no como objeto de derechos.

Vejez y calidad de vida

María Moure

"Para que la vejez no sea una parodia ridícula de nuestra existencia anterior, no hay más que una solución y, es seguir persiguiendo fines que den sentido a nuestra vida: dedicación a individuos, colectividades, causas, trabajo social o político, intelectual, creador.

Lo deseable es conservar a una edad avanzada pasiones lo bastante fuertes como para que nos eviten volvernos sobre nosotros mismos.

La vida conserva valor mientras se acuerda valor a la de los otros a través del amor, la amistad, la indignación, la compasión".

Simone de Beauvoir (1970)

Cuando hablamos de **calidad de vida** es importante considerar tanto los estados y procesos internos o subjetivos como los estados y procesos externos u objetivos, teniendo en cuenta múltiples cualidades y condiciones vitales del hombre, tales como factores sociales, culturales, históricos, económicos, políticos, y claro, biológicos y psicológicos, que constituyen la vida y el desarrollo de los seres humanos. Factores decisivos son también una vida autogestionada, autoválida, larga y sana, y las relaciones intergeneracionales. La calidad de vida puede concebirse como la interrelación dinámica de las necesidades con sus **satisfactores** y con los bienes económicos. Por **necesidades** se entiende las potencialidades humanas individuales y colectivas, que son finitas, múltiples e inter-dependientes y pueden satisfacerse a niveles diferentes y con distinta intensidad, en relación con uno mismo, con el grupo social y con el medio ambiente.

Un desarrollo orientado hacia la satisfacción de las necesidades "Solo puede emanar directamente de las acciones, aspiraciones y conciencia creativa y crítica de los propios actores sociales que, de ser tradicionalmente objetos de desarrollo, pasan a asumir su rol protagónico de sujetos¹. En el desarrollo se articulan armónicamente la dimensión personal con la dimensión social. Entendemos que el proceso de envejecimiento constituye un duelo, el que debemos pensar dentro de diferentes variables: la pérdida de vitalidad, de pares, de trabajo (retiro, jubilación), de objetos amados. En toda vida humana se producen pérdidas, en este sentido, la vida humana y el crecimiento o desarrollo psicológicos pueden entenderse como "un conjunto de procesos de duelo escalonados". No es posible evitar los duelos, pero la reacción ante ello puede ser diversa. La primera situación de pérdida de lo amado se da en los primeros momentos de la vida con el destete, o sea, con la pérdida del pecho materno (o la pérdida de la mamadera y los cambios de alimentación). Con posterioridad, las pérdidas van a ser frecuentes y variadas y no hay forma de evitarlas. La falta de elaboración de un duelo importante predispone a dificultades con otros duelos. Un duelo insuficientemente elaborado lleva a una cronificación del sufrimiento psicológico, a trastornos psicosociales y a la aparición de diversos tipos de psicopatologías.

Un sentimiento de pérdida es sentirse privado de algo muy querido, insustituible definitivamente y para siempre, que podrá verbalizarse de diversas maneras, "nada volverá a ser igual", "qué vamos a hacer ahora", "todo el tiempo anterior es insuficiente". Una aflicción define la respuesta, el estado emocional del individuo ante la pérdida. Donde se enmarcan pena, preocupación con la imagen de la muerte, culpabilidad en relación con la pérdida, hostilidad con las personas más próximas a las que no se quiere ver, pérdida de normas de conducta y ritmos vitales. La pena es descrita como una sensación displacentera donde se mezclan tensión en cuello y garganta, respiración entrecortada, sensación de ocupación interior sobre todo en pecho y abdomen, pérdida de energía, de fuerzas para cualquier cosa y sobre todo para vivir, cansancio, rigidez, bloqueo mental y una sensación de malestar intenso, imposible de concretar en ningún lugar del cuerpo. El luto, llorar, lamentarse, exteriorizar la pena, vestir, comer, acudir a la iglesia, visitar diariamente la tumba, automarcarse socialmente y hacer notar los sentimientos, es una necesidad para mantener el dolor abierto y en algunas culturas hasta una exigencia social. Ante la pérdida de un ser querido, la reacción normal es con frecuencia un síndrome

¹ L. Salvarezza, *Psicogeriatría. Teoría y Clínica*, Bs. As., Paidós, 2011.

depresivo típico, donde podemos establecer como síntomas más comunes, un bajo estado de ánimo, sentimiento de culpa, centradas en aquello que la persona podría haber hecho o en lo que no hizo al momento de la muerte del objeto querido, ideas de muerte, anorexia, pérdida de peso, insomnio, abandono de sus actividades sociolaborales. El duelo no complicado considera sus sentimientos depresivos como "normales", aunque acuda en busca de ayuda profesional, para liberarse de síntomas como el insomnio o la anorexia.

¿Cuáles son las complicaciones del duelo? En primer lugar, **físicas**, como el daño al sistema de respuesta inmune, aumento de actividad adrenocortical, de prolactina sérica, de la hormona del crecimiento, afecciones psicosomáticas, aumento de la mortalidad por enfermedad cardíaca (en especial en viudos ancianos). En segundo término, **psicológicas**, como depresión clínica (con o sin riesgo de suicidio), trastornos de ansiedad, escape a la actividad, duelo crónico, ausencia de duelo, duelo anticipado. El duelo complicado (patológico) no es un proceso con etapas que podamos reconocer sino el "fracaso o incapacidad para afrontarlo que impide alcanzar los niveles de bienestar emocional y de funcionamiento previo"². El criterio que se emplea con más frecuencia para diferenciar el duelo normal del complicado es el cronológico. Las preocupaciones y pensamientos sobre la muerte o la dificultad para aceptarla son normales si se expresan poco tiempo después de la pérdida. Pero son indicios de complicación si persisten por un tiempo prolongado.

Horowitz realizó un intento de delimitar el cuadro clínico y creó un grupo de signos y síntomas que podrían ser considerados como criterios diagnósticos del trastorno por duelo complicado: recuerdos o fantasías intensivas relacionadas con la relación perdida; períodos intensos de intensas emociones relacionadas con la pérdida; anhelo y deseo intenso de que el fallecido esté presente; sentimientos de soledad o vacío; permanencia excesiva en lugares, actividades y personas que recuerdan al fallecido; trastorno del sueño; pérdida de interés en el trabajo, a nivel social o en las actividades lúdicas alcanzando la mala adaptación. Freud en 1912³

² E. Dollenz, Duelo Normal y Patológico. Consiseraciones para el trabajo en Atención Primaria de la Salud, Cuaderno de Psiquiatría Comunitaria y Salud Mental en Atención Primaria de la Salud, Santiago de Chile, Facultad de Medicina. Universidad de Santiago de Chile, 2003.

³ S. Freud, *Introducción al Narcisismo* (Vol. XIV). Bs. As., Amorrortu Editores, 1992.

hace referencia al duelo como la "pérdida del objeto amado", incluyéndose como pérdidas objetales la muerte de un ser querido, la ruptura sentimental o la pérdida de empleo, estableciendo la diferencia entre **aflicción** y **melancolía**, en que el afligido cumple el "duelo" al negociar con la realidad, admitir la irreversible desaparición del objeto amado y liberar el deseo para buscar nuevos objetos de amor. El melancólico rechaza la idea de la pérdida, se identifica con el objeto y retira su deseo del mundo.

¿Por qué en la vejez hacen eclosión situaciones conflictivas individuales resultantes de las series complementarias freudianas que determinan los distintos modos del proceso del envejecimiento humano? Las depresiones en la vejez dejan de lado la "depresión reactiva" y la sustituyen por el duelo patológico.

El **narcisismo** es definido como el desplazamiento de cargas energéticas desde el yo –libido del yo– hacia el objeto –libido objetal– y viceversa, condicionando de esta manera lo que se llama el narcisismo *primario* y el narcisismo **secundario**. El narcisismo primario designa "un estado precoz en el que el niño carga toda su libido sobre sí mismo. El narcisismo secundario designa una vuelta sobre el yo de la libido, retirada de sus catexias objetales⁴. La libido sustraída del mundo externo es conducida al yo. Otro punto a tener en cuenta es la formación de un ideal con el cual se mide el yo actual del sujeto y la idea de conciencia moral. Esa conciencia moral es responsable tanto de la **autocrítica** como de la **autoestima** ("sentimientos de sí") que, en última instancia, dependen de la relación entre la libido objetal y la libido del yo.

El narcisismo es un estado necesario para la evolución sexual y, como tal, susceptible de prestarse como punto de fijación de la libido, con la consiguiente posibilidad de constituirse en polo de atracción para la regresión. El desarrollo teórico está constituido fundamentalmente en términos económicos. Establece una relación estructural entre la constitución del ideal, la auto-observación y la autoestima, haciendo depender el narcisismo de ésta último.

El narcisismo es la valoración que hace el sujeto de sí mismo, colocado dentro de una escala de valores en cuyo extremo más alto está el ideal y en el más bajo el negativo de dicho ideal. La ubicación nos dará la medida de la autoestima.

⁴ J. Laplanche, & J.-B. Pontalis, *Diccionario de Psicoanálisis*, Barcelona, Editorial Labor, 1981.

El sujeto cuando comienza a envejecer se ve enfrentado a una serie de cambios que, en principio, podemos ubicar en de tres esferas de la conducta: 1. esfera corporal; 2. esfera mental; y 3. esfera social. Se produce pérdida de la memoria de hechos recientes y disminución de la curiosidad intelectual. La cultura de la rapidez, cambios tecnológicos, que arrastran a un vértigo competitivo que no da lugar a la debilidad y fragilidad del viejo. La sociedad se constituye como segregacionista. Se crea un grave desajuste entre lo que el sujeto es capaz de hacer y la visión de sí mismo que le devuelve el mundo externo. Pero el problema no depende sólo de la actitud del otro sino de cómo cada individuo la interioriza, de tal manera que se da una contradicción entre sus deseos y su reticencia a la búsqueda de satisfacción o, cuando esto no es posible, de **sublimación**. La elaboración psíquica presta un extraordinario servicio al desvío de excitaciones no susceptibles de descarga directa al exterior. El narcisismo en la vejez adquiere otras características —señaladas más adelante—y es la consecuencia y no la causa de la vuelta hacia adentro del sujeto.

Salvarezza toma la acepción de **interioridad** como aquellas cosas privativas por lo común secretas de las personas, familias o corporaciones. Significa que en el momento en que al sujeto se le plantea un conflicto entre sus deseos y su imposibilidad de satisfacerlos en virtud de su proceso de envejecimiento, se produce un aumento de su interioridad que lo lleva a transitar predominantemente por sus **huellas mnémicas**, con resultados diversos que dependerán fundamentalmente de su personalidad previa. También se puede operar con el concepto de **series complementarias**, donde la autopercepción irrenunciable de los cambios producidos por el envejecimiento actúa como un factor traumático. Así el incremento de la interioridad es uno de los elementos constitutivos de la psicología del envejecimiento y la vejez.

Cuando un sujeto comienza a envejecer y se produce el incremento de la interioridad, ésta adquirirá la forma de la **reminiscencia**, en tanto acto o hábito de pensar en las propias experiencias pasadas o relatadas. La utilización de la reminiscencia no quiere dejar de lado la presencia de los afectos, pero esta ausencia en la definición debe entenderse como una sensación de bienestar no perturbada por afectos dolorosos. La necesidad de mantener la autoestima frente a las declinantes capacidades físicas e intelectuales; el control de la tristeza y de la depresión resultantes de perdidas personales; el hallazgo de medios para contribuir de manera

significativa a una sociedad de la cual los viejos siguen siendo miembros; la conservación de cierto sentido de identidad en un mundo cada vez más ajeno⁵.

La reminiscencia es una actividad mental organizada, compleja, que tiene la finalidad instrumental de permitirle al sujeto reafirmar su autoestima cuando sus capacidades psicofísicas y relacionales comienzan a perder vitalidad. En la medida en que esto suceda, podrá sentir que pertenece a una sociedad y de esta manera la personificación de la muerte, siempre presente a esta edad, no será un fantasma acuciante sino un mero acaecer. Erkison, primer psicoanalista que se ocupó del tema de la vejez, acuña el término "integridad", que en síntesis supone la aceptación de un proceso del cual el sujeto forma parte y que proviniendo del pasado se extiende a un futuro que lo trascenderá. Erikson también señala que: cuando la integridad no se consigue o por alguna razón se pierde, sobreviene un estado que llama "desesperación" que "expresa el sentimiento de que el tiempo es demasiado corto para el intento de iniciar otro tipo de vida y para probar diferentes alternativas que llevan a la integridad".

Cuando el envejecimiento comienza a manifestarse y la integridad no se consigue o se pierde, ésta aumentará, pero tomando otra forma, ya no la de la reminiscencia (cuando los sujetos tienen un adecuado grado de adaptación) sino que aparece el recuerdo con tonalidades afectivas más o menos dolorosas. Esta manera de recordar es la **nostalgia**. Liberman dice sobre ella: nostalgia significa tristeza dolorosa por el recuerdo desde los momentos buenos obtenidos con un objeto que creó una ilusión de independencia, y que ahora puede añorarse debido a que la memoria ha determinado que en el presente objeto está ubicado en otro lugar y pertenece a un tercero. El incremento de la interioridad, en este caso de la nostalgia lleva al sujeto a transitar por recuerdos con los que constitutivamente podría sentirse satisfecho y que lo reafirmarían en su identidad positiva, tanto en todo aquello que considera que ha perdido y que ahora siente que pertenece a otros (los jóvenes), como en aquellas realizaciones que siente que no ha podido concretar a lo largo de su vida y que la personificación de la muerte en sí mismo le hace aparecer sin tiempo para alcanzarlas.

El grado de severidad del proceso estará determinado fundamentalmente por la estructura de la personalidad previa sobre la cual se asiente. Aquellos sujetos cuyo ideal se ha constituido sobre la base de sentimientos de perfección narcisista,

⁵ Salvarezza, ob. cit.

tendrán como sentimiento dominante la desesperación. La preocupación central de la personalidad narcisista está constituida por su valoración, que le permite medir su autoestima ante sí y ante los otros. El código que estas personas usan para medir sus conductas está en función del valor que ellas tengan: se es o no se es perfecto. El sujeto constituye su identidad a través de las identificaciones. Hay un doble juego de identificaciones: 1. La imagen del otro que se ofrece como modelo; y 2. El sujeto se identifica con la imagen que el otro tiene de él. Cuando se enfrentan al proceso de envejecimiento y la vejez con su **recordar nostálgico**, reactivarán su ubicación dentro de su escala de valores. Sobrevendrá un colapso narcisista al confrontarse con la visión de sí que no han cumplido o que no le será posible alcanzar el ideal que forjaron durante su vida; o bien sientan el triunfo de otro como fracaso propio.

Bleichmar⁶ denominó a la sensación angustiante concomitante con dicho colapso como **tensión narcisista**. Señala que no es necesariamente la caída en el colapso narcisista, sino la angustia-señal, con contenido narcisista, ante la caída en ese tipo de situación traumática. La tensión narcisista es la sensación de angustia que experimenta el sujeto cuando la autoestima amenaza con caer en un franco sentimiento de inferioridad. Esa angustia para evitar la caída en el colapso narcisista promoverá conductas defensivas generales o específicas. Las generales son la represión, la idealización, negación, etc. Y la elección de cada una dependerá de la estructura caracterológica de cada sujeto y de su repertorio de defensas. Como ejemplo, será el viejo impaciente, colérico y autoritario. Las específicas son las conductas que dependen del orden de las compensaciones, las que tratan de restituir al sujeto en el orden imaginario del ideal como salvaguarda de la autoestima, sean fantasmáticas o de acción.

Pensamos que en el proceso de envejecimiento y en la vejez debe primar lo que refiere a **cualidad** de vida más que en calidad de vida, tal como lo entiende la sociología. Entendemos la cualidad como la posibilidad de otorgar un sentido a la vida, sostener intereses y que éstos valoricen al sujeto y su entorno. En palabras de Simone de Beauvoir, perseguir fines, conservar pasiones, una vida que es valiosa si se otorga valor a sí y a los otros. Motor para una vida plena, una vida que, a pesar de cualquier circunstancia desfavorable, **merece ser vivida en plenitud.**

⁶ H. Bleichmar, La depresión. Un estudio psicoanalitico, Bs, As. Nueva Visión, 1976

Sufrimiento y dolor

Amalia Bores

Dolor del latín dolor, sensación molesta del cuerpo. Del verbo latino *dolere*, sufrir, ser golpeado. El dolor es un fenómeno indeseable. Provoca angustia, sufrimiento y miedo.

Su vivencia varía en las distintas culturas y en el devenir del tiempo.

Relacionado con la trascendencia, vemos que en tiempos remotos el hombre lo supuso infligido por fuerzas del mal, y ofreció rituales significativamente dolorosos, como la vivisección, para aplacar la ira de los dioses, o para agraciarse con ellos.

En la Edad Media, los cristianos lo aceptaron con indiferencia estoica. Era para algunos signo de haber sido elegidos y, a veces, se lo buscaba con experiencias de autoflagelación por hallarlo pleno de gracia o de virtud.

Servía así de advertencia para que el hombre, al vivenciarlo, modificara su camino, su rumbo.

Desde la medicina clásica científica natural, el dolor es un disvalor. Un fenómeno orgánico, emergente de estructuras nerviosas y se requiere, para calmarlo de una eficiente analgesia.

El dolor por su intensidad puede ser un suplicio intolerable dejando una impronta que modela la vivencia dolorosa. Aquel que impide desarrollar una actividad habitual, tal como el dolor articular, lleva al médico a actuar con urgencia para paliarlo por la importante connotación que adquiere en la existencia del doliente.

Se distingue A) una fase privada: que es la que se vive aislado de todo observador y otra B) que se presenta como un fenómeno del doliente frente a otro, ante el cual expresa la intensidad en palabras, comportamientos, actitudes, lenguaje corporal, para poder ser socorrido.

La vivencia del dolor refractario a los tratamientos es intransferible y puede conducir a la desesperanza y cuando se otra insoportable puede generar la idea de "acabar incluso con la vida". Es una vivencia por demás compleja y plagada de connotaciones morales y personales.

El dolor se ancla en el cuerpo y demanda ser calmado a través de lo corporal. Es singular, particular, y se halla modulado socialmente, dependiendo de la mayor o menor tendencia a la expresividad y dramatización.

Autores como Irving Zola (1935-1994, escritor de sociología médica, estudió los derechos de los discapacitados, en 1966 publicó *Cultura y Síntomas*) hallaron que los irlandeses católicos y americanos expresaban mayor resistencia frente al dolor. Es una congruencia con el sentimiento de que la vida es difícil y dura. Mientras que los italianos por ejemplo, tienen ante el dolor mayor emotividad.

Cada persona responde de forma diferente ante la misma herida o afección, con variaciones sociales y culturales. La actitud frente al dolor esta mediatizada por la cultura y expresa una educación social.

Hay distintas condiciones que lo apaciguan: como la relajación; y otros lo potencian: como miedo y la fatiga. El dolor lleva a la pérdida de interés por los otros. El paciente se repliega sobre sí mismo.

Para René Leriche (1879-1955, cirujano francés) el cuerpo sano expresa el silencio de los órganos. El hombre se olvida de sus raíces corporales. El dolor impone penosa conciencia corporal.

Cuando es agudo y transitorio nos demuestra nuestra fragilidad. Despierta la solidaridad del otro. El dolor crónico, de presencia continua, o el que se expresa con reagudizaciones, limita la existencia, genera ansiedad y sufrimiento. Nos sentimos prisioneros de él. Ancla en lo corporal, se localiza, se relaciona con un órgano y una disfunción. Requiere para calmarse de terapia farmacológica, o quirúrgica o de ambas.

Sufrimiento, es tener o padecer un daño o dolor físico o moral. Es difuso. Asienta en la conciencia. Generalmente acompaña al dolor y a la enfermedad. Pero hay sufrimiento sin dolor cuando se padece por causas externas, como pérdidas. Surge al interrumpirse el propósito vital.

El sufrimiento es envolvente. Afecta nuestra relación con los otros y también, la adaptación al medio.

El vocablo paciente proviene del griego: *pathos*, que significa sufrimiento. Paciente es que sufre.

El sufriente tiene la sensación de que nada será como antes; percibe que se estrechan sus perspectivas de futuro, se deja estar. Resta importancia a su propia estética personal y a la pulcritud de su entorno.

El sufrimiento debilita o inmoviliza la prosecución del ser habitual. Las tareas habituales pueden interrumpirse o bien vaciarse de sentido. Requiere ser paliado con psicofármacos, pero es necesario un ámbito terapéutico para su tratamiento.

El sufrimiento individual genera pudor y ocultamiento de quien lo padece. En cambio el que se refiere a grupos humanos asolados por penurias o de privaciones sociales es de carácter colectivo. En él, el sufriente siempre es un individuo, pero inmerso junto con otros en condiciones sociales adversas, que suelen ser expuestas y narradas públicamente transformadas en noticias. Para Pedro Laín Entralgo (1908-2001, médico, historiador, ensayista, filósofo español) la enfermedad es un estado anómalo.

"Al decir estoy enfermo se expresa sutilmente la peculiaridad en la cual en la cual la propia realidad penetró en un momento extraño, que puede tener distintas manifestaciones como fiebre, parestesias, vértigo, invalidez, dolor, incapacidad parcial o total para ejecutar alguna función como el hablar, comer, caminar, etc. Estar enfermo es no poder o difícilmente poder ".

En el Medio Evo la entereza existencial era relacionada con estar en *terra firma*, o sea estar de pie. La pérdida de esta entereza significaba caer *in firma*, caer enfermo, no estar de pie.

El dolor conlleva a la succión del cuerpo, aísla, amenaza, modifica la percepción subjetiva del individuo.

Sufrimiento y dolor alteran, en mayor o menor grado la capacidad de realizar aquellas actividades que son importantes para el funcionamiento y bienestar psíquico y socia Inciden en la vitalidad, causan stress psicológico, limitan el desempeño de roles.

Requieren urgente intervención terapéutica para recuperar la calidad de vida, que, para la Organización Mundial de la Salud es la percepción del individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en el que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses.

Bibliografía complementaria

- Bustos R., *Las enfermedades de la medicina*. Santiago, Chile. CESOC Colegio Médico, 1998.
- Cassel E., Recognizing sulffering. Hastings Center Report, 1991, 21, 24-31.
- Kottov M., "Consideraciones bioéticas en torno al dolor", *Dolor* 5, 1997: 29-31.
- Kottov M., y R. Bustos, *Antropología Médica*, Santiago de Chile, edit. Mediterráneo, 2005
- Lain Entralgo P., Ciencia, técnica y medicina, Madrid, edit. Alianza, 1986.
- Le Breton D., Antropologíe de la doleur, Paris, Métailié, 1995.
- Lewis C., El problema del dolor, Santiago de Chile, edit. Universitaria,1990.
- Zborowski M., "Reponses culturelles au doleur", en F. Stender (ed) *Sociologie Médicale*, Paris, Armand Colin, 1952.
- Zola I K.. "Culture and symptoms. An analysis of patiens presenting complaints", *Am. Sociological Rev.*, 31, 1966: 615-630.

Comentarios

Alejandro Herrero

Desde saberes y disciplinas diferentes (Filosofía, Psicología, Sanitarismo, Medicina) se abordaron los dos polos de este simposio: Medicina y calidad de vida.

La calidad de vida, fue el centro de todas las comunicaciones, y dio unidad al encuentro: vista desde la subjetividad, desde la relación médico paciente, desde las políticas sanitarias, desde situaciones bien concretas, como la discapacidad y la vejez.

Como oyente me sentí, una y otra vez tocado, como si hablaran de mí. Entonces, se dispararon mis recuerdos: me vi como paciente o acompañando a un ser querido, y me vi como persona que vive y padece el sistema de salud en un país capitalista.

Celina A. Lértora Mendoza, abrió el simposio revisando el concepto de calidad de vida: nos hizo pensar, de modo muy inteligente, en la relación entre cálculo y subjetividad. Los estudios que focalizan la mirada en los índices, se les escapa algo fundamental: como vive subjetivamente cada paciente su enfermedad. Su mirada se localizó, más prolongadamente, en esa perspectiva. La pregunta que ordena su comunicación fue si es posible saber cuál es las necesidades de cada persona. Pregunta que conduce a otro interrogante: Cómo el Estado puede saber si da respuesta a las necesidades de cada paciente, si las mismas son subjetivas, para cada uno puede ser diferente. Celina pone el acento en un punto central: antes de indagar las políticas sanitarias, se debe pensar algo previo, y eso que hay que pensar de por sí es un gran problema.

La comunicación de Abel Agüero: *Salud y Calidad de vida. Un enfoque médico social*, pone el foco en el otro punto fundamental: las políticas sanitarias en un país, y en un mundo capitalista. Agüero también nos lleva a una cuestión clave: cómo pensar la calidad de vida en un sistema donde la búsqueda de la ganancia es la variable que lo domina todo.

Las lecturas tanto de Inés Bores: Calidad de Vida en salud. Evolución histórica del concepto como de Amalia Bores: Sufrimiento y dolor me tocaron desde otro punto de vista. Mi experiencia personal siempre chocaba con profesionales de la medicina que sólo atendían a dar respuestas al aspecto físico, y poco escuchaban las demandas emocionales, subjetivas, de mi parte. Precisamente, Inés y Amalia ponen el foco en aquello que siempre había demandado como paciente, o como acompañante de un ser querido. Su mirada se focaliza en la subjetividad, en los sentimientos, se trata de una pareja (médico-paciente) y no sólo de una persona que demanda que la curen. Otra vez: sentía que las dos expositoras me hablaban a mí.

Las comunicaciones de Alicia Gambartes: Calidad de vida en relación a la discapacidad, considerando al discapacitado y su familia y de María Moure: Vejez y calidad de vida; me llevaron de la mano a visitar casos concretos. Me conmovieron las historias que Alicia y María nos hacían ver y sentir. Al mismo tiempo, era claro que hablaban de otras personas y también hablaban de todo aquello que les sucedía en ese transcurso, vale decir, de qué modo su relación con una persona discapacitada o una persona anciana las iban transformando también a ellas.

Este es el punto que quiero resaltar: la unidad de las exposiciones también se produjo porque en cada expositora o expositor se advertía que estudian un objeto y al mismo tiempo ellos mismos eran parte de ese objeto. Eso es lo que sentí al escucharlos, que yo también era parte de ese objeto que se pretendía indagar y que nos remitía una y otra vez a cada uno de nosotros.

Les agradezco a los organizadores del simposio por invitarme, me sentí enriquecido intelectual y emocionalmente. Estos breves comentarios apenas dan cuenta de un encuentro que me ha transformado, y que recuerdo con el correr de los días.

Comentarios

Laura S. Guic

Una breve reflexión, en torno a la temática calidad de vida, en campo científico de la medicina remite inmediatamente a la forma en que esta categoría ha sido delimitada y construida con un plexo de indicadores e índices complejos que intentaron desde una perspectiva cuantitativa definir y enmarcar las mejoras en el ámbito de la salud.

La Dra. Celina A. Lértora Mendoza ha podido condensar y reflejar en su introducción, una propuesta superadora del concepto, sin abandonar un abordaje académico, de una visualización desde el reconocimiento de la autopercepción y de la dimensión eminentemente humana de la calidad. El planteo de los sesgos sociológicos y/o economicistas han permitido repensar en los atributos y nuevas formas de alojar al bienestar general, sin abandonar la particularidad de cada uno de los sujetos que componen el colectivo.

Quiero destacar la relevancia y la necesidad de historizar las modificaciones desde el origen de la calidad de vida como categorías; sin obviar el ámbito de las políticas públicas de salud vinculadas a dar respuesta a la detección de las dificultades para alcanzar esos índices, que se hacían a su vez, dificultoso evaluar.

Trascender los estereotipos en virtud de quienes demandan mejor calidad de vida queda reflejado en la ponencia de María Moure que investiga en campo, la vejez y en este proceso, los límites y posibilidades de comprender los fenómenos que irrumpen en el ciclo vital para acompañar los sufrimientos de este período.

Del mismo modo y en sintonía con el trabajo de acompañamiento, se analizó la situación de quienes tienen una discapacidad y requieren de la atención necesaria para sortear las barreras que obstaculizan el acceso a una vida con calidad.

En el cierre, la distinción entre sufrimiento y dolor, formulada por Amalia Bores, revela un análisis profundo en relación a los modos en que los pacientes revelan a los médicos sus afecciones.

Conmovida y para finalizar mi agradecimiento profundo por haber sido invitada a este simposio donde la preocupación por la calidad de vida abre puertas a la intervención y la acción, poniendo en un horizonte común el acceso a ese bienestar tan apreciado, de una salud cualquiera sea la etapa y las condiciones vitales del sujeto.

Comentario Estudios sobre la calidad de vida en la UCA

Dulce María Santiago

La Universidad Católica Argentina, actualmente dirigida por el primer Rector **laico**, que es médico sanitarista, ha estudiado el tema de la **calidad de vida** en diversos sectores de la sociedad, especialmente en las personas mayores.

Pero también una docente la Universidad ha publicado un libro como coautora sobre el tema y su fundamental giro hermenéutico en la consideración de lo que hoy significa hablar sobre la **calidad de vida** en la sociedad.

El libro publicado en 2016 ¿Dónde queda el Primer Mundo?¹, cuya Nota de tapa del Suplemento *Ideas* del Diario *La Nación* del domingo 30 de octubre del mismo año subtitula: ¿Qué es hoy vivir bien? Del desarrollo al bienestar, analiza el cambio que se ha producido en el concepto y discute la idea de "país desarrollado" en los casos de tres países exitosos.

En un mundo globalizado, donde hay crece la desigualdad porque "Cada vez hay ricos más ricos y pobres más pobres" no es lo mismo **vivir bien** que hace décadas atrás. "Hoy cuando se piensa en desarrollo ya no se habla solo de riqueza e industrialización, sino básicamente de bienestar". Porque el bienestar ya no se asocia solamente al PBI sino también a la sensación subjetiva de felicidad, al bienestar como una nueva utopía, y a la transformación de los países que hoy se consideran como "paraísos". Lo que los constituye en lugares ideales para la vida humana es, además de esta sensación subjetiva de felicidad, el hecho que la vida social es mejor que en otros. A esto contribuye la calidad de los bienes sociales: la educación y la salud, la seguridad, los servicios públicos, la participación política, el cuidado y la conservación del medio ambiente, la libertad de expresión, la cohesión social, el respeto a las minorías... Cuando se dan estas condiciones, entonces se vive bien.

¹ Hinde Pomeraniec- Raquel San Martín. ¿Dónde queda el Primer Mundo?, Bs. As., Aguilar, 2016.

² "¿Qué es hoy vivir bien? Del desarrollo al bienestar" en *La Nación*, domingo 30 de octubre de 2016. Sección Ideas p. 3.

En sintonía con este trabajo están los estudios de sobre la "felicidad" que han hecho entre otros, la Universidad de Harvard estudiando un grupo humano durante 70 años: La felicidad consiste fundamentalmente en la calidad de las relaciones interpersonales. Los vínculos establecidos entre las personas son la fuente principal de la salud y de la sensación de bienestar que funda la calidad de vida.

(Felices ante la incertidumbre https://www.clarin.com/rn/ideas/Felices-incertidumbre_0_HJJgASK_DQe.html)

Otro texto que parece señalar este giro del nivel económico a las condiciones sociales y humanas de la felicidad que señala que el continente europeo es el menos feliz y África es la región más feliz del mundo según un estudio http://www.americatv.com.pe/noticias/internacionales/africa-region-mas-feliz-mundo-segun-estudio-n164990

En esta línea se encuentra el trabajo que realizó un conjunto de equipos de investigación de la UCA el año pasado titulado *Vivir mejor en medio de los límites*, *Aportes transdisciplinarios*. Dicho trabajo está compuesto por una serie de aportes en torno al tema de la calidad de vida que fueron abordados por diferentes disciplinas.

El primero, Estrategias para mejorar la calidad de vida del adulto mayor con enfermedad de Alzheimer (EA) mediante asistencia transdisciplinaria e investigación traslacional, analiza la longevidad y la calidad de vida. Plantea la necesidad del cuidado de los mayores y de las instituciones que pueden contribuir a mejorar dicha calidad de vida en los enfermos.

El segundo, Estudio piloto sobre el uso de la Estimulación Rítmica Auditiva mediante el tango para mejorar la marcha y la calidad de vida en pacientes con enfermedad de Parkinson que experimentan trastornos de la marcha, se estableció un vínculo con instituciones de primer nivel dedicadas a la atención médica de los pacientes con dicha enfermedad. Finalmente se decidió colaborar con la Unidad de Neurocirugía Funcional del Hospital Nacional Posadas.

El tercero, *Tecnologías aplicadas al bienestar individual y social*, considera las tecnologías aplicadas a la calidad de vida de los discapacitados para que logren autonomía.

El cuarto, Diagnóstico y diseño de políticas integradas para mejorar la calidad de vida de los habitantes de las villas de la Ciudad de Buenos Aires, procura estudiar las problemáticas de estas comunidades: salud, educación, vivienda, servicios, etc. Ya que en el mundo hay 826 millones de personas que viven en asentamientos y en América Latina constituyen 110 millones.

El quinto y último trabajo, *Una empresa social de base tecnológica para el tratamiento de aguas arsenicales*, intenta ser un aporte para mejorar las aguas con arsénico.

De este modo podemos concluir la actualidad de esta categoría y su giro hermenéutico en el significado que hoy encierra el concepto **calidad de vida**.

Expositores

Celina A. Lértora Mendoza

Doctora en Filosofía por las Universidades Católica Argentina y Complutense de Madrid. Doctora en Teología por la Pontificia Universidad Comillas (España) Miembro de la Carrera del Investigador Científico del Conicet, institución de la cual ha sido becaria de iniciación y perfeccionamiento, interna y externa. Se especializa en historia de la filosofía y la ciencia medieval, colonial y latinoamericana, y en epistemología. Ha publicado treinta libros y 325 artículos y participado en 230 congresos, jornadas y encuentros, sobre temas de su especialidad. Ha sido profesora en las Universidades Católica Argentina, del Salvador, Nacional de Buenos Aires. Nacional de Mar del Plata y actualmente es profesora de doctorado en Univ. Nacional del Sur. Ha sido profesora invitada en diversas universidades del exterior: Dirige Proyectos de Investigación a nivel nacional e internacional. Es presidente fundadora de la Fundación para el Estudio del Pensamiento Argentino e Iberoamericano - FEPAI

*

Inés Bores

Médica Dermatóloga Universitaria UBA. Doctora de la Universidad de Buenos Aires, Área Humanidades Médicas. Profesora en Medicina Universidad del Salvador. Vicepresidente de la Sociedad Argentina Historia de la Medicina AMA. Tesorera de la Sociedad de Dermatología de la Ciudad de Buenos Aires AMA. Secretaria General de la Sociedad Argentina Humanismo Médico AMA.

*

Abel Agüero

Profesor Consulto Adjunto del Depto. de Salud Pública y Humanidades Medicas (UBA). Prof. Titular de Historia de la Medicina (Univ. Maimónides y Favaloro). Miembro Honorario Nacional de la Asociación Médica Argentina. Ex Presidente de la Asociación Argentina de Historia de la Medicina y de la Sociedad Argentina de Humanismo Médico. Director de la Carrera de Médico Especialista en Medicina Sanitaria Facultad de Medicina UBA Ex Director del Departamento de Humanidades Médicas Facultad de Medicina UBA. Visitante ilustre de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Tucumán. Presidente de numerosos Congresos y Jornadas sobre Humanidades Médicas o Salud Pública. Premiado por la

Facultad de Medicina de la UBA y por diversas sociedades científicas. Ex Director a cargo de la Dirección del Hospital General de Agudos J.M. Ramos Mejía. Autor, coautor o autor de capítulos de 18 libros. Especialista diplomado en Nutrición, en Clínica Médica, y en Salud Pública

*

Alicia Gambartes

Es Fonoaudióloga (Universidad Nacional de Rosario); Presidente de la Asociación Fonoaudiológica Argentina; Asesora de la Defensoría del Pueblo – CABA en el área de Discapacidad 1ª. Gestión; Miembro electivo en el Consejo de niños, niñas y adolescentes en representación de ONGs que abordan el área de Discapacidad, Miembro de la Comisión organizadora de las carreras de Fonoaudiología, Facultad de Medicina (UBA); Consejera por Graduados, Facultad de Medicina (UBA); Profesora a cargo de las cátedras de Lenguaje y Comunicación en poblaciones vulnerables y de la cátedra de Clínica Fonoaudiológica en personas con Discapacidad; Doctoranda en Fonoaudiología en Universidad del Museo Social Argentino (UMSA).

*

Maria Moure

Profesora Adjunta en Departamento de Humanidades y Ciencias Sociales-(UNLaM). Docente de la catedra Fisiopatología y Enfermedades Psicosomáticas-Facultad de Psicología- (UBA). Docente de la Práctica Profesional Orientación Psicosomática - Facultad de Psicología- (UBA). Docente de la Pasantía para Graduados- Orientación Psicosomática- Hospital Durand- Facultad de Psicología (UBA). Profesional integrante del Servicio de Psicopatología Niños- Jóvenes -Adultos de la Facultad de Psicología (UBA). Docente Investigadora en Proyectos de la (UNLaM) y en la Universidad Nacional del Sur (UNS)

*

Amalia Bores

Médica Dermatóloga Universitaria UBA. Doctora de la Universidad de Buenos Aires, Área Humanidades Médicas. Profesora en Medicina Universidad del Salvador. Presidente Sociedad Argentina Historia de la Medicina AMA.

Vicepresidente Sociedad de Dermatología de la Ciudad de Buenos Aires. AMA. Secretaria de Actas Sociedad Argentina Humanismo Médico AMA.

Foro de comentario y debate

Alejandro Herrero

Doctor en Filosofía, investigador del CONICET, profesor en la Universidad Nacional de Lanús; se especializa en historia de la filosofía y la cultura intelectual argentina del siglo XX.

Laura Guic

Magister en Historia de la Educación, investigadora y profesora de la Universidad Nacional de Lanús, especialista en historia de la cultura y la educación argentinas del siglo XX

Dulce María Santiago

Doctora en Filosofía, profesora de la Universidad Católica Argentina, investigadora en las Universidad Nacional del Sur; se especializa en historia de la filosofía y la cultura de Argentina y Latinoamérica.

RESEÑA

SERGIO CESARIN - CARLOS MONETA (Compiladores) *China y América Latina. Nuevos enfoques sobre cooperación y desarrollo.; Una segunda ruta de la seda?*, Red de Centros de Estudio de Asia y el Pacífico de América Latina y el Caribe, Buenos Aires, Proyecto BID- INTAL, 2005, 312 pp.

El objetivo de esta compilación es aunar una serie de trabajos (de autores latinoamericanos y españoles) que tienen como trasfondo común las nuevas situaciones y relaciones tejidas en los escenarios iniciales del tercer milenio, que están determinando rápidos y profundos cambios en las relaciones entre América Latina y la región Asia-Pacífico, en la cual sobresale la República Popular China, cuyo crecimiento económico en los últimos decenios ha sido espectacular. Síntomas de este interés son los diversos foros de diálogo político y económico ya establecidos y otros que están gestándose. Ion de la Riva, Director General de Casa Asia (España), en su presentación, señala el propósito (y las ventajas) de una relación triangular Asia Pacífico-América Latina-España, en un singular distanciamiento (aunque sea sólo parcial) de la visión Unión Europa- Asia Pacífico, que es la prevaleciente en los órganos financieros mundiales. La motivación de estos múltiples acercamientos es clara: "En estos momentos de alianza de civilizaciones frente al choque de las mismas o lecturas reduccionistas y maniqueas de las relaciones internacionales, los iberoamericanos debemos acercarnos juntos a Asia y al Pacífico con el espíritu abierto y humanista que caracteriza a nuestras sociedades" (p. IX).

La obra se divide en dos partes bien diferencias: en la primera, "Economía y política en las reformas", se visualiza el cambio socio-cultural-económico de China luego de la "Revolución Cultural", a partir de un trabajo de Sergio M. Cesarin que sirve de marco a toda la obra: "Ejes y estrategias del desarrollo económico chino; enfoques para América Latina y el Caribe". Partiendo entonces, del interés latinoamericano en visualizar aquellos cambios chinos que nos resultan particularmente relevantes en nuestras relaciones bilaterales, cuatro estudios analizan sendos ejes de dichas reformas. Manfred Wilhelmy von Wolff y Augusto Soto, en "El proceso de reformas en China y la política exterior", analizan de qué modo la reforma del estado piloteada por Deng y en general la era postmaoísta determinaron no sólo cambios en la estructura y funcionamiento político del Partido Comunista y una profunda reforma de la estructura de las Fuerzas Armadas, sino también, y concomitantemente, un giro en la presencia china en los foros internacionales, especialmente en la ONU. El desarrollo del "poder chino" a nivel económico y militar

hacen presumible que a corto plazo Shanghai desplace a Tokio como la ciudad más importante del Asia oriental. En la misma línea, pero centrándose más en lo económico, Pamela Aróstica ("China miembro de la OMC: proyecciones internas y en la economía internacional") analiza el sentido y la importancia que tiene para el desarrollo mundial del comercio la incorporación activa de China, que está desplazando rápidamente a tradicionales centros de poder económico. En los dos trabajos anteriores, se han señalado, incidentalmente, algunos desafíos y problemas que China por el momento no parece capaz de superar por sí sola. Paulo A. Pereyra Pinto, en "El proyecto chino para el milenio: nuevas oportunidades de interlocución", plantea las posibilidades de integración y de conflicto en el sudeste asiático y traza una prospectiva sobre los posibles y buscados interlocutores de China en América Latina, visualizando en especial a Brasil. Martín Pérez Le-Fort ("La República Popular China: hacia la compatibilización entre la seguridad energética y los equilibrios estratégicos regionales") visualiza las opciones posibles y factibles para china en cuanto al control de los recursos energéticos, en función de su ya elegido multilateralismo, lo que permite adelantar que en la región se constituirán varios ejes que exigirán poner a punto diversos recursos de equilibrio regional.

La segunda parte se refiere específicamente a las relaciones con América Latina "Claves para una agenda de cooperación". Carlos Juan Moneta trata el tema "China y el nuevo proceso de institucionalización de la integración en Asia del Pacífico: perspectivas para Argentina/MERCOSUR y América Latina", Carla Verónica Oliva trata "Inversiones en América Latina: la inserción regional de China", Romer Cornejo "México y la competitividad de China", Severino Cabral Becerra Filho "Brasil y China: relaciones de cooperación en el siglo XXI" y Esteban Restrepo Uribe, "La expansión de Internet en China: ¿lecciones para Latinoamérica?" A lo largo de estos trabajos, los autores destacan tanto los logros como las limitaciones y las tensiones derivados de la reforma del estado y de la nueva política china en relación a su inserción en el mundo y especialmente en nuestra región. Al mismo tiempo, especialmente para Argentina/MERCOSUR, México y Brasil, se estudian las posibilidades y beneficios de las relaciones bilaterales, así como algunos peligros de la competitividad (el caso de México para productos artesanales). Aunque se detectan posibles conflictos y ciertos peligros, el balance, en general, es altamente positivo en el sentido de la conveniencia regional de una cada vez más afianzada alianza comercial con China. A partir de aquí, se abren nuevas perspectivas de estudio, que aguardan publicaciones tan interesantes y sugerentes como la presente.

Celina A. Lértora Mendoza