

PROCESOS DE (RE)CONFIGURACIÓN SUBJETIVA. LA EXPERIENCIA DE APRENDER A VIVIR CON VIH-SIDA DENTRO DEL ESPACIO MÉDICO INSTITUCIONAL HOSPITALARIO

FLORENCIA FARETTA¹

RESUMEN

Este artículo reflexiona sobre los procesos de reconfiguración subjetiva que atraviesan las personas con Vih-Sida. El trabajo centra en la experiencia de aprender a vivir con esta enfermedad y analiza cómo los saberes del Modelo Médico Hegemónico funcionan como marco de referencia oficial dentro del espacio institucional hospitalario para dar sentido a la enfermedad, reconfigurar la identificación con un yo-saludable y aprender a convivir con un nuevo cuerpo medicalizado. El objetivo es considerar cómo estas referencias dominantes se ponen en juego según las experiencias subjetivas particulares de las personas afectadas, sus prácticas de autoatención y su singular relación médico-paciente. Esta es una investigación etnográfica que combina técnicas de entrevistas en profundidad y observación participante en un hospital público de la Ciudad de Buenos Aires. La información relevada en campo evidencia que los sujetos aprenden, resignifican y elaboran sus propias prácticas de autoatención más allá de las intenciones del modelo biomédico.

PALABRAS CLAVE: Vih-Sida, Procesos de reconfiguración subjetiva, Espacio institucional hospitalario, Modelo Médico Hegemónico, Autoatención.

[1] Profesora y Licenciada en Ciencias Antropológicas (Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires – UBA). Residente de la Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud (Centro de Salud y Atención Comunitaria N° 7, Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires). Miembro del equipo de Antropología de la Subjetividad (Instituto de Ciencias Antropológicas, Facultad de Filosofía y Letras – UBA). florenciafaretta@gmail.com

Fecha de recepción: 30/04/2013. Fecha de aceptación: 22/11/2013

ABSTRACT

This paper ponders on the subjective reconfiguration processes that people with Hiv-Aids go through. The study focuses on the experience of learning to live with this disease, and analyzes the ways in which the knowledge of the Hegemonic Medical Model works as the official reference within the hospital as a medical institution. This knowledge orientates the search of meaning of the disease, the reconfiguration of the identification with a healthy self, and the learning process of living with a new medicalized body. The purpose of this paper is to analyze how these dominant references operate in particular ways, depending on the subjective experiences of the infected people, their self care practices and the relationship between patients and their physicians. This is an ethnographic research that applies combined techniques of in-depth interviews and participant observation within a public hospital of Buenos Aires City. The information gathered in the field shows that infected people learn, redefine and elaborate their own self-care practices beyond the biomedical model intentions.

KEY WORDS: Hiv-Aids, Subjective reconfiguration processes, Hospital, Hegemonic Medical Model, Self-care.

INTRODUCCIÓN

La biomedicina funciona en nuestra sociedad como el sistema que detenta el poder dominante para definir y explicar los procesos de salud-enfermedad de las personas, así como sus modalidades de atención, en el marco del Modelo Médico Hegemónico (Menéndez, 1990, 2004). Para las personas que viven con Vih-Sida, los saberes y modos de atención de la biomedicina son una importante fuente de sentido para la experiencia subjetiva de la enfermedad y sus posibilidades de gestión y manejo. No obstante, los sujetos se apropian y reelaboran los conocimientos que van adquiriendo en su contacto con la institución médica de manera singular y en función de sus propias experiencias subjetivas, de la misma manera en que establecen determinada relación con su médico y evalúan cómo y cuánto ajustan sus hábitos cotidianos a las modalidades de cuidado prescriptas por la lógica biomédica. El propósito de este trabajo es reflexionar sobre los procesos de reconfiguración subjetiva y la experiencia de aprender a vivir con Vih-Sida atendiendo a las particulares modalidades de gestión de la enfermedad que los sujetos ponen en juego en relación con el espacio médico institucional donde se atienden. En este estudio tomaré en consideración cuatro ejes de análisis al interior del ámbito hospitalario: la representación de un yo-saludable, el cuerpo medicalizado, la relación médico-paciente y la articulación entre el Modelo Médico Hegemónico y las prácticas de autoatención.

RECORRIDOS ETNOGRÁFICOS Y MARCO CONTEXTUAL

En términos epidemiológicos², la Argentina muestra un mapa que presenta una distribución del Vih-Sida concentrada en los grandes conglomerados urbanos, principalmente la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y los veinticuatro partidos del Gran Buenos Aires. En los últimos cinco años la epidemia no ha presentado cambios significativos a nivel nacional y se encuentra estabilizada. Se estima que en el país viven actualmente unas 110.000 personas infectadas –de las cuales un 40% desconocería su condición- y se notifican por año alrededor de 5.500 nuevos diagnósticos, de los cuales un promedio 1.330 corresponden a diagnósticos efectuados en la Ciudad de Buenos Aires.

Este es el contexto en el que se enmarca el trabajo de campo que realicé en el Hospital Dr. E. Tornú, que constituye uno de los trece Hospitales Generales de Agudos del sistema público de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. En términos metodológicos, trabajé desde un enfoque etnográfico combinando técnicas de entrevistas en profundidad y observación con participación. Entre mayo de 2011 y agosto de 2012, participé de manera semanal de las reuniones de apoyo para personas que

[2] Boletín Epidemiológico, Dirección de Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual, Ministerio de Salud de la Nación, Diciembre 2012.

viven con Vih-Sida que se llevan a cabo todos los lunes por la mañana en el sector de infectología del hospital, luego de que los pacientes se realizan las extracciones de sangre para el monitoreo periódico de la infección. Las reuniones son coordinadas por una promotora de salud del hospital, y funcionan como un espacio de grupo de pares donde se comparte el desayuno y se ponen en común cuestiones relativas a la vida cotidiana siendo persona seropositiva.

En cuanto a la cantidad de pacientes, el servicio de infectología del hospital atiende aproximadamente a 550 personas. Dado que el objetivo de este estudio es analizar la experiencia de la enfermedad en el marco hospitalario, opté por entrevistar tanto a pacientes como a personal de la institución. La composición del material empírico para este estudio incluyó diecisiete entrevistas en profundidad con una duración de 40 a 90 minutos cada una, registradas y desgrabadas: doce pacientes del hospital (seis mujeres y seis varones), tres médicas infectólogas y doce promotoras de salud. Asimismo, se complementó con los registros de campo que se nutrieron de los intercambios informales en el marco de las reuniones de pares donde participan semanalmente entre seis y doce personas. El proceso de sistematización y análisis de datos lo realicé en base a la identificación de ejes de sentido estructurantes y recurrencias temáticas.

LOS PROCESOS DE SALUD-ENFERMEDAD-ATENCIÓN: DIMENSIONES HISTÓRICO-SOCIALES Y HEGEMÓNICAS

Los procesos salud-enfermedad-atención constituyen un universal que opera de forma estructural – aunque de manera diferenciada– en todas las sociedades y en todos los grupos sociales que las componen (Menéndez, 1994). Toda sociedad elabora un conjunto de representaciones que construyen y definen socialmente la salud y la enfermedad, y estructura además un conjunto de saberes y prácticas que constituyen las respuestas socialmente organizadas frente a los daños a la salud de sus miembros.

Estas diversas respuestas sociales a los padecimientos se plasman en ciertas representaciones y prácticas más o menos estructuradas que se organizan en profesiones e instituciones que detentan variadas cuotas de poder y legitimidad para definir y actuar sobre la enfermedad. A través de ciertos procesos históricos, económicos, político-ideológicos y científico-técnicos, determinados sistemas de representaciones y prácticas en torno a las enfermedades devienen hegemónicos al interior de diferentes sistemas culturales y establecen relaciones de hegemonía-subalternidad con otros sistemas alternativos de atención a los padecimientos.

En nuestra sociedad, la medicina científica –o biomedicina– es la modalidad dominante, oficial y legítima de atender determinado espectro de malestares a través de médicos autorizados y reconocidos institucionalmente, y detenta el poder hegemónico para definir la salud, la enfermedad, lo medicalizable y las formas de atención y tratamiento a los padecimientos, en el marco de lo que el antropólogo Eduardo Menéndez identifica como Modelo Médico Hegemónico. Este modelo hace referencia al

conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando dejar como subalternos al conjunto de prácticas, saberes e ideologías que dominaban en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado (Menéndez, 1990:83).

MODELOS DE ATENCIÓN A LOS PADECIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE ARTICULACIÓN

Si bien en todas las sociedades existen modelos de atención a los padecimientos que varían en sus grados de institucionalización y en sus formas de actuar sobre la enfermedad, desde el punto de vista de los propios actores se detecta un uso articulado de modalidades variadas de atención a las cuales recurren para aliviar los malestares, reales o imaginarios, que reconocen como afectando su cuerpo y su salud. Entre las formas de atención utilizadas se encuentra no sólo la biomedicina, sino también las

medicinas populares –saberes tradicionales, curadores de tipo religioso- las medicinas alternativas o los grupos de autoayuda, entre otros (Menéndez, 2004). El trabajo de Eduardo Menéndez brinda interesantes aportes teóricos para reflexionar sobre las formas en que se manifiesta este uso articulado de distintas modalidades de atención a los padecimientos por parte de los sujetos mediante el análisis de dos de las modalidades más recurrentes en nuestras sociedades y las relaciones existentes entre ellas: el Modelo Médico Hegemónico y la autoatención.

El Modelo Médico Hegemónico³ representa a la medicina alopática, cuyos rasgos predominantes son el biologicismo y la fundamentación científica pretendidamente objetiva de sus conocimientos y prácticas. Estas características constituyen los principales criterios de diferenciación respecto de otras formas de atención a los padecimientos, así como de exclusión, o en el mejor de los casos de secundarización de los factores subjetivos, sociales, culturales e históricos que no sólo operan en, sino que, junto a los factores biológicos, son componentes constitutivos de los procesos de salud-enfermedad-atención.

El otro modelo considerado, la autoatención, incluye las representaciones y saberes de los grupos en función de los cuales se realizarán las primeras acciones sobre el propio cuerpo y los padecimientos detectados, que pueden incluir la automedicación –ya sea de fármacos o de otras sustancias como infusiones o remedios caseros- otras actividades como masajes o cremas, la práctica del autocuidado –relacionada con representaciones referidas al cuidado del cuerpo y de la salud, como realizar actividad física o dietas- y la decisión de acudir o no a curadores profesionales, en función de lo que acontezca con la evolución del malestar, pudiendo recurrir simultáneamente a curadores de diferentes formas de atención (médicos alópatas, homeópatas, acupuntura, por mencionar algunas).

La biomedicina y la autoatención constituyen dos modalidades de atención a los padecimientos estrechamente relacionadas, no sólo porque la decisión de acudir o no a un médico alópata forma parte de proceso de autoatención, sino porque la propia biomedicina genera discursos que impulsan el autocuidado⁴ como forma de vida saludable y prescriben tratamientos que implican acciones de autocuidado por parte de los sujetos, que se desarrollan con relativa autonomía, sobre todo cuando se trata de enfermedades crónicas. Asimismo, gran parte de lo que los sujetos hacen en relación a su propio cuerpo y su salud lo aprenden del contacto con la biomedicina como forma dominante de atención.

No obstante estos vínculos, la biomedicina ha establecido una relación inherentemente contradictoria con la autoatención dado que, por un lado, la cuestiona en términos de automedicación y, en consecuencia, por influir negativamente en el correcto cumplimiento de los tratamientos prescritos, y por el otro, fomenta constantemente actividades de autocuidado. Pero lo cierto es que todas las actividades que los sujetos y los grupos realizan como parte del proceso de autoatención dan cuenta de la existencia de saberes respecto de los procesos de salud-enfermedad-atención de los cuales las personas se apropian y, más allá de que sean correctos o no desde el punto de vista biomédico, son los que sustentan las acciones realizadas.

[3] Los principales rasgos que caracterizan al modelo médico hegemónico señalados por el autor son: biologicismo, identificación ideológica con la racionalidad científica, objetivismo, individualismo, asociabilidad, ahistoricidad, aculturalismo, orientación curativa, foco en la enfermedad, relación médico paciente asimétrica y subordinada, exclusión del saber del paciente, profesionalización formalizada, tendencia a la medicalización de los problemas, tendencia a la escisión entre teoría y práctica (Menéndez, 2004).

[4] Las prácticas de autocuidado forman parte de la autoatención, pero se diferencian en que, mientras la autoatención es un concepto más inclusivo, y refiere a prácticas y representaciones sociales y grupales, la idea de autocuidado impulsada por la biomedicina es marcadamente individualista (Menéndez, 1994).

LOS ASPECTOS CONSTITUIDOS Y CONSTITUYENTES DE LA SUBJETIVIDAD

La subjetividad es una categoría que articula los estados internos -modos de percepción, pensamiento, deseos, experiencias, intenciones, sensaciones, afectos, etc. que movilizan a los sujetos actuantes- y las formaciones socioculturales dentro de las cuales los sujetos se constituyen en tanto tales, posibilitando configuraciones subjetivas determinadas (Ortner, 2005). Retomando estos aportes junto con la concepción del antropólogo Thomas Csordas sobre la noción de self⁵ como una capacidad indeterminada de ocupar o volverse orientada en el mundo, entiendo que la subjetividad es la conjunción entre la experiencia del propio cuerpo, la incorporación del mundo socialmente construido y la especificidad situacional del sujeto (Csordas, 1994).

Estas cuestiones dan cuenta de dos aspectos de la subjetividad. Por un lado, la incorporación del mundo socialmente construido implica considerar que el sujeto está inmerso en formaciones socioculturales que influyen en sus posibles configuraciones subjetivas. En este sentido, los procesos de conformación subjetiva son analizados en este estudio al interior de la institución médica y en relación con los valores, discursos y prácticas sociales dominantes producidas desde el Modelo Médico Hegemónico que influyen en la construcción de ciertos tipos de sujetos y subjetividades (en particular, cierto tipo de sujeto sano, ciertas identificaciones posibles con un yo-saludable y cierta construcción del cuerpo). Estas construcciones sociales constitutivas de la subjetividad evidencian el aspecto productivo del poder, y dependen del estado de relaciones hegemónicas al interior de las formaciones socioculturales históricas particulares que contienen y definen a los sujetos. Por otro lado, en tanto seres existencialmente complejos que reflexionan, sienten y actúan socialmente, los sujetos son también agentes constituyentes de sus propias experiencias y subjetividades. La subjetividad se construye de forma procesual y cambiante, y de manera social y relacional, en consecuencia, es siempre intersubjetividad que se conforma en interacción con los otros y con el mundo.

En síntesis, la noción de procesos de conformación subjetiva alude, por un lado, a los sentimientos, pensamientos, modalidades de acción e incorporación de significados dominantes construidos social y culturalmente en el marco de relaciones de poder y hegemonía, y esto se traduce en determinadas maneras posibles de ser, hacer, pensar y sentir; la subjetividad socialmente constituida. Pero por otro lado, abarca también aspectos constituyentes, esto es lo que los sujetos hacen, piensan y sienten en función de sus experiencias, de lo que tienen, lo que son y lo que pueden, en interacción con las formaciones socioculturales y el contexto histórico en el que viven; la dimensión constituyente de la subjetividad (Cabrera, 2013).

Estas dos dimensiones analíticas -la subjetividad socioculturalmente constituida y la subjetividad como configuración constituyente de los sujetos- se entrecruzan con la dimensión de la intersubjetividad particular que se conforma cuando los sujetos atraviesan experiencias compartidas, y da cuenta de instancias procesuales de conformación y transformación de las subjetividades en función de las relaciones sociales que se dan en determinados procesos de socialización y de vivencias comunes, que en este estudio se analizan en torno a la experiencia, a la vez particular y compartida, de aprender a vivir y convivir con Vih-Sida dentro de una institución hospitalaria.

LOS PROCESOS DE (RE)CONFIGURACIÓN SUBJETIVA A LA LUZ DE LAS IMÁGENES DOMINANTES DE SALUD Y ENFERMEDAD. EL YO-SALUDABLE PERDIDO

Cuando se llega a un diagnóstico positivo de Vih-Sida, la distancia entre la información que circula en los medios de comunicación o los folletos, y lo que les sucede a los sujetos al atravesar la experiencia concreta de enfermar, puede ser muy amplia y cualitativamente muy diferente.

[5] Puede traducirse como el sí mismo, el propio yo, o uno mismo.

Yo sabía qué era el Hiv, tenía una idea. Pero en el momento, cuando me dijeron, me quise morir. Salí de acá como descontrolado, porque no entendía. No sabía para dónde ir, por dónde salir. Me dejó como a la deriva. Como desorientado. Esa es la palabra, desorientado. ¿Para dónde voy, qué pasó, cómo? Es como que se me venía el mundo abajo (Hugo; 52 años de edad, 11 de diagnóstico. Agosto de 2011).

El diagnóstico de Vih-Sida y las primeras reacciones posteriores producen en el sujeto y en su vida un impacto que conmueve su existencia (Rodríguez, 2010), fundamentalmente en dos planos: el cotidiano y el subjetivo, entendiendo al cuerpo y a la representación del propio ser saludable como componentes constitutivos de la subjetividad. Recuerdo particularmente una de las reuniones de los lunes en que llegué y había un paciente que había sido diagnosticado hacía apenas una semana. Tenía en el rostro una expresión desolada, tímida, angustiada, con los ojos vidriosos y la mirada gacha, como avergonzada. Luego de unos minutos, la coordinadora le preguntó su nombre y si era nuevo en el hospital. Habló con voz muy baja, quebrada, asustada, lentamente, y sin levantar la mirada, nos contó que estaba diagnosticado recientemente, que estaba muy asustado, no sabía bien qué tenía que hacer y le preocupaba cómo seguir.

Desde la perspectiva biomédica, diagnosticar una enfermedad implica identificarla, explicarla y establecer algún tipo de horizonte cuyos límites extremos son la posibilidad de cura o la muerte. En el caso del Vih-Sida se identifica en el cuerpo la presencia de un virus que designa una categoría específica de individuos –las personas seropositivas- y que actúa a nivel corporal de manera determinada y conocida, pero cuyo horizonte es incierto y sus límites difusos. Al no existir cura, se debe aprender a convivir con la enfermedad y su tratamiento para el resto de la vida.

Los procesos de salud y enfermedad constituyen hechos sociales en el marco de los cuales se conforma la subjetividad de las personas, principalmente a través de la noción de salud como dominio simbólico clave para la propia identificación (Crawford, 1994). La construcción subjetiva de un yo-saludable articula la percepción de un cuerpo saludable biológicamente –en oposición al cuerpo enfermo- y de una identidad metafóricamente saludable definida en términos culturales –opuesta a la construcción de un otro no saludable. El Modelo Médico Hegemónico juega un rol crucial –aunque no determinante en términos absolutos- en los procesos de conformación subjetiva ligados a la identificación con un yo-saludable, en tanto establece los parámetros que determinan en gran parte lo que es un cuerpo sano biológicamente. A su vez, delinea una definición social del yo-saludable que se deriva de su mirada biológica y elabora una serie de indicaciones aplicadas al plano de lo cotidiano –hábitos, estilos de vida- recomendadas para lograr un cuerpo sano: comer ciertos alimentos, realizar ejercicios físicos, no consumir tabaco, etc. Este sistema de recomendaciones opera como un mecanismo de poder referido al propio sujeto que sustenta determinadas modalidades de cuidado de sí⁶ y de intervención sobre el propio yo, y que se concretiza en operaciones y prácticas de autocuidado que los sujetos realizan sobre sí mismos –sobre sus cuerpos, sus pensamientos, sus conductas, sus sentimientos: sus modos de ser y de hacer- con miras a lograr ciertas formas de auto-reconocimiento, de identificación y de constitución subjetiva, en este caso, la identificación con un yo-saludable biológica y socialmente.

No obstante, en términos subjetivos, la representación de un yo-saludable no es mecánica ni absoluta, y en la práctica, las personas se identifican en relación a su salud desde una variedad infinita de posiciones subjetivas. La utilidad del concepto de un yo-saludable para este estudio radica en que permite analizar cómo la aparición de una enfermedad crónica como el Vih-Sida presenta la particularidad de desarticular y modificar a nivel subjetivo la posibilidad previa de gestionar determinada identificación con un yo-saludable de manera irreversible. Este proceso de alteración subjetiva pone en cuestión la imagen que los sujetos tenían de sí mismos y en la que se reconocían habitualmente, demandando

[6] Para Michel Foucault, la noción de *cuidado de sí*, o *prácticas de sí*, remite al “ejercicio de uno sobre sí mismo, mediante el cual intenta elaborarse, transformarse y acceder a cierto modo de ser” (Foucault, 2007:7). Se trata de *tecnologías del yo* en el sentido de formas de poder que emergen de la vida cotidiana y constituyen al sujeto, determinan quién es y lo marcan en su propia individualidad. “(...) Estas prácticas no son, sin embargo, algo que el individuo mismo invente. Se trata de esquemas que encuentra en su cultura y que le son propuestos, sugeridos, impuestos por dicha cultura, su sociedad y su grupo social” (2007:71).

un proceso de reconfiguración subjetiva en el cual deben aprender a convivir con su nueva condición para el resto de sus vidas, trabajando con las nuevas modalidades de cuidado de sí y de intervención sobre el propio yo y el cuerpo que la condición de vivir con Vih-Sida posibilita.

Y con el tiempo... bueno, lo asumí. Obviamente que no es ahhh, viste... es algo que... lo que te jode es que no tenés salud... se te jodió la salud. Tenés que estar siempre atenta, siempre cuidarte, siempre tomar la medicación (Alicia; 50 años de edad, 15 de diagnóstico. Junio de 2011).

En términos subjetivos, la sensación de haber perdido el estado de salud se asocia a la pérdida de control sobre el cuerpo, sobre la vida y sobre el futuro. La necesidad de realizar consultas y estudios médicos frecuentes, la percepción de restricciones que impone la enfermedad, la incertidumbre sobre lo que el virus está haciendo en el cuerpo, el temor a contraer otras enfermedades, los requerimientos de cuidado, los imprevistos, las rutinas de la medicación, son todos elementos que deben articularse en el establecimiento de un nuevo marco de sentido y de identificación como persona seropositiva, dentro del proceso más amplio de reconfiguración subjetiva y reestructuración de la imagen de un yo-saludable. Gran parte de este proceso se basa en la adquisición de conocimientos en contacto con la institución médica sobre cómo funciona la enfermedad en términos biológicos y corporales, cómo se la controla, cómo actúa el tratamiento y cuáles son las formas de cuidar la salud. Estos conocimientos sirven de base para establecer nuevos marcos que orienten la existencia y permitan lograr cierto grado de bienestar y estabilidad que compense las sensaciones de pérdida. Tanto la confianza en el médico como la gradual mejora de los resultados clínicos son factores que van estructurando este proceso.

La médica me dijo las palabras justas. Me dijo, cuando veas que pasa el tiempo y no te pasó nada, vas a andar bien. Y así fue. Al principio es distinto. Tenía un miedo de agarrarme algo... Me tosía alguien al lado y me ponía loca. Recién lo superás cuando te hacés el segundo chequeo, y de a poco te van subiendo las defensas, te vas poniendo bien. Después te das cuenta que no pasa nada, aprendés a convivir con el tema (Sara; 64 años de edad, 12 de diagnóstico. Diciembre de 2011).

La relación que los pacientes establecen con la institución médica está cargada de tensiones y contradicciones. Puede constituirse como un ámbito donde se siente contención, tranquilidad para hablar del tema de manera abierta e informarse o, de manera opuesta, un espacio frío donde falta apoyo integral, y hasta puede percibirse como estigmatizante. Esto dependerá en gran medida de la relación que cada sujeto tenga con su propia enfermedad, con su cuerpo, con su médico y con la institución donde se atiende. En cualquier caso, la institución médica -y el ámbito hospitalario en particular- constituye un espacio donde circulan múltiples representaciones, saberes y prácticas que van modelando las experiencias sensibles y el proceso interpretativo a partir del cual los sujetos van aprendiendo sobre el Vih-Sida, sobre cómo convivir con la enfermedad y cómo rearticular su identificación con el yo-saludable en términos corporales y metafóricos.

SABERES SOBRE EL VIH-SIDA. EL CUERPO MEDICALIZADO

El conocimiento biomédico se sustenta en una interpretación objetiva del cuerpo enfermo y su conocimiento científico. Donna Haraway (1995) plantea que, en la actualidad, la biotecnología construye teorías sobre el cuerpo en términos de "máquinas tecnológicas automatizadas", basadas en el modelo de los sistemas cibernéticos. El estudio de la inmunología ejemplifica la traducción del cuerpo a un objeto de conocimiento planteado como problema de codificación y lectura genética. Estas herramientas juegan un rol decisivo en la reconstrucción de la propia subjetividad corporal y encarnan nuevas relaciones sociales y significados.

Dentro del ámbito biomédico hospitalario, el ingreso al circuito de atención del Vih-Sida se inaugura con la llegada al diagnóstico y la inscripción del sujeto dentro de las categorías de persona seropositiva y paciente del hospital. Posteriormente, el seguimiento de la evolución de la enfermedad se realiza

a partir de las consultas clínicas con un médico infectólogo que monitorea el accionar del virus y de la medicación a nivel corporal, y fundamentalmente inmunológico, en base a la lectura de dos índices; el recuento de CD4 y la carga viral⁷.

La incorporación de la información biomédica sobre el funcionamiento del virus a nivel clínico-corporal y sobre el seguimiento de la enfermedad por parte de las personas infectadas se lleva a cabo de manera gradual, siendo determinante la cantidad de tiempo transcurrida desde que se produjo la infección y la persona va entablando un vínculo con su médico, con su propia enfermedad y con los saberes de la biomedicina. Más allá de las explicaciones biologicistas, en la relación médico-paciente todo este conocimiento se pone en juego de maneras variadas y singulares; se charla, se negocia, se discute, se disiente, se obedece, se confronta, se desafía, se aprende, se pregunta y se vuelve a preguntar.

Con un paciente nuevo, primero charlo, trato de que se tranquilice, de mostrarle que no se va a morir mañana, la gente generalmente está muy angustiada. Entonces primero tratamos de calmar esa angustia. Y bueno, lo revisás, ves si ese mismo día le pedís carga viral y CD4 para que empiece los trámites, pero a veces están tan angustiados que prefiero esperar un poco, para que baje la ansiedad, lo vas charlando, acompañando, respondiendo sus inquietudes (Médica infectóloga, Hospital Tornú. Septiembre de 2011).

Por un lado, para los propios sujetos, el cuerpo como objeto biológico y como sustrato de la experiencia subjetiva no constituyen dominios separados (Good, 1994). El salto que se necesita para que una cantidad de información clínica que en principio no significa más que una acumulación sin sentido de siglas y números, pueda ser decodificada, interpretada, y con el tiempo, puesta en relación con la posible aparición de síntomas, el sentirse mal, el cuerpo como espacio vivido y como parte del sí mismo, se realiza –cuando se realiza- no sin pocas dificultades. Lograr una representación de cómo es el cuerpo por dentro requiere de por sí un gran esfuerzo de abstracción que se complejiza aún más cuando se le debe incorporar la nueva lectura del cuerpo en función de índices y valores que informan sobre la evolución de la enfermedad. Sin embargo, más allá de las explicaciones racionales, para los sujetos el cuerpo enfermo seguirá siendo un espacio desestructurador de su experiencia subjetiva y de su vivencia cotidiana.

Por otro lado,

... el saber biomédico es la representación oficial, en cierta medida, del cuerpo humano de hoy; es el que se enseña en las universidades, el que se utiliza en los laboratorios de investigación, el fundamento de la medicina moderna. Pero como se trata de un elemento de la cultura erudita, es un saber esotérico, que los contemporáneos comparten muy poco (Le Breton, 2008:84).

No obstante, todos los sujetos cuentan siempre con cierto nivel de información sobre cómo funciona el cuerpo en términos biológicos, y una parte de este saber se adquiere en contacto con la institución médica a lo largo de la vida. Pero a su vez, todos los sujetos poseen sobre su cuerpo saberes del sentido común, de la escuela y de los medios de comunicación, que articulan de manera singular y más o menos coherente, pero que muchas veces admite las contradicciones, las creencias y los sentidos erróneos. Simultáneamente, los sujetos cuentan con su experiencia subjetiva y con la información proveniente del cuerpo sentido, vivido, enfermo, y estructuran sus saberes sobre la propia corporalidad recurriendo paralelamente, y en mayor o menor medida, a cada una de estas diferentes referencias (Le Breton, 2008).

[7] Los CD4 son receptores que se encuentran en las células del sistema inmunológico del cuerpo afectadas por el Vih. El virus actúa ingresando a estas células y multiplicándose en su interior hasta que éstas se rompen, liberando gran cantidad de virus en la sangre. La evolución natural de una persona infectada se caracteriza por un progresivo descenso de los niveles de CD4, y un aumento en la cantidad de virus en sangre. En consecuencia, los estudios de recuento de CD4 y el análisis de carga viral, son los indicadores que los médicos utilizan para monitorear la evolución de la enfermedad y controlar la acción de la medicación. Los medicamentos para el Vih-Sida –medicación antirretroviral- actúan frenando la reproducción del virus y permitiendo, en consecuencia, que los CD4 se regeneren y que la carga viral disminuya a niveles indetectables.

Yo ahora estoy con la carga indetectable. Pero bueno, influyen muchas cosas, viste. Si estás deprimido, o cansado, tus defensas están más bajas. Es lógico. Pero vas viendo cómo te sentís, cómo te dan los análisis, lo que te dice el médico. El cuerpo te avisa también, si ves que andás medio medio, o mal de ánimo, o con algún síntoma, te fijás. Si es un resfrío simple, te arreglás, como cualquiera, te tomás algún calmante, un té de limón, te hacés nebulizaciones. Pero si no se te va, tenés que ver al médico” (Alberto; 42 años de edad, 5 de diagnóstico. Junio de 2011).

Las personas construyen “una visión personal del cuerpo y la arman como si fuese un rompecabezas, sin preocuparse por las contradicciones o por la heterogeneidad del saber que toman prestado” (Le Bretón, 2008:88). La forma en que cada sujeto articula los saberes y representaciones que posee sobre su propio cuerpo es siempre única y creativa, y si bien para las personas que viven con Vih-Sida el discurso médico ocupa un lugar particularmente importante, la forma en que este discurso es interpretado, apropiado e incorporado en el proceso de reidentificación con un yo-saludable, varía en función de sus experiencias corporales subjetivas, sus particulares maneras de ser, de hacer, de pensar y de sentir.

MÉDICO Y PACIENTE EN RELACIÓN

Mucho de lo que el sujeto aprende sobre el Vih-Sida en contacto con los saberes, representaciones y prácticas biomédicas se pone en juego en el espacio particular de la consulta médica. La relación médico-paciente es inherentemente asimétrica y conflictiva en tanto está atravesada por las tensiones intrínsecas que se derivan de la distribución diferencial de conocimiento, y es una relación que se construye en base al desafío permanente de entendimiento mutuo. En relación al Vih-Sida, por un lado, la información que requiere ser puesta en juego en el espacio de la consulta médica es de una complejidad considerable, y por el otro, es una enfermedad cargada de conceptos e ideas erróneas, temores, angustias, ansiedades y miedos que deben ser manejados por parte del personal médico, sobre todo en los primeros encuentros. Desde el punto de vista de los pacientes, las búsquedas de sentido para sí mismos sobre la enfermedad tienen un fuerte peso del discurso explicativo clínico terapéutico y los relatos suelen estructurarse fuertemente mediatizados por la lectura médica.

Desde que me enteré, me miro al espejo y me imagino el virus adentro, avanzando por la sangre. Y aparte tengo los ganglios terriblemente inflamados, lo siento cuando me toco, me duelen. La médica me dice que estoy bien, pero qué sé yo. A mí me preocupa mucho que se me note la enfermedad, llegar a verme mal, chupado, demacrado, que la gente me mire...” (Lucas, s/d. Registro de campo. Septiembre de 2011).

Este testimonio da cuenta de cómo la enfermedad se siente en términos corporales y se conceptualiza simultáneamente como la acción de un virus que está dentro del cuerpo, lo invade como agente externo y tiene su propia agencia, es percibido como un otro que actúa al interior de la propia corporalidad, la desestructura, la ocupa, la ataca, retrocede, avanza, amenaza con dejarse ver: un virus al que es necesario combatir mediante la vigilancia y la acción sobre el propio cuerpo. En este sentido es que la medicina actúa como poder sobre la vida –o biopoder⁸– funcionando como un dispositivo de saberes y prácticas que ejerce control sobre los cuerpos.

[8] En Historia de la Sexualidad I. La voluntad del saber, Foucault (2008) dirá que el poder sobre la vida –el biopoder– se desarrolló bajo dos modalidades principales. Por un lado, el poder enfocado en el cuerpo como máquina que se pretende adiestrar para volverlo dócil, aumentar sus fuerzas e integrarlo en “sistemas de control eficaces y económicos”, todo ello “asegurado por procedimientos de poder característicos de las disciplinas: anatomopolítica del cuerpo humano” (2008:131). Se trata del control del cuerpo-máquina a través de dispositivos disciplinarios como la escuela, el hospital o la medicina. Por otro lado, se encuentra el poder como regulación de la población (la natalidad, la morbilidad, la mortalidad, los niveles de salud) a través de dispositivos de conocimiento como la epidemiología y dispositivos de intervención como las políticas sociales en general y las de salud en particular.

Algunos de los pacientes que conocí manejan niveles sorprendentes de información y conocimientos médicos sobre el Vih-Sida. Se preocupan, se informan, buscan materiales, interpretan sus análisis, discuten con los médicos, investigan, leen los prospectos de los medicamentos, aprenden. Otros -la mayoría- aprenden principalmente en sus intercambios con los médicos, con otros pacientes del hospital y a través de los medios de comunicación. En cualquier caso, todos los sujetos entrevistados poseen cierto grado de conocimiento objetivado sobre el diagnóstico de la enfermedad, su funcionamiento y evolución, su monitoreo, la posible aparición de síntomas, la acción del tratamiento antirretroviral y el significado de los índices de carga viral y CD4, que organizan en relatos que denotan una apropiación progresiva y gradual de las nociones y prescripciones médico clínicas.

Yo tomo 4 pastillas a la mañana y 4 a la noche, son varias. Y bueno los CD4 me subieron, tenía 200 cuando arranqué y creo que a los 6 meses ya tenía ehh... 600. Y después 800. Cada 3 meses me saca sangre y me hacen la carga viral y el CD4. Y ahora estoy bien. Lo tengo, ehh... indetectable. ¿Cómo es que te dicen? Eehh... Indetectable es la palabra, negatizado, cuando tenés de 0.50 para abajo. Y bueno, y de carga viral tenía... 4800 tenía, cuando estuve mal. Ahora tengo cero. Me hicieron re bien los medicamentos (Marcelo; 51 años de edad, 23 de diagnóstico. Julio de 2011).

La incorporación de estos saberes va de la mano con el proceso de aprender a conocer un cuerpo diferente, o una nueva lectura del mismo que lo interpreta en clave numérica, clasificatoria y clínica. Este proceso de objetivación y conocimiento de un nuevo cuerpo en base al cual se reestructura la identificación subjetiva del yo-saludable se inicia en los primeros contactos con los médicos, con la nueva información y con el cúmulo de recomendaciones clínicas de control, vigilancia y cuidado de la salud. Pero no obstante, la lectura biomédica se fundamenta como la base interpretativa sobre la cual se pueden articular e incorporar otras lecturas posibles, fundamentalmente la información que proviene de la experiencia vivida y sentida de la propia corporalidad. En este sentido, las prescripciones médicas no siempre se consolidan y dominan el accionar de los sujetos, y las recomendaciones propuestas por la biomedicina sobre el cuidado, control y vigilancia del cuerpo y la salud muchas veces producen conflictos, desarticulaciones o desobediencias que tensionan la relación médico-paciente.

EL MODELO MÉDICO HEGEMÓNICO Y LA AUTOATENCIÓN

Si bien para la mayoría de las personas que viven con el virus la lectura y las explicaciones biomédicas sobre la enfermedad son significativas, la necesidad de una contención más amplia que permita reencontrarse con el cuerpo vivido y reconfigurar en términos integrales la identificación con el yo-saludable, es a menudo referida. Muchas personas seropositivas recurren a modalidades de atención variadas (grupos de autoayuda, de meditación, medicina homeopática, entre otros) para elaborar marcos de sentido que orienten el proceso de aprender a convivir con la enfermedad desde miradas más integrales.

A mí me ayudó mucho la terapia que yo hice, con el tema de los masajes. Me ayudó mucho a entender al ser humano. Tener otra mirada, aceptar al hombre tal cual es, al cuerpo tal cual es... sin ropa, sin nada. Yo trabajaba dos partes, la parte corporal y la parte emocional. Yo veía la esencia del hombre. Cada persona era única, la técnica era una devoción hacia el ser humano. Todos los tabúes te tenés que sacar. Todo eso a mí me hizo tomar una postura frente al Hiv (Darío; 40 años de edad, 8 de diagnóstico. Julio de 2011).

Asimismo, aunque en la práctica la relación médico-paciente siempre es mucho más humanizada y flexible que los modelos hegemónicos que la sustentan, los tiempos de la consulta suelen ser insuficientes y la necesidad de contención muchas veces los rebasa.

Tanta demanda tiene la médica, que vos ya no le podés traer problemas externos, ya es como que... yo, antes me ayudaba, le contaba. Y ahora las últimas veces medio que... entonces ya está, hablo lo justo y necesario (Marcelo; 51 años de edad, 23 de diagnóstico. Junio de 2011).

Lo cierto es que la práctica médica ancla en las características del modelo hegemónico que la contiene y, en el caso de la atención hospitalaria, también está inevitablemente influida por los contextos institucionales en que se inserta, y según lo constatado en campo, las modalidades de atención que se manejan en un hospital público se dirimen entre la escasa cantidad de recursos, tiempos y espacios disponibles, y la cantidad creciente de pacientes.

Muchos pacientes tienen relaciones muy positivas y valoradas con sus médicos, pero otros no establecen buenos vínculos y sienten molestia ante la autoridad médica y las indicaciones de tratamiento y cuidado. Algunos buscan desafiar la autoridad médica ocultando información, mintiendo, tomando decisiones autónomas o generando incomodidades al interior del consultorio.

A mí me salvó mi médica. Ella me hizo tomar conciencia. Porque yo creo que... que me hubiese dejado morir. Ella me habló, me dio un sacudón y me dijo 'vos no te vas a morir de esto'. Yo le agradezco mucho a ella siempre (Alicia; 50 años de edad, 15 de diagnóstico. Junio de 2011).

A veces te mienten los pacientes. Después cuando ves la historia clínica te das cuenta. Aparte, aunque nos mientan, nosotros vamos a saber si está tomando bien la medicación, porque salta en los análisis" (Médica infectóloga, Hospital Tornú. Registro de campo. Abril de 2012)

Las tensiones que presenta el Modelo Médico Hegemónico se manifiestan también en la contradictoria relación que éste establece con el complejo del autocuidado (Menéndez, 2004). En tanto modelo de tratamiento médico, la lógica del autocuidado se basa en la delegación del cuidado de la propia salud –cumplimiento del tratamiento y adopción de estilos de vida determinados que el conocimiento médico considera deseables– a las personas que viven con la enfermedad, en tanto el médico queda a cargo de controlar aquellos aspectos invisibles para el sujeto que ocurren al interior del cuerpo a nivel sanguíneo u orgánico. La delegación que supone el modelo del autocuidado es estimulada por la medicina sobre todo en la atención de las enfermedades crónicas, pero lo cierto es que en la práctica, termina funcionando más como un mandato que autoriza a que se responsabilice a los propios sujetos del curso que siga su enfermedad.

A mí siempre mi médica me decía que soy el paciente modelo, porque hacía todo bien, al pie de la letra. Me cuidaba, tomaba todo a horario, todo, todo, nunca salteaba nada. Y ahora con esto de que me acabo de separar, que ando medio deprimido, este mes me salteé las pastillas varias veces. Y mirá que yo las tomaba perfecto. Y ahora cuando la vea le voy a tener que decir que vengo más o menos, y eso me... aparte me va a salir en el análisis seguro. Pero bueno, es una etapa (Ricardo; s/d. Registro de campo, mayo de 2012).

Las prescripciones médicas en este sentido, actúan como tecnologías del yo (Foucault, 1995) que a partir de la lógica del autocuidado –o cuidado de sí– le indican a los sujetos no sólo que adhieran al tratamiento, sino que adopten estilos de vida saludables y ordenados; principalmente horarios diarios estipulados, ejercicio físico, atención sobre el propio cuerpo, alimentación sana, no consumo de tabaco, drogas ilegales o alcohol, entre otros. La estrategia terapéutica del cuidado de sí pretende extenderse hacia el dominio de la cotidianidad (Epele, 1997) imponiéndole ciertos ritmos, condiciones y controles que se fundamentan en el conocimiento médico científico. Ahora bien, la lógica de lo científico racional no es coincidente con la lógica de lo cotidiano y del sentido común, y menos aún con la lógica subjetiva de las personas, y en tanto el conocimiento biomédico continúe avanzando sin considerar este hecho, a nivel de la práctica las contradicciones seguirán siendo inevitables.

En el caso particular del Vih-Sida, es interesante destacar que la supuesta dependencia de los pacientes respecto de la autoridad de la biomedicina se ve en muchos casos reducida ante las limitaciones que existen actualmente en cuanto a su atención: las dificultades inherentes al tratamiento (la posibilidad de que no logre los resultados esperados, la exigencia de rígidos horarios estipulados para su toma, los efectos adversos que pueden producir, entre otros) y la inexistencia de una cura definitiva (Pecheny, et. al., 2002).

Empecé con la medicación hace unos años. Y el primer mes negativicé el virus, en seguida. Estaba contento. Nunca había tenido problemas de salud, nunca me internaron, nada. Entonces empecé a ver que los medicamentos no me estaban haciendo bien. Notaba mucha fatiga, sentía que estaba como perdido, mareado, como que no vivía el día a día, como que no hacía nada. Y en ese momento empecé con otras actividades, me empecé a cuidar de otras formas, me alimentaba bien. Y los medicamentos los dejé, por decisión propia, no le consulté al médico ni nada. Y anduve muy bien (Darío; 40 años de edad, 8 de diagnóstico. Julio de 2011),

Generalmente, los médicos son conscientes de estas limitaciones, y en función de la relación que tengan con cada paciente, manejan hasta qué punto delegan responsabilidades y hasta qué punto intentan influir sobre las decisiones de sus pacientes. Muchas veces, ante situaciones en que su autoridad no logra imponerse por sí sola, los médicos recurren a diferentes estrategias persuasivas (Recoder, 2001) con miras a convencer al paciente sobre la conveniencia de seguir sus consejos y lograr una buena adherencia.

A veces hay que insistirle al paciente que busque la manera de tolerar la medicación, de cambiar el momento que lo toma si le produce cansancio, o de manejarlo con dieta si le produce diarrea, para tratar de no suspenderlo, porque después nos quedan pocas opciones. Hay que hacerles entender que esto es la prevención de males mayores (Médica infectóloga, Hospital Tornú. Octubre de 2011).

A nivel del modelo de la autoatención (Menéndez, 2004) es donde se articulan las diversas modalidades de atención a los padecimientos a los cuales los sujetos recurren para aliviar sus malestares y lograr reestructurar su representación subjetiva de un yo-saludable, pudiendo tomar ciertas indicaciones biomédicas, abandonar otras o recurrir a prácticas tradicionales o alternativas, elaborando un marco de referencia singular para atender a su salud. Incluso en situaciones que supuestamente están en relación de fuerte contradicción con el discurso biomédico, como el uso de drogas ilegales y el consumo de alcohol, los pacientes articulan modalidades reflexivas de autoatención y autocuidado gestionando el manejo de su enfermedad y la adherencia al tratamiento indicado por el médico.

Cuando vos consumís, tenés que aprender a vivir con las drogas y con el Hiv. Yo cuando charlo con gente usuaria no es que me pongo en la posición del médico, de decirle que no consuma más. Entonces le digo, si vas a consumir, cuidate igual, usá preservativo. Tratá de tomar menos cocaína y fumar más marihuana. Y tomá la medicación igual. Yo hacía eso, yo sé lo que es. Lo mejor probablemente sea dejar de consumir, pero no siempre se puede. Y no siempre se quiere, eso es una realidad también” (Gabriela; 35 años de edad, 10 de diagnóstico. Octubre de 2012).

Me cuesta. Me dan ganas de salir, de andar de joda. Pero elijo cuidarme. Entonces trato de tomar con moderación. Antes tomaba mucho alcohol, ahora tomo menos. Igual, el día que tomo, tomo. Pero tomo cada 15 o 20 días. Y sé que es malísimo con todo esto. No corta el tratamiento, eh. Igual, si es por el médico, te dice que dejes de tomar. Pero bueno. Eh... no corta el tratamiento pero sí es malísimo para el cuerpo. Y te afecta bastante, al menos a mí. Me afecta las piernas, me quedo 2 o 3 días que no me puedo ni mover. Pero bueno, cuando tomo, si quedo consciente y me acuerdo, tomo la medicación igual. Siempre hay que tratar de tomarla. Y lo trato de ir regulando, vas aprendiendo cómo te pega” (Marcelo; 51 años de edad, 23 de diagnóstico. Julio de 2011).

Desde la óptica subjetiva de las personas que viven con el virus, cada sujeto desarrollará esquemas de atención al Vih-Sida donde las prescripciones biomédicas tendrán un peso relativo, mayor para algunos y menor para otros, dependiendo de cuán efectivas le resulten sus recomendaciones para alcanzar el único objetivo que importa; sentirse bien. Lo que cada sujeto entienda por sentirse bien es siempre la singular percepción en la que articula cómo se siente con su propio cuerpo, cómo se identifica con la representación de un yo-saludable y cómo se percibe a sí mismo en términos subjetivos, sin importar el nivel de contradicción que pueda existir entre las distintas prácticas que adopte.

SUBJETIVIDADES COMPLEJAS

En las trayectorias que van recorriendo dentro del ámbito médico institucional a partir del momento que llegan al diagnóstico, las personas que viven con Vih-Sida van adquiriendo gradualmente una cantidad significativa de conocimientos y prácticas que irán conformando una nueva red de disposiciones incorporadas para guiar tanto las acciones y las modalidades de gestión de la enfermedad dentro del espacio hospitalario, como los procesos a partir de los cuales van aprendiendo a convivir con la enfermedad y reconfigurando su identificación subjetiva con un yo-saludable a nivel corporal y metafórico. La mirada desde el lado del poder (ya sea en términos de las relaciones de hegemonía que sustentan al Modelo Médico Hegemónico, del biopoder de la medicina sobre los cuerpos o del poder entendido como tecnologías del yo), brinda el sustento teórico para analizar a nivel del trabajo de campo las formas en que los sujetos son construidos desde las formaciones socioculturales e institucionales que lo definen y lo contienen, en particular, la institución médico-hospitalaria. En este sentido, los testimonios de las personas infectadas denotan una apropiación de las categorías, las prescripciones y los marcos explicativos dominantes que el conocimiento biomédico impone. La idea de la salud perdida y del cuerpo como espacio invadido por un virus, la detección de síntomas ante la atenta vigilancia corporal, la percepción de un mandato abstencionista en cuanto al consumo de drogas ilegales y alcohol, la incorporación de las nociones de CD4 y carga viral y la importancia otorgada a estos índices, la imagen del paciente modelo cumplidor del tratamiento, son todos ejemplos de las modalidades en que el poder de la medicina se manifiesta en términos concretos.

Este estudio pretendió dar cuenta de la existencia de procesos reflexivos y formas particulares en que las personas que viven con Vih-Sida manejan su condición en relación con las modalidades dominantes de atención biomédica. Ya sea jerarquizando las sensaciones del propio cuerpo vivido como justificación para el abandono del tratamiento indicado por el médico, tomando decisiones de este tipo de manera autónoma sin consultarle, ocultándole información, priorizando modalidades de autocuidado basadas en la alimentación, elaborando esquemas de regulación al consumo de alcohol o de drogas ilegales de manera combinada con el consumo de la medicación prescrita, acomodando estratégicamente la propia valoración como sujeto consumidor de drogas ilegales o alcohol a la luz de las imágenes dominantes abstencionistas, o acudiendo por fuera del hospital a terapias alternativas como masajes que articulen visiones más integrales de la corporalidad: todas estas prácticas forman parte del proceso más amplio de autoatención. Al interior de las instituciones, en su diálogo con discursos médicos dominantes, en sus representaciones sobre lo saludable, en sus formas de atender su salud, de cuidarse, de percibir su propio cuerpo, etc., los sujetos establecen modalidades particulares de hacer,

pensar, sentir y relacionarse. Por lo tanto, el aporte de la perspectiva de la subjetividad al estudio de los procesos de salud-enfermedad-atención radica en que permite desplegar a nivel etnográfico una mirada que considera la esfera de los deseos, reapropiaciones, interpretaciones, estrategias, valoraciones, acomodados y reelaboraciones de los sentidos y prácticas dominantes que los sujetos incorporan de manera particular.

En este marco, la perspectiva biomédica no debiera dejar librada a la sensibilidad particular de cada médico en su práctica concreta la consideración de los aspectos más amplios y subjetivos que influyen en las decisiones que las personas toman sobre sus procesos de salud-enfermedad, sino que debiera incorporar en su modelo de conocimiento la reflexión sistemática sobre cómo actúan los procesos de autoatención, no sólo porque esto facilitaría el desarrollo de vínculos más horizontales entre médicos y pacientes, sino también –y sobre todo– porque las modalidades de autoatención a partir de las cuales los sujetos en tanto agentes construyen sus propias representaciones y prácticas de cuidado y atención a la salud podrán ser como mucho cuestionadas, pero no eliminadas (Menéndez, 2004). Si bien desde la mirada biomédica los sujetos se equivocan, toman decisiones erróneas sobre el cuidado de su salud o usan “incorrectamente” los medicamentos, también aprenden, incorporan saberes, resignifican, deciden y elaboran sus propias acciones de autoatención más allá de las intenciones del modelo biomédico.

BIBLIOGRAFÍA

CABRERA, Paula. 2013. *Antropología de la subjetividad: habitus, modos de subjetivación, rituales, alquimias corporales y relaciones sociales*. OPFYL. Facultad de Filosofía y Letras, UBA. (en prensa).

CRAWFORD, Robert. 1994. “The boundaries of the self and the unhealthy other: Reflections on health, culture and aids”. *Social Science and Medicine*. Vol. 38. pp. 1347 a 1365.

CSORDAS, Thomas. 1994 *The sacred self: a cultural phenomenology of charismatic healing*. Los Angeles. University of California Press.

EPELE, Maria. 1997. *La lógica del (auto) cuidado y sus consecuencias en la institucionalización médica del VIH-Sida*. Actas del V Congreso Argentino de Antropología Social. La Plata. Disponible en: <http://www.naya.org.ar/congresos/contenido/laplata/LP2/26.htm> (15 de Marzo de 2013).

FOUCAULT, Michel. 1995. *Tecnologías del yo*. Barcelona. Ed. Paidós Ibérica.

FOUCAULT, Michel. 2007. “La ética del cuidado de sí como práctica de la libertad”. En: Michel Foucault *Sexualidad y poder (y otros textos)*. Barcelona: Ediciones Folio.

FOUCAULT, Michel. 2008. *Historia de la sexualidad 1: la voluntad de saber*. Buenos Aires. Siglo XXI Editores Argentina.

GOOD, Byron. 1994. “El cuerpo, la experiencia del padecimiento y el mundo de vida: un enfoque fenomenológico del dolor crónico”. En: *Medicine, rationality and experience. An anthropological perspective* (Cap 5). Cambridge: Cambridge University Press. Traducción Blanca Carozzi, Facultad de Filosofía y Letras (UBA) Buenos Aires.

HARAWAY, Donna. 1995. *Ciencia, cyborgs y mujeres. La reivindicación de la naturaleza*. Madrid. Ediciones Cátedra.

LE BRETON, David. 2008. *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires. Nueva Visión.

MENÉNDEZ, Eduardo. 1990. *Morir de alcohol*. México: Alianza.

MENÉNDEZ, Eduardo. 1994. “La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional?”. *Alteridades*. Vol 4. pp. 71 a 83.

MENÉNDEZ, Eduardo. 2004 “Modelos de atención a los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas”. En: Spinelli, Hugo (comp.) *Salud colectiva. Cultura, instituciones y subjetividad. Epidemiología, gestión y políticas*. Buenos Aires. Lugar Editorial. pp. 11 a 47.

ORTNER, Sherry. 2005. "Geertz, subjetividad y conciencia posmoderna". *Etnografías contemporáneas* Vol 1. pp. 25 a 53.

PECHENY, Mario; MANZELLI, Hernán y JONES, Daniel. 2002. *Vida cotidiana con VIH/SIDA y/o Hepatitis C. Diagnóstico, tratamiento y proceso de expertización*. Buenos Aires. CEDES, Serie Seminario Salud y Política Pública.

■ RECODER, María Laura. 2001. *El problema médico de la adherencia, 'contrato terapéutico' y participación en la atención a personas que viven con VIH-SIDA*. Cuadernos de Antropología Social. Disponible en: http://ica.institutos.filo.uba.ar/seanso/?mod=num_13 (12 de Abril de 2013).

RODRÍGUEZ, Natalia. 2010. "Procesos de resignificación a partir del diagnóstico de VIH/SIDA". En: Hidalgo Cecilia (Comp.) *Etnografías de la muerte. Rituales, desapariciones, VIH/SIDA y resignificación de la vida*. Buenos Aires: Ediciones CICCUS.