Globethics Repository



Subjetividad y empoderamiento en los Programas de Salud [Subjectivity and empowerment in Health Programs]

This page was generated automatically upon download from the Globethics Repository. More information on Globethics see https://www.globethics.net. Data and content policy of Globethics Repository see https://repository.globethics.net/pages/policy.

Item Type	Article
Authors	Enria, Graciela María Teresita;Staffolani, Claudio Mario
Publisher	ISO-CYTE
Rights	Creative Commons Copyright (CC 2.5)
Download date	2026-10-30 05:19:15
Link to Item	http://hdl.handle.net/20.500.12424/215939

Subjetividad y empoderamiento en los Programas de Salud

Graciela María Teresita Enria
Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Rosario
Consejo de Investigaciones de la Universidad Nacional de Rosario (CIUNR)
g.enria@yahoo.com.ar

Claudio Mario Staffolani
Facultad de Humanidades Artes y Ciencias Sociales de la Universidad Autónoma de Entre Ríos
Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Rosario
cstafol@hotmail.com

Resumen:

En este trabajo se presenta un análisis crítico de las características que han adoptado las estrategias de intervención en salud referidas a la promoción y prevención de las enfermedades emergentes desde de los Programas de Salud, dada la inexistencia de tratamientos curativos para algunas de las enfermedades sobre las que se pretende actuar positivamente. El eje argumental consiste en discutir la utilización del los conceptos de subjetividad y empoderamiento en las propuestas de Salud Pública en la puesta en práctica de la promoción y prevención, incorporando para ello a profesionales de la Psicología y el Trabajo Social al formato tradicional. La posición que se intenta defender, es que en las nuevas estrategias destinadas a las enfermedades emergentes, que hacen pivote sobre los conceptos de subjetividad y empoderamiento, se culpabiliza a las personas que padecen las enfermedades, haciéndolos responsables del autocontrol, convirtiendo la inclusión de trabajadores de estas disciplinas en los contralores de ese autocuidado.

Palabras clave: subjetividad, empoderamiento, programas de salud.

Abstract:

Subjectivity and empowerment in Health Programs

This work presents a critical analysis of the characteristics adopted by intervention strategies in health, concerning the promotion and prevention in emerging diseases included on health Programmes, given the absence of healing treatments for some of the diseases over whom it is intended to take a positive action. The aim is to discuss the utilization of the concepts of “subjectivity” and “empowerment” related to prevention and promotion in Public Health, by incorporating professionals on Psychology and social services.

It is supported that the in new strategies for emerging diseases, that focus on the concepts of “subjectivity” and “empowerment”, people suffering from those diseases are blamed and made responsible for their self-control, and the already mentioned professionals are turned into the controllers of that self-care.

Key words: Subjectivity, Empowerment, Health Program

Fecha de recepción: diciembre de 2009
Versión final: marzo de 2010

Introducción a la problemática

En las enfermedades tradicionales, como tuberculosis, lepra o sífilis, el agente causal era un visitante externo que se introducía en el organismo susceptible. En cambio, en las nuevas enfermedades emergentes tales como obesidad, anorexia-bulimia, adicciones, etc., son las representaciones sociales y prácticas individuales de las personas a las que se debe "atacar". La lógica imperante en esta situación indica que la noxa actuaría desde el interior del cuerpo del humano desviado (Becker, 1971) reproduciendo el modelo de única causalidad. Por esta razón, los programas de promoción y prevención intentan ejercer un control sanitario que no hace más que invertir la "carga de la noxa".

Mientras en las enfermedades tradicionales era el agente de salud, individual o institucional -hoy también denominado equipo de salud-, quien debía demostrar el haber sometido al agente causal a través del tratamiento probado e instituido, en las nuevas construcciones patológicas es el padeciente quien debe justificar que ha podido dominar el mal. Esta nueva situación, sumada a la falta de un agente causal identificable, ha provocado el corrimiento del eje de intervención, que ahora se construye sobre la responsabilidad del sujeto, en vez de la del agente patógeno o de la enfermedad

Nuevos ejes de la lucha

La historia de la intervención poblacional sobre los problemas de salud, que vieran la luz con la enfermedad de la pereza que "azotaba en forma de pandemia a América Latina", es un acontecimiento desarrollado por Juan Cesar García en su ensayo *La enfermedad de la pereza. Historia y filosofía de las ciencias de la vida* (1981). En él, el autor analiza las formulaciones hechas por la Comisión Internacional de Salud de la Fundación Rockefeller para justificar la selección del control de la anquilostomiasis -cuya manifestaciones clínicas son el resultado de la anemia, expresada en signos y síntomas que se resumen en fatiga corporal-, reconocida por el nombre de "enfermedad de la pereza". De esta manera se dio a origen a los Programas de Salud, es decir, al conjunto de actividades normadas que deben reproducirse acríticamente en las estructuras de salud de los diferentes países. En el mismo texto, García muestra la relación entre los programas, sobre las llamadas enfermedades debilitantes y el capitalismo agroexportador. Esta política se continuó con la tuberculosis (Álvarez, 1904) y la lepra (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 1983).

Desde mediados del siglo pasado, los Programas de Salud se expandieron e instituyeron como modalidad de "lucha"[1] contra toda una variedad de enfermedades. Los primeros Programas estuvieron basados en la existencia de un tratamiento probadamente eficaz que asegurara la curación, haciendo hincapié en la detección temprana de los enfermos, aplicando el tratamiento que "cura", asegurando que con la desaparición de los contenedores enfermos disminuiría el contagio. En los casos en los que se contaba con una "vacuna eficaz", se la hacía obligatoria en infantes desde el nacimiento, en las edades preescolares y escolares a través del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI). Esta lógica que sintetiza la misión de todo Programa de Salud puede resumirse en acciones tales como: inmunización de la población susceptible, detección precoz de los enfermos, tratamiento eficaz, igual a disminución de la frecuencia de casos nuevos.

Desde estas estrategias iniciales destinadas a garantizar el mejoramiento de los niveles de salud de las poblaciones que han monopolizado la actividad sanitaria durante el siglo XX, se ha sostenido el protagonismo del viejo axioma que dice "es mejor prevenir que curar". De esta manera, las estrategias de Promoción de la Salud[2] y Prevención de las Enfermedades[3] comenzaron a ocupar un espacio destacado dentro del gran campo de la Salud Pública, al menos desde los discursos oficiales (Organización Mundial de la Salud [OMS]/UNICEF, 1978; OMS, 1986[4]).

Por otro lado, en las últimas décadas del siglo pasado, la humanidad ha visto emerger problemáticas de salud que no pueden ser definidas en los términos tradicionales en que se ha entendido la enfermedad. Sus características no revisten la idea de laboratorio reproducida desde Luis Pasteur en términos de único agente causal asociado nosológicamente, que provoca los efectos fisiopatológicos y dan como resultado signos y síntomas reconocidos universalmente como tal o cual patología. Enfermedades como las adicciones, bulimia y anorexia, VIH-Sida, obesidad, y hasta el embarazo en adolescentes o la violencia de género, se instalan en la

[1] Lucha, campaña, estrategia, palabras instituidas en el léxico de la Salud Pública por los Médicos Militares que participaron inicialmente de la hoy denominada OPS.

[2] Entendemos por Promoción de la Salud, todas aquellas actividades formales o informales, de carácter comunitario, destinadas a reforzar o modificar las condiciones objetivas de vida sin una consideración específica del proceso de determinación de patologías (ejemplos: agua potables, eliminación adecuada de excretas, alimentación suficiente y adecuada, vivienda digna, etc.). Estas condiciones de vida, de no ser resueltas adecuadamente, naturalizan prácticas de consecución de los satisfactores que se asocian con procesos de salud-enfermedad.

[3] Por Prevención de la Enfermedad, entendemos acciones específicas, habitualmente indicadas y/o ejecutadas desde el Estado para controlar los determinantes de la incidencia de las patologías reconocidas, tendientes a intervenir sobre poblaciones o individuos estadísticamente susceptibles para evitar la aparición o diseminación de enfermedades.

[4] *Declaración de Alma Ata* y *Carta de Ottawa*, respectivamente.

comunidad desde un espectro amplio de determinantes que vuelve complejo su análisis e intervención.

A partir de las enfermedades históricas tales como anquilostomiasis, lepra, peste, tuberculosis, malaria, sífilis, etc., desde los organismos oficiales internacionales, se comienzan a crear programas de intervención con visos de promoción de la salud y prevención de las nuevas enfermedades emergentes. En ellos se conceptualiza a la Promoción de la Salud como el sólo hecho de imponer normas sociales, morales, a través de folletos con frases significativas o impactantes que supuestamente deberían transformar las prácticas de los individuos, intentando que "las personas incrementen el control y mejoren su propia salud" (Kickbusch, 1996, p. 17), desconociendo la determinación social de los procesos de salud-enfermedad y de la misma subjetividad que se construye en "el marco de un sistema social" (Gonzalez Rey, 2008, p. 234) y de ciertas condiciones objetivas de vida. En cambio, la Prevención de las Enfermedades, que antes era definida como acciones focalizadas en poblaciones e individuos susceptibles de enfermarse (Rose, 1985, p. 4), hoy es entendida como la estigmatización de un grupo social con características específicas.

Rápidamente, ante la falta de un agente causal identificable que se pueda responsabilizar de los problemas de salud, las nuevas estrategias trasladan la carga a los padecientes, a su subjetividad. Subjetividad que -una vez constituida- posibilita el reconocimiento de los individuos en la comunidad de los hombres "normales", ahora como "imaginario social" (Díaz, 1996). En estos programas, ya no son las enfermedades las culpables ni tampoco los agentes causales, sino que los nuevos responsables son los individuos enfermos, que han permitido el desarrollado de la noxa en su organismo. Por lo tanto, el renovado objetivo de los Programas de Salud es el "Yo" de los individuos. Es entonces su subjetividad lo que se debe dominar para así reencaminar el proceso mórbido. A falta de un ente real sobre el cual descargar las estrategias, el cuerpo del enfermo -cárcel del alma como dijera Platón (Platón, 2005, p. 400a)- es la única evidencia del Yo, de la subjetividad, que se vuelve el objeto de intervención y de aplicación de las estrategias de Promoción de la Salud y Prevención de las nuevas enfermedades, introduciendo normas a seguir que toman viso de terapéutica ya que una vez incorporadas y repetidas día a día suponen el control de la enfermedad.

En las enfermedades emergentes, tampoco se reproduce lo que desde la medicina se ha llamado "cura", como posibilidad biológica de recuperación *ad integrum*, sino que desde el comienzo se reconoce la cronicidad de dichos problemas, que acompañarán a los padecientes hasta su muerte. De esta manera, el construido padeciente crónico deberá reconocerse como "soy enfermo" para poder luchar contra su mal interno durante el resto de su vida. La inversión de la carga de la noxa como consecuencia del imperativo de los Programas de Salud sobre las nuevas enfermedades emergentes, trasciende el ámbito sanitario para crear un nuevo sistema

de identificación e integración social paralelo al tradicional dado por el trabajo. Los ciudadanos/as además de obreros/as, profesionales o empresarios/as ahora son también "obesos/as", "bulímicos/as-anoréxicos/as", "adictos/as", madres adolescentes o mujeres que se someten a la violencia de género.

Desde el punto de vista epistemológico, la planificación de los nuevos programas sobre enfermedades emergentes propone el trabajo interdisciplinario como innovación y eje central de la "batalla" intentando abordar estas problemáticas desde explicaciones causales complejas. Siguiendo la propuesta de Edgar Morin, lo que nos interesa

> "es el fenómeno multidimensional y no la disciplina que recubre una dimensión de ese fenómeno. Todo lo que es humano es al mismo tiempo físico, sociológico, económico, histórico, demográfico; interesa, pues, que estos aspectos no sean separados, sino que ocurran para una visión poliocular. Lo que me motiva es la preocupación de ocultar lo menos posible la complejidad de lo real." (Morin, 1993, p. 84)

En este trabajo interdisciplinario se instituyen a la Psicología y al Trabajo Social como integrantes de las llamadas Ciencias de la Salud, las cuales abordan el comportamiento humano desde una posición protagónica, como disciplinas pivote de las estrategias de acción a nivel individual y poblacional, sobre todo desde la perspectiva de la "promoción y la prevención". La marca más significativa de la impronta de estas disciplinas, es el aporte de los conceptos de subjetividad y empoderamiento como determinantes de los procesos y comportamientos esperados por parte de la comunidad de afectados.

El objetivo de las estrategias para "atacar" las nuevas enfermedades es "cambiar al sujeto", más específicamente su subjetividad. Para evitar la obesidad, hay que "atacar" la subjetividad del gordo; para las adicciones, la subjetividad del adicto, para la bulimia y anorexia la subjetividad del anoréxico y del bulímico, y así siguiendo. Es su subjetividad la que ha llevado al enfermo a ser lo que es -o lo que no es-, por lo tanto la tarea es trasformar la subjetividad controlando los desvíos a partir del empoderamiento individual del mensaje normativo.

Desde esta perspectiva, que nace de la ausencia de un agente causal que pueda ser observado, medido y "atacado", los responsables directos de las enfermedades son los mimos sujetos que las padecen, descargándose sobre su subjetividad todo el arsenal de la promoción y la prevención, que en definitiva debería devenir en terapéutico, puesto que lo acompañará toda la vida. El gordo por más que haya adelgazado se debe seguir reconociendo como gordo, el anoréxico por más que haya recuperado peso seguirá siendo anoréxico, lo mismo para el bulímico y para el adicto, desobligando de esta manera a los determinantes sociales de las "situaciones de enfermedad".

Estas consideraciones nos llevan a preguntarnos: ¿a qué nos referimos cuando hablamos de subjetividad en los programas de promoción y prevención? Pero también, y a partir de la pregunta anterior: ¿a quién estamos haciendo responsable de las enfermedades? ¿A la subjetividad de los enfermos? ¿A las dificultades de asirse a las normas comunitarias? ¿O es a las dificultades para empoderarse individualmente de las herramientas que transformen el contexto que los determina?

En las ciencias naturales existe un fuerte consenso sobre los términos que se utilizan a partir la escasa variación de su objeto de estudio desde una perspectiva estructural. Para la biología, términos como ADN, célula, mitocondria, tejido, órgano o cuerpo tienen un significado único, siendo su funcionamiento explicado a partir de leyes universales. En cambio, cuando hablamos de subjetividad y empoderamiento la situación se hace compleja debido a la polisemia de estos términos, que expresan una gran variación de los sentidos y significados en diversos contextos históricos y teóricos. De esta manera la discusión se traslada a un debate sobre si estos conceptos hacen referencia a lo individual o colectivo, si el proceso es adquirido o innato, si es posible de objetivar, si son abordables desde lo cualitativo o son posibles de ser cuantificados. Este debate, si bien interesante, nos aleja del objetivo de este trabajo, que es la forma en que se entienden y operan los conceptos de subjetividad y empoderamiento en los programas de promoción y prevención, y la adjudicación de las responsabilidades de la transformación.

Es interesante analizar el caso del embarazo en adolescentes que es llevado a la categoría de cuasi enfermedad; si bien biológicamente involucra problemáticas de escasa relevancia, es socialmente donde se alzan las dificultades. Las adolescentes, sobre todo las escolarizadas, se dice que perturban a sus congéneres y a sus docentes. Una vez nacido el niño aparecen los problemas -específicamente económicos y culturales para criarlos- dando como resultado una incidencia en las explicaciones de las tasas de mortalidad infantil. Desde el Estado se ataca el problema con Programas de Salud Sexual y Reproductiva, responsabilizando a los docentes de “inculcar” la información necesaria que evite los “nuevos casos” y así disminuir la tasa de incidencia, introduciendo en la subjetividad de las adolescentes la responsabilidad de solicitar el uso del preservativo a sus compañeros sexuales o tomar anticonceptivos. De este modo se entiende que, si la adolescente ha recibido la información y no ha cumplido con la incorporación del nuevo hábito, es sólo ella la responsable de su situación.

En la misma tónica, las intervenciones referidas a la violencia de género responsabilizan a las víctimas de permitir y no poder cortar voluntariamente un sistema de organización familiar en el que se reproduce el mandato social. De esta manera sólo se convoca a las víctimas para que se empoderen y se reconozcan como sujetos autónomos, dejándose de lado el trabajo

sobre los victimarios, que es donde el sistema de salud y judicial deberían intervenir para impedir rápidamente la situación de violencia. Además, a estas reconocidas víctimas -de subjetividad "enferma"-, se las deja libradas a su propia suerte sin protección alguna para que no se reproduzca la problemática.

En el caso del VIH-Sida, ocurre una situación parecida, con el agravante que el estigma se asocia con supuestas desviaciones morales. Se hace aquí tangible el "conócete a ti mismo", invitando al autoconocimiento de la situación serológica; de esa manera la persona que convive con el VIH podrá "cuidarse y cuidar a los demás", estableciendo una barrera entre el padeciente y los otros. En el caso del supuesto sano, deberá considerar a todos como posibles enfermos, introduciendo una estrategia defensiva: el preservativo. Nuevamente, como en el caso anterior, el responsable de no enfermarse y de mejorar la esperanza de vida es el propio individuo, quien, toda vez informado de los peligros y consecuencias, deberá ejercer el autocuidado.

Otro ejemplo significativo es la problemáticas de las adicciones en cualquiera de sus manifestaciones, donde el padeciente es responsabilizado, en algunos casos hasta penalmente de no poder dominar su problema (Ley 23.737 de Tenencia, suministro y tráfico de estupefacientes). Las estrategias de prevención, que en realidad son de rehabilitación, se despliegan sobre la idea de que debe ser el propio adicto, mediante el encierro, el que construya la voluntad de superar el hábito que por su adicción no puede controlar.

Discusión

Retomando la argumentación teórica, desde el punto de vista de las ciencias sociales la subjetividad es una característica errática que los individuos ponen en juego al enfrentarse a un objeto que no le permite develar su esencia. Desde la psicología la subjetividad es la forma en que se evidencia el Yo de los individuos, reflejando su manera de sentir, pensar y actuar (Laplanche y Pontalis, 1981). Los programas de intervención sobre la subjetividad hacen referencia a una condición de dependencia del individuo con respecto a un otro que podría ser la sociedad. A una situación de inmadurez, que el ser humano debe trascender para poder llegar a una instancia superior, a una condición de posibilidad, para poder responsabilizarse de sus actos, una vez que han alcanzado la conciencia de lo social. Tomando las ideas de Hegel, expresadas en su Ciencia de la Lógica (1968), el ciudadano, nivel singular del sistema de las ideas, se constituye como tal, una vez que ha aceptado y se comporta según las normas del Estado. Parecería que en las estrategias de promoción y prevención desarrolladas en los Programas de Salud, es el padeciente el responsable del accionar de la sociedad organizada a través del Estado, en vez de ser éste la víctima de las normas instituidas. Este acto, ocurriría a

través del proceso de empoderamiento individual que se instituye a través de la información, invirtiendo de esta manera la "carga de la noxa", siendo que el empoderamiento es un concepto que debería remitir a una construcción socio-cultural.

Veamos cómo se ha llegado a esta situación retomando los interrogantes iniciales: ¿desde dónde se aborda la subjetividad y el empoderamiento en los Programas destinados a los problemas de salud emergentes?

Nos dice John Watson desde el conductismo:

> "Para cambiar la personalidad debemos desaprender lo que se ha aprendido y aprender cosas nuevas, lo cual siempre constituye un proceso evolutivo. La indicación sería rehacer al individuo, modificar el medio ambiente y hacer que surja la necesidad de nuevos hábitos.[...] Antes que los estímulos puedan ejercer influencia es indispensable que se forme un hábito.[...] La personalidad es el producto final de nuestro sistema de hábitos." (1947, p. 54)

Pareciera que es desde esta perspectiva -más allá de las críticas generalizadas que se hacen desde las visiones de mayor aceptación en la actualidad- desde donde se piensa y actúa en nombre de la promoción y prevención en los Programas de Salud. Se trata de redireccionar la subjetividad, la moral y la vida, a través del reconocimiento-empoderamiento del lugar que otorga el padecimiento de una enfermedad dentro de la sociedad. Es desde esta mirada que se ha instalado la idea de operar sobre las personas, como si sus hábitos fueran una decisión individual y de manera inocua, sin consecuencias. La modificación de la organización del sistema de hábitos desde esta visión no reviste ningún problema. Se sostiene que, a partir de las acciones que correspondan, sería posible transformar las conductas hacia estándares aceptables, los que siempre serán interpretados como una forma de evolución deseada hacia el "deber ser". Los responsables de conducir este proceso, son los nuevos incorporados al equipo de salud, los Trabajadores Sociales y los Psicólogos. El reduccionismo desde el que opera la palabra subjetividad en estos casos queda reducido a la conducta observable sin tenerse en cuenta que la producción de subjetividad

> "trasciende toda influencia lineal y directa de otros sistemas de la realidad. [...] El sentido subjetivo está en la base de la subversión de cualquier orden que se quiera imponer al sujeto o la sociedad desde afuera. Las formas de comportamiento social explícito ante situaciones externas de fuerte presión y represión, más que una vía de expresión de los sentidos subjetivos representa una vía de ocultamiento..." (Eliot, 1997, p. 26-27)

Así como en los programas tradicionales el principal responsable de ejercer el control sobre las enfermedades, los individuos y la comunidad era el médico, en los problemas de salud actuales se produce un corrimiento hacia el equipo interdisciplinario de salud como garante de los "cambios de hábitos" esperados a través de la implementación de los programas; ejecutando el control a partir del manejo de la subjetividad y el empoderamiento de las normas científicamente establecidas por parte de los individuos.

A diferencia del control tradicional de las enfermedades, donde se esperaba un claro rol del médico en la embestida contra las causas, ahora las acciones se trasladan al equipo de salud, el cual deberá interpelar la subjetividad de los padecientes, empoderándolos de las normas que según la ciencia evitarán la expansión de los problemas y posibilitarán una mejor sobrevida en la convivencia con el padecimiento, invirtiéndose de esta manera la carga de la noxa. Se responsabiliza al padeciente de su autocuidado, ejercitando desde los Programas de Salud el control sobre los individuos, que son culpabilizados por enfermarse y son declarados responsables del aumento de la incidencia de los problemas emergentes.

De esta manera los Programas de Salud destinados a las nuevas enfermedades se distancian de la eficacia en el cumplimiento de sus metas, extendiendo la lógica de la imposición de un tratamiento a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, instituyendo ahora una conducta saludable. Las nuevas armas de la Salud Pública se han vuelto comer sano, variado y mantener un índice de masa corporal según lo establecido científicamente, tener relaciones sexuales seguras y por amor, controlar el deseo de consumir sustancias adictivas y luchar individualmente contra toda propaganda que promueva el consumo de todo aquello que atenta contra la salud.

Bibliografía

Álvarez, C. (1904). *La tuberculosis bajo el punto de vista social.* Rosario: Liga Argentina contra la Tuberculosis de Rosario.

Becker, H. (1971). *Los extraños*. Buenos Aires: Tiempos Contemporáneos.

Díaz, E. (1996). *La ciencia del imaginario social.,* Buenos Aires: Biblos.

Diccionario de la Lengua Española (21º ed.) (1992). Madrid: Real Academia Española.

Eliot, A. (1997). *Sujetos a nuestro propio y múltiple saber*. Buenos Aires: Amorrortu.

García, J. C. (1981). *La enfermedad de la pereza. Historia y Filosofía de las ciencias de la vida*. Washington: OPS.

González Rey, F. (2008). Subjetividad social, sujeto y representaciones sociales. *Revista Diversitas. Perspectivas en Psicología*, año 1, *vol. 4* (2).

Hegel, G. (1968). *Ciencia de la Lógica*. Buenos Aires: Solar.

Kickbusch, I. (1996). Promoción de la salud: Una perspectiva mundial. En Organización Panamericana de la Salud [OPS], *Promoción de la salud: Una antología*. Washington: OPS. Publicación Científica Nº 557.

Laplanche, J. y Pontalis J. B. (1981). *Diccionario de Psicoanálisis*. Barcelona: Ed. Lasa.

Ley 23.737 de Tenencia, suministro y tráfico de estupefacientes. (1989). *Congreso de la Nación Argentina*.

Morin, E. (1993). *El paradigma perdido. Ensayo de bioantropología*. Barcelona: Kairós.

Organización Mundial de la Salud [OMS] (1986). *Carta de Ottawa.* Canadá.

Organización Mundial de la Salud [OMS]/UNICEF (1978). *Declaración de Alma Ata*. Ginebra

Organización Panamericana de la Salud [OPS] (1983). La lepra en las Américas. *Boletín Epidemiológico*, *vol. 4* (6). Washington: OPS.

Platón (2005). *Cratilo*. Buenos Aires: Losada.

Rose, G. (1985). Individuos enfermos, población enferma. *Boletín Epidemiológico de la OPS*, *vol. 6* (3). Washington: OPS.

Watson, J. V. (1947). *El conductismo*. Buenos Aires: Paidós.