

EL PROCESO DE LA ATENCIÓN MÉDICA

Horacio Luis Barragán

1.- Puntos clave que se conjugan en la asistencia médica

1.1.- Percepción, interpretación y decisión del paciente

Las enfermedades son fenómenos universales en el espacio y el tiempo de los seres vivos. Son alteraciones estructurales o funcionales del organismo humano, cuya causalidad suele formar redes complejas, y –en la perspectiva médica– tienen una presentación y evolución previsible (Coe, 1973:113).

Son riesgos desde la concepción hasta el final de la vida. Los riesgos son mayores a mayor complejidad de los organismos. Así las enfermedades humanas son heterogéneas y múltiples aunque hay en ellas diferencias de formas, modos y grados.

Las enfermedades son específicas y objetivas. Suelen llamarse **dolencias** a fenómenos patológicos inespecíficos y subjetivos, difícilmente encuadrables en la nosografía médica.

Casi en todas sus formas, modos y grados las enfermedades impregnan a la persona en todas sus dimensiones, biológica y psíquica. La comunicación de la inquietud, la inseguridad y amenaza que generan, afecta la dimensión social. La misma comunicación, la interrelación y los roles sociales se perturban, la actividad vital se reduce y el humor se deteriora.

Así, “el enfermar, tiene desde su comienzo, naturaleza social” (Coe, 1973: 128).

La percepción de la enfermedad puede generar diferentes actitudes en el paciente: ignorarla, rechazarla o aceptarla.

La percepción y la interpretación se entremezclan, la orientación de esta última implica un paso superador de la brecha del conocimiento.

La presentación social de la enfermedad se inicia en el grupo primario ya sea por comunicación del paciente o por respuesta a preguntas como: ¿qué te pasa?

La cultura y el medio físico contribuyen a definir la presentación de la enfermedad ante “**expertos**” que convencionalmente, llamaremos **folklóricos** o **científicos**, en relación al fundamento de sus visiones. Así, en un barrio periférico de migrantes de una ciudad grande, ambas condiciones favorecen la consulta al experto folklórico, en primera y a veces, en única instancia. Por el contrario, en un barrio céntrico y cultura de clase media, la consulta inicial es al experto científico. La dirigida al folklórico suele reservarse para cuando el científico anuncia pronóstico ominoso.

Cualquiera de ambos expertos que sea el destinatario, la consulta implica una decisión consensuada con el grupo primario o más de excepción, solitaria.

En el transcurso de este proceso hay numerosas alternativas. Un riesgo objetivo puede resultar desconocido como tal. La misma enfermedad, por presentación o por interpretación errónea, puede también desconocerse. En otro extremo, la enfermedad hasta puede ser “creada” por el paciente para darle un uso social: excusa de roles u obligaciones, concentración de atenciones o cuidados. El riesgo o la enfermedad pueden generar obsesión en el paciente e incluso en el grupo.

La obsesión por la enfermedad, propia del hipocondríaco, se presenta en otras circunstancias en función de la manifestación de aquella y del estado de ánimo de la persona. Pero hay obsesiones

masivas ya cuando aparece la epidemia, se anuncia una enfermedad nueva o cuando un estudiante de medicina predispuesto estudia patología.

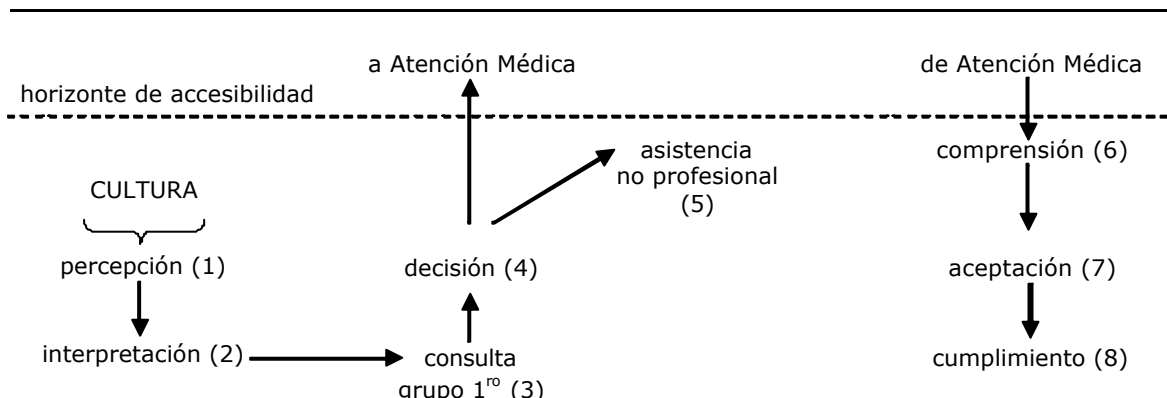
Ahora bien, más en la organización que en la cultura, la presentación social de la enfermedad se valida con la consulta al experto científico, el médico. Talcot Parsons habla de la validación o legitimación. Freidson va más allá y atribuye al médico la creación del estado social de enfermo (Freidson, 1978:209 y ss). Sendrail se pregunta: “La Medicina misma, al fin de cuentas, unida a la legislación social, ¿no se encarga acaso de enseñar a los que hacen ostentación de una salud insolente, el arte de estar enfermo?” (Sendrail, 1966:203).

La cultura tiende a reconocer que ciertas enfermedades requieren para su diagnóstico y tratamiento conocimientos de experto. Así se facilita la decisión de consulta que, concretada, deja al paciente y al médico –al decir de Foucault– “enjaulados en una situación común pero no recíproca” (Foucault, 1966:9). La no reciprocidad de la relación, la diferencia de roles, en cierta forma de autoridad –sin llegar al paternalismo–, es lo que facilita el diagnóstico y el tratamiento.

A partir de una actitud personalizada y comunicativa del médico suele despertarse la comprensión y la aceptación del paciente, y finalmente el cumplimiento de sus indicaciones, cumplimiento nada fácil en las enfermedades crónicas, ya sea por requerir modificación de hábitos, tratamientos permanentes y en casos agudos o complicaciones, drásticos.

Ahora bien, para aplicar la metáfora “enjaulados en una situación común” el paciente decidido debe sortear innumerables vallas que determinan la accesibilidad a la Atención Médica que en condiciones favorables pasan desapercibidas, ellas se dan en subsectores de privilegio, ciertos planes de prepago, algunas obras sociales y en determinados servicios estatales [Cuadro 1.1.a].

Comunidad y paciente frente a la enfermedad



Cuadro 1.1.a

El proceso percepción-interpretación-consulta al grupo primario-decisión se da en pacientes y su grupo pero sus características no se producen en vacío sino en un medio social con una cultura y en individuos con personalidades particulares.

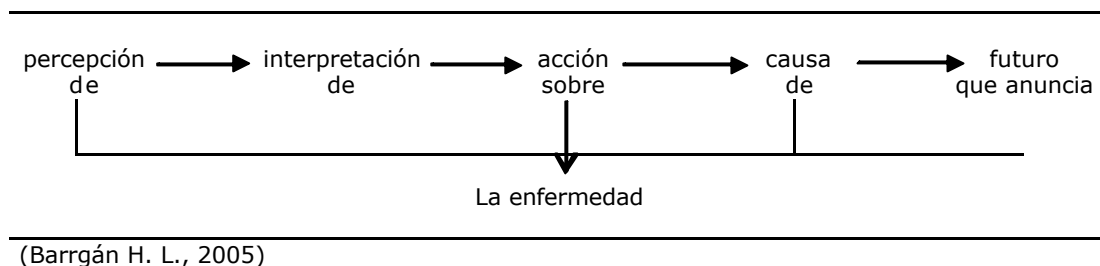
Medio Social es el “cuadro resultante de una actividad humana colectiva y condicionante de las actividades humanas individuales” (Rocher, 1996).

Cultura es “un conjunto trabado de maneras de pensar, de sentir y de obrar más o menos formalizadas que, aprendidas y compartidas por una pluralidad de personas sirven (...) para constituir a esas personas en una colectividad particular y distinta (de las otras)” (Rocher, 1996).

La interpretación lleva a la búsqueda de una explicación causal y a pensar en el compromiso que puede involucrar el futuro.

En Antropología médica hemos desarrollado, con relatos, las relaciones secuenciales, posibles, del paciente [Cuadro 1.1.b].

El paciente y su enfermedad



Cuadro 1.1.b

La observación del médico tiene por base el conocimiento de lo normal, su principio es “no hay hecho patológico sino comparado” (Foucault, 1966:192). El diagnóstico es articular los hechos con un modelo abstracto.

El médico tiene un concepto normativo absoluto de la enfermedad; el enfermo la tiene modelada por la cultura y dentro de ella por una subcultura lega en Medicina. En ella nace la asimetría en la información. Los tiempos son diferentes y sumados a los conceptos, dificultan la comunicación. La comunicación del médico puede atemorizar o tranquilizar; o su silencio deja preguntas sin responder.

La percepción del síntoma: aquí se involucra síntoma y signo. Puede generar alarma por incapacidad de dar una interpretación acertada a un fenómeno normal: piénsese en una niña que percibe su menarca sin estar informada del proceso. Puede interpretarse con optimismo aunque el médico piense en una enfermedad importante, piénsese en una proctorragia atribuida a hemorroides. Puede interpretarse con acierto y no avanzar más allá de un comentario en el grupo primario, piénsese en una cefalea simple.

Se analizará el proceso íntimo del paciente en interacción con el médico a partir de un relato de Ulises Petit de Murat en su libro “Un balcón hacia la muerte” (Petit de Murat, 1943). La obra trata de un paciente, Federico, presuntamente curado de tuberculosis que va a recuperarse a un sanatorio en las sierras de Córdoba (“Los Algarrobos”). Así hacían habitualmente los pacientes de la clase media-alta en Argentina alrededor de 1920 a quiénes, cuando padecían tuberculosis (TBC) les recomendaban una larga estancia en la sierras de Córdoba. En aquel entonces la enfermedad era de difícil curación.

U. Petit de Murat. Un balcón hacia la muerte

El presunto curado va a ser examinado por el médico. Petit de Murat dice: “...las miradas de Cerruti (el médico) y Federico (el paciente), sin ninguna simpatía, se cruzaron abiertamente.

- Levántese un poco la ropa, quiero auscultarle- dijo Cerruti.

Federico quiso desnudarse.

- No, así basta añadió Cerruti apoyándole el estetoscopio en la espalda (...).

Siguieron las órdenes habituales, dadas con tono impersonal, como si generaciones de médicos encontraran su voz en ellas:

- Diga treinta y tres...Respire hondo...Tosa más fuerte...

El instrumento viajaba por los hombros vencidos.

Federico, el eterno paciente sin voluntad, obedecía automáticamente.

Cerruti le dijo:

- Bien. Ahora lo veré por rayos.

Avanzó, como en el aire el aparato. Se sentía fofo, sin consistencia. Se hizo la oscuridad. La pantalla se apoyó en su pecho. Accionada por la mano del médico, exploró diferentes zonas. Había en esa mano, llena de pericia, un sentido exacerbado, como el que conduce el perro de caza, con fatal seguridad, tras los rastros de las bestias despavoridas.

Al prender la luz, el doctor Cerruti se adelantó a la pregunta que no alcanzaba a adquirir forma en los labios de Federico:

- Su caso es difícil. Los dos pulmones están tocados.

- ¿Los dos?
 - ¿Cómo? ¿No se lo habían dicho?
 - No recuerdo...Tal vez sí...Para mí no hay curación, ¿no es cierto?
 - No he dicho tanto. He hablado de un caso difícil. Y esos casos son los que me gustan.
 - ¿Para qué, si el final es lo mismo?
 - ¿No vale la pena intentarlo? ¿Si pudiéramos retardar ese final diez años?
 - ¡Sólo diez años!
 - ¡Qué cómico! Hace un momento estaba seguro de concluir, en breve plazo. Ahora ya no se conforma con diez años. Bueno, pongamos veinte...

A Federico no le pareció adecuado el tono de Cerruti. El médico apercibiéndose, se puso serio. Aproximándose hasta ponerle una mano sobre el hombro, le dijo:

- Siéntese, llore, si quiere.

Federico, confuso, cayó sobre una silla próxima.

- (...)

- (...) Su mordaza caía:

- Estoy nerviosísimo, doctor. A ratos me parece que la angustia me va a enloquecer.

- Usted cree que va a morir.

- Es algo más concreto. Me parece que voy a volver a tener sangre.

- Lo autorizo a correr una cuadra, al salir. No le pasará nada.

- ¡Cuidado, doctor! Mire que le empiezo a tener fe. Si me sucede algo...

- No le pasará nada. Absolutamente nada. Y ahora, a otra cosa. Su curación exige que se interne.

La sentencia tan temida, se había desplomado sobre su cabeza inesperadamente. En el abatimiento que le embargó al oírla, valoraba el desmesurado tamaño de sus esperanzas anteriores. Hablaba siempre de la muerte, pensaba que iba a terminar pronto. Pero, la esperanza seguía latiendo en algún sitio de su ser. Subsistía empecinada, embrutecida, con una obstinación que hacía pedazos sus vagas, orgullosas tentativas de estoicismo filosófico. Saliendo a flote, la esperanza se tomaba una vergonzosa revancha.

Quiso sonreír y no pudo. La cabeza le picaba y no se atrevió a rascársela. Cruzó y des cruzó las piernas varias veces

Estoy ridículo, pensó. Si hubiera tenido lágrimas, las hubiera derramado convulsivamente. Se escuchó, como si hablara otro, cuando dijo:

- Me internaría. ¿Cuánto tiempo? (...)"

(Petit de Murat, p. 54-55 y ss)

Recuadro 1

Este encuentro particular, se presenta en un capítulo que se titula "La sentencia" (Petit de Murat, 1943:51 y 55).

La enfermedad compromete lo biológico, lo personal y lo social de la persona afectada. Véase cómo realmente, en el relato, "muerde el cuerpo y lame la persona".

Se trata en este caso, de una tuberculosis en la que "los dos pulmones están tocados" en una época anterior al descubrimiento de los antibióticos que hoy la curan (el primero: la estreptomycin, descubierta por Waksman en 1943).

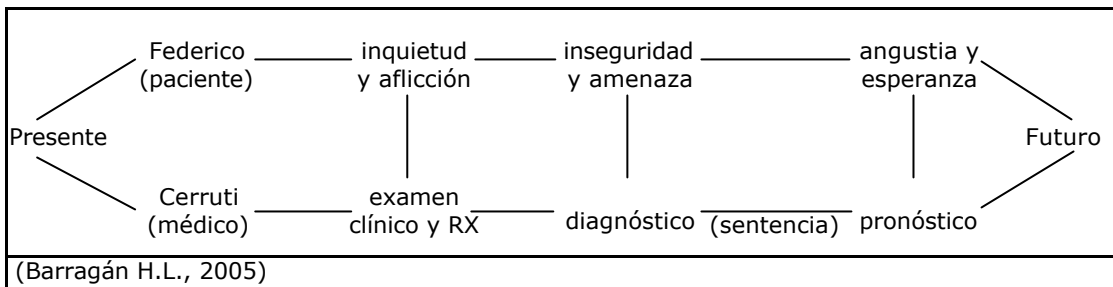
En el plano personal modifica la intimidad y se proyecta a su interacción social. Veamos la intimidad que relata el artista. Federico ya venía con inquietud y aflicción por una enfermedad que creía casi curada, por la experiencia social que la TBC entonces le generaba, a partir de esas emociones, las de inseguridad y amenaza. Se concreta con el diagnóstico del médico que adquiere la jerarquía de una "sentencia", como un juez que le condena.

Dejemos para más adelante el proceso y rito que precede al diagnóstico preciso. Ya en su transcurso el paciente estaba inquieto y afligido:

"Avanzó, como en el aire el aparato" (de radiología). No alcanzaba a "adquirir forma en los labios de Federico" la pregunta, y el médico se adelantó: "Su caso es difícil...".

Inmediatamente se elabora en la intimidad del paciente la secuencia de Lain Entralgo: hombre sano...enfermo...mortal. La amenaza se precisa desde la enfermedad concreta, sentencia declarada por el médico, hacia la muerte [Cuadro 1.1.c].

El enfermo y la enfermedad



Cuadro 1.1.c

Lersch ubica las emociones ante el tiempo: sentimiento de destino, dirigidos hacia el futuro, el futuro con la característica de no estar -todavía- definido. El sentimiento más neutral ante el futuro, es la “espera”. En la intimidad de Federico la “espera” se siente súbitamente modificada:

- por la **“sorpresa”**: emoción que surge de una situación inesperada: el diagnóstico (“¿Los dos?”), por la esperanza (“...valoraba el desmesurado tamaño de sus esperanzas anteriores... Pero la esperanza seguía latiendo en algún sitio de su ser”) emoción en la que aparece el futuro como campo de realizaciones positivas
- por el **temor al futuro** (“...hablaba siempre de la muerte, pensaba que iba a terminar pronto...”): emoción en la que pretende proteger el presente contra la amenaza del futuro (Lersch, 1980:252)
- en la espera, estas dos emociones, la esperanza y el temor, se entrelazan en Federico como se entrelazan en todo paciente. Ella no invalida el surgimiento de otras emociones del destino como la resignación o la desesperación, las que aún no se hacen patentes en este caso de Petit de Murat.

A Federico se le ha modificado “el humor”, un estado emocional que puede afectar a todos los aspectos de la vida del individuo “...confuso... nerviosísimo... Quiso sonreír y no pudo...”. Perdió la alegría, “pues la esencia de la alegría corresponde irradiar hacia el futuro” (Lersch, 1980: 349).

A Federico, también, le nació una **“restricción vital”**:

“...Lo autorizo a correr una cuadra...” “Cuidado doctor...”: restricción social en el espacio y en el tiempo.

La enfermedad genera en el hombre una modificación en los roles, la comunicación y las relaciones sociales.

Por de pronto, el modo de enfermar, además del fenómeno biológico, compromete el comportamiento porque cada hombre es una historia, una historia personal: una biografía. Ella no es exclusiva de las grandes figuras de la historia sino de cada persona anónima pero singular.

Recordamos una afirmación de Susana Sontag:

“La enfermedad es el lado nocturno de la vida, una ciudadanía más cara. A todos al nacer, nos otorgan una doble ciudadanía, la del reino de los sanos y la del reino de los enfermos. Y aunque preferimos usar el pasaporte bueno, tarde o temprano, cada uno de nosotros se ve obligado a identificarse, al menos por un tiempo, como ciudadano de aquel otro lugar” (Sontag, 1980:9).

Federico había pasado a ser ciudadano del reino de los enfermos, y ese anuncio de “nueva ciudadanía” suele certificarlo el médico o el profesional de salud.

La interpretación causal de la enfermedad por el paciente genera una gama posible de sentimientos: culpa, resentimiento, fatalismo (el destino), azar (la mala suerte); de los mitos a veces acertados de la alimentación (algo que comió, la ruptura de una dieta), de la excreción (la constipación, un “asiento”).

La interacción con el grupo primario, según la magnitud de la enfermedad, puede ser “iconoclasta”, es decir romper la imagen del paciente (piénsese en la pérdida de peso y la astenia en un paciente antes corpulento y fuerte, o en las manifestaciones de una depresión en un paciente otrora

optimista y alegre). Puede generar desde el aislamiento del propio paciente; un cierto abandono, demorado y sutil, por el grupo primario. Puede, por el contrario generar la actitud de un **“niño mimado”** o **“un tirano obedecido”** con aceptación del grupo (Israel, 1980:61 y ss).

1.2.- Interpretación y acción del médico

La peste bubónica (“peste negra”) ha golpeado a la población de continentes enteros durante siglos. La peste del siglo XIV cambió la población del mundo. Sólo en Europa produjo más de 27 millones de muertos de un total del orden de los 100 millones de habitantes.

En América del Sur hay brotes en el NE de Brasil o Bolivia. La prevención se hace por el control de los roedores, la vacunación de los viajeros a lugares endémicos y el tratamiento, aislamiento y notificación de los enfermos a lo que se agrega desinfección del medio ambiente y protección de las personas que tuvieron contacto con los enfermos (“contactos”). El tratamiento antibiótico actual permite curar la enfermedad.

No puede extrañar que la peste haya sido tema de literatura desde Bocaccio hasta Albert Camus¹. Para este último es el símbolo del mal.

Escribió “La Peste” en 1947, época en que las grandes epidemias de esta enfermedad ya habían desaparecido. Preparó su relato con la lectura de narraciones literarias y médicas. Entre las primeras cuenta la del autor de Robinson Crusoe, Daniel De Foe, “Diario del año de la peste”. Es la crónica de la epidemia de Londres en 1663.

La obra de Camus comienza así:

“Los curiosos acontecimientos que constituyen el tema de esta crónica se produjeron en el año 194... en Orán. Para la generalidad resultaron enteramente fuera de lugar y un poco aparte de lo cotidiano. A primera vista- Orán es en efecto, una ciudad como cualquier otra, una prefectura francesa en la costa argelina y nada más” (Camus, 1995).

Tal como la ubica en el espacio y en el tiempo, la “crónica” no es sino una novela en la que se presenta al hombre y la comunidad acosada por el mal: la peste bubónica y la angustia por la soledad, el aislamiento y la muerte. Describe la ciudad y la forma de vida de sus habitantes, y se introduce en la enfermedad a partir de la epizootia en ratas. La población se alarma porque ve aparecer ratas muertas por todas partes. Cuando el fenómeno parece disminuir y vuelve la tranquilidad, Camus presenta al primer enfermo. Previo al siguiente análisis conviene leer el 1º capítulo de la obra.

El Dr. Bernard Rieux es la figura literaria que ve y relata aquellos “curiosos acontecimientos”, y es presentado por el autor cuando visita los pacientes en sus domicilios.

Le corresponde al médico frente al paciente o la comunidad: observar, interpretar, actuar y comprender los problemas de salud (Barragán H. L., 2005).

¹ Albert Camus, uno de los grandes escritores franceses de este siglo, nació en una aldea de Argelia, en 1913. Se licenció en Letras y trabajó en teatro y periodismo.

Peleó en la Resistencia Francesa contra la invasión nazi y escribió en “Combat” periódico clandestino que la enfrentaba. Después de la liberación de París pudo decir en editorial: “Las páginas que siguen dicen, simplemente, que si la lucha es difícil, las razones para luchar son siempre claras”.

- Así es Rieux: “No sé lo que me espera ni lo que me ocurrirá después; pero ahora hay enfermos y es preciso curarlos”

- “Después tendrán tiempo para meditar, y yo también. Los ayudo lo mejor que sé, no puedo hacer más”.

Rieux y Camus, su autor, son luchadores en distintos campos, cumplen su responsabilidad humildemente, sin pretensión de héroes, se solidarizan con los otros en el peligro, saben a tientas, que la vida tiene un sentido (Möeller, 1995).

A Camus le dieron el Premio Nobel de Literatura en 1957 “en atención a su importante labor literaria, que con clarividente celo ilustra los problemas de la conciencia humana en nuestra época”.

Camus murió en un accidente carretero en 1960. Se publicó un libro póstumo “El primer hombre”.

a) Observar

Rieux asiste a dos pacientes seguidos. Primero Michel: "...vio venir... al portero (Michel) que avanzaba penosamente, con la cabeza inclinada, los brazos y las piernas separadas del cuerpo, en la actitud de un fantoche. Lo esperó. El viejo Michel tenía los ojos relucientes y la respiración sibilante..."

- el médico vio al enfermo de lejos y apreció panorámicamente su estado ("...en la actitud de un fantoche") observó en detalle su aspecto ("tenía los ojos relucientes..."). Sin duda le preguntó por su salud y escuchó:
- "No me sentía bien... me están saliendo bultos..."
- de la observación y la respuesta pasó a un examen superficial en medio de la calle.
- palpó ("...paseó sus dedos por la base del cuello de Michel...") y actuó con instrucciones precisas ("Acuéstese, tómese la temperatura, vendré a verle por la tarde").

El Dr. Rieux:

"conocía las enfermedades y sospechaba ésta, por las circunstancias epidemiológicas (epizootia).

b) Interpretar

En el caso de Michel hay tres interpretaciones:

- la del mismo paciente: "Me están saliendo bultos. He debido hacer algún esfuerzo"
- la del Padre Paneloux: "...debe ser una epidemia"
- la del Dr. Rieux a la mujer: "puede ser cualquier cosa..."

Rieux no interpretaba aún la enfermedad o al menos, no la anunciaba, tenía a la vista el cuadro de Michel pero necesitaba el cuadro de la comunidad.

Volvió a su casa y preguntó a otro médico si había pacientes con cuadros semejantes.

Usó un criterio clínico (ver al paciente individual) y epidemiológico (ver lo que pasa en la comunidad). Sabía que para diagnosticar, en este caso, no bastaba con ver un paciente. Era preciso saber de muchos. Y hay dos formas de saber de muchos: verlos uno mismo en mucho tiempo, o preguntar a otros los que han visto en poco tiempo. Eso último es accesible por lectura, pero la situación urge, y opta por la otra forma: hablar con tres médicos y con otros miembros del equipo de salud. Para el caso, esto es lo que va a confirmar su hipótesis:

"Llamó a algunos otros médicos. La encuesta le dio una veintena de casos semejantes en pocos días. Casi todos habían sido mortales. Pidió entonces a Richard que era secretario del sindicato de médicos de Orán, que decidiese el aislamiento de los enfermos..." (Camus, 1995:30). "Mientras cada médico no tuvo conocimiento de más de dos o tres casos nadie pensó en moverse. Al fin, bastó que alguno se le ocurriese hacer la suma. La suma era aterradora... y se hizo evidente para los que se ocupaban de este mal curioso que se trataba de una verdadera epidemia".

Este fue el momento que eligió Castel, una colega de Rieux de mucha más edad que él para ir a verle:

- "Naturalmente, usted sabe lo que es esto, Rieux.
- Espero el resultado de los análisis.
- Yo lo sé, y no necesito análisis. He hecho parte de mi carrera en China y he visto algunos casos en París hace unos veinte años. Lo que pasa es que por el momento no se atreven a llamarlo por su nombre. La opinión pública es sagrada, nada de pánico, sobre todo nada de pánico. Y además como decía un colega: es imposible, todo el mundo sabe que ha desaparecido de Occidente..."
- "Rieux reflexionaba. Por la ventana de su despacho miraba del borde pedregoso desde el acantilado que encerraba a lo lejos la bahía..."
- Sí Castel, dijo Rieux. - Es casi increíble, pero parece que es la peste" (Camus, 1995: 34).

c) Actuar

El médico debe actuar siempre frente al paciente, nunca sin pensar. Ante una urgencia con más razón hay que pensar bien y rápido, para lo que es preciso haber estudiado y obtenido experiencia.

Con Michel el tiempo no cambiaba el pronóstico. Rieux, pensó y actuó, ya se vio en qué orden. Finalmente indicó reposo y control, le iría a ver. El relato muestra la alternancia entre la acción y el pensamiento del médico junto a la cama de su enfermo. Fue y volvió y volvió a ir: el enfermo era grave. No tenía el diagnóstico preciso ni disponía de tratamiento específico, aún verificada su hipótesis clínica. Pero actuó, con tratamiento sintomático y cuidó a su paciente.

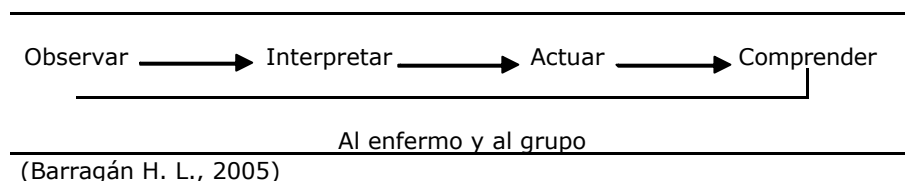
d) Comprender

Rieux tenía prisa por ver al portero Michel que lo esperaba enfermo y grave. Le había anunciado su visita y comprendía que lo esperaría con ansiedad. La enfermedad evoluciona rápido y el médico vuelve a observar signos y escuchar síntomas de Michel. El pronóstico era malo pero no lo pronuncia.

De nuevo la familia: "...la mujer que estaba enloqueciendo..." comprendía al enfermo pero no comprendía la enfermedad. ¿Quién mejor que ella podía cumplir esta indicación?:

- "Vélele usted, le dijo el médico, y llámeme si fuera preciso".
- Rieux volvió a casa del enfermo y el diálogo trasunta su comprensión, no miente, pero no destruye la esperanza:
- (la mujer) "¿Va mejor, no es cierto, doctor?".
- (el médico) "Hay que esperar un poco todavía".
- La comprensión del médico de "La Peste" se trasunta también en la decisión de aislar a su enfermo. Elige con instinto profesional cada palabra, no dice "hay que aislarlo", sino: "es necesario aislarse y proceder a un tratamiento de excepción".
- Ahora ya no lo vela la mujer sola, lo vela Rieux, el médico Rieux [Cuadro 1.2].

El médico y la enfermedad



Cuadro 1.2

Citas bibliográficas

- Barragán, H. L., *Introducción a la Antropología Médica. Un enfoque*. Cátedra de Ciencias Sociales y Medicina (FCM-UNLP), 2005.
- Camus, P., *La peste*. Buenos Aires, Sudamericana, 1995.
- Coe, R., *Sociología de la Medicina*. Madrid, Alianza, 1973.
- Foucault, M., *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. México, Siglo XXI, 1966.
- Freidson, E., *La profesión médica*. Barcelona, Península, 1978.
- Israel, L., *El médico frente al enfermo*. Barcelona, De la frontera, 1968.
- Lersch, P., *La estructura de la personalidad*. Barcelona, Scientia, 1980.
- Möeller, Ch., *Literatura del siglo XX y Cristianismo*. Madrid, Gredos, 1961, primer tomo.
- Petit de Murat, *Un balcón hacia la muerte*. Buenos Aires, Lautaro, 1943.
- Rocher, citado por Barragán, H. L., y otros, *Introducción a la Antropología Médica*. La Plata, CECIME, 1996:33.
- Sendrail, M., *Historia cultural de la enfermedad*. Madrid, Espasa-Calpe, 1983.
- Sontag, S., *La enfermedad y sus metáforas*. Barcelona, Muchnik, 1980.