

Desde la epifanía de Otr@s a un nuevo Trato Terapéutico. Nuestra tentativa, las Narrativas Etno-Médicas

From the epiphany of others to a new Therapeutic Treatment. Our attempt,
the Ethno-Medical Narratives

Nancy Ahumada ¹
Ana Cares ¹
Carolina Mancilla ¹
Josefina Mandiola ¹
Juan Osorio ¹
Héctor Pefaur ¹
Marisol Perez ¹
Paola Ramirez ¹
Gloria Riquelme ¹

*Has pensado de qué color
Es el Abril de los enfermos?
(El Libro de las Preguntas. P. Neruda)*

La propuesta de visibilizar las narrativas de personas portadoras de Enfermedades Crónicas que nos hablen de las sabidurías construidas en el despliegue de la trama humana de cuidar(se), junto con revelar las escenas que hacen a la formación y maduración de las mismas en su carrera de Enferm@s, nos ayuda a situar el momento esencial de Narrar como proceso de readecuación identitaria -en y por la convivencia- y de transformación de la Relación Terapéutica. (RT)

Las Narrativas traen a mano todo un mundo de significados, representaciones, preferencias, necesidades y deseos. Pero por sobretodo nos trae a un Otr@ cuya epifanía obtiene validez en el decir-oír colectivo y su legitimidad emana de la ética del cuidar.

Las Narrativas escenifican un teatro donde también l@s agentes sanitari@s repasamos nuestra actuación². Revisamos el libreto de lo que decimos hacer y lo ponemos en el espejo - las narrativas de nuestr@s pacientes- de lo que hacemos.

Las Narrativas, como ontología y epistemología, contienen derivas de validación que buscan la correspondencia de los procesos formales de actuación profesional con el respeto de los momentos madurativos de una otra Relación Terapéutica.

ALGUNOS A PRIORI

1.- Nuestro análisis de la participación ciudadana en salud parte por revisar su impronta en la situación actual de la Relación Terapéutica (RT) y desde los espacios y tiempos públicos en que se desenvuelve

Recibido el 30 de julio de 2018. Aceptado el 04 de octubre de 2018.

1 Equipo Escuela Auto-Cuidado de Pares Cefsam Bellavista. Correspondencia a: escuidadoscronicosbellavista@gmail.com

2 Identificamos los espacios y tiempos de los servicios sanitarios, incluidas las consultas profesionales, como Espacio Público, en el que se puede construir opinión pública. Nuestro Que Olvidado Estaba el Otr@ narra, en las escenas referidas a la Relación Terapéutica, las dificultades que enfrenta la constitución de lo Público. La "acción dramaturgica" (1) de lo público, los actores (pacientes y sanadores) buscan entenderse sobre una situación de acción para poder coordinar de común acuerdo sus planes de acción y con ello sus acciones. El Lenguaje ocupa, un sitio prominente y su carencia o asimetría en el dominio público, amenaza con su conclusión o el cierre de la escena. En nuestra experiencia y en las narrativas de pacientes el imperativo bio-médico de eficacia se despliega acaparando no pocas veces, los turnos de la palabra y confinando a pacientes a expresiones monosilábicas.

la misma. No arrancamos de espacios públicos externos al “momento clínico”. Nos interesa levantar las escenas de las micro-historias que dan cuenta de cuánto y qué sabemos de la intimidad de los procesos de comunicación diagnóstica y terapéutica? Fundamentos relevantes en la constitución de la relación clínica, para enfermedades (ECNT) donde la perspectiva de éxito en su tratamiento queda cifrada en la voluntad de nuestro@s pacientes y hasta hoy, en las tácticas de regulación y control de sus estilos de vida

2.- En un sentido estricto no hemos partido de las Enfermedades (Crónicas No transmisibles, para este caso), ni de la crisis epidemiológica ni de las profundas transformaciones de la estructura demográfica que dinamizan negativamente el cuadro sanitario nacional y mundial. No desconocemos su importancia, sólo que no creemos que su transformación atañe centralmente a un sector que no es “responsable” sino del 15% de las componentes del estado de Salud³.

3.-Fundamos nuestra tentativa etno-médica en el contexto de dilemas que interrogan las relaciones de poder en el conjunto de la sociedad - no constreñida a una discusión en los lindes del sistema sanitario- y que constituyen centralmente una discusión política sobre la residencia de la soberanía de los cuerpos (y su administración) y de la salud comunitaria: la oposición de pacientes y algún sector de profesionales a la violencia obstétrica, la defensoría por organizaciones gays y transgénero del derecho de las personas a decidir sobre su cuerpo y a una atención sanitaria no sexista, la lucha por co-gestión sanitaria etno-cultural en salud, la discusión sobre eutanasia, la creciente problematización de la medicalización y los intereses corporativos que

la promueven, la lucha activa de mujeres contra feminicidios, la misoginia, la objetivación sexual⁴ y dominación patriarcal de sus cuerpos, artes, oficios, estudios, trabajos, de sus libertades..., la demanda creciente por una educación no sexista -entre otros- son hitos que hacen a *una otra* concepción de seres humanos y relaciones sociales⁵ y estructurales, al tiempo que revelan la pugna por una resolución basada en enfoques de derechos de personas, géneros, comunidades, culturas y sub-culturas y que también busca incidir al interior del espacio público de la Relación Terapéutica - caracterizada por su asimetría de poder-, antes de que procesos devaluativos cierren su posibilidad (v.gr desde una punta del espectro, los casos de notoriedad pública de agresiones y violencias contra agentes sanitarios y, desde la otra punta, regresiones de derechos vinculadas a decisiones políticas basada en fundamentalismos valórico-religiosos, como es el caso del fallido protocolo de objeción de conciencia a la Ley de Aborto en tres causales).

4.- El “aire clínico” en la RT está racionado toda vez que no se cuestiona el impacto que tiene la posición “olvidada del Otr@” en el diseño y praxis modelísticas de los servicios sanitarios. La “ceguera del verticalismo” constriñe sus diseños al paradigma biomédico y es notoria la ansiedad anti-crisis tras los resultados de eficacia que no revierten los “números”. Las pretensiones de los discursos sanitarios acerca de la “adherencia terapéutica solo conducen a lógicas de disciplinamiento que asfixian la RT. Las tácticas de “negociación con los pacientes” lo son sobre las condiciones en que se aceptarán los criterios de eficacia y posponen indefinidamente el diálogo sobre las condiciones mismas del tratamiento (5).

3 “Un mensaje importante es que las inversiones en los sistemas de protección social son tan importantes, si no más, para la salud de nuestra nación como el gasto en salud. La buena salud tiende a comenzar en nuestras comunidades, no en las oficinas de nuestro doctor. Nuestras mejores estimaciones de la Organización Mundial de la Salud es que sólo el 15 por ciento de lo que nos mantiene sanos tiene que ver con la asistencia sanitaria, el resto tiene que ver con nuestro entorno social y económico... estrategias de inversión inteligentes en torno a la vivienda, los empleos y los alimentos, no sólo pueden ofrecer un retorno de la inversión, sino que aportan sustanciales beneficios de salud...”(2).

4 La objetivación sexual se caracteriza por la definición de una persona por sus partes o funciones sexuales, al separarlas del resto de su personalidad. De esta forma, se las aísla del todo y se las reduce a instrumentos que logran representar al sujeto dominado. (3).

5 La aportación específica de la antropología médica y el feminismo ha sido mostrar las ventajas de tener en cuenta la diversidad cultural y los riesgos de hacer uniforme y universal la realidad de las mujeres; peligros en los que caen fácilmente algunos discursos con una clara hegemonía dentro de la salud, como los que provienen del campo de la medicina y la psicología. Will Courtenay argumenta que la salud de los hombres está también de alguna manera naturalizada e invisibilizada, ya que sus especificidades no están suficientemente estudiadas ni explicadas y se toman como naturales e inevitables. Este autor defiende que sólo una perspectiva constructivista, relacional y feminista de la salud nos permitirá entender que la mayor mortalidad o siniestralidad de los hombres, o el que éstos acudan menos a centros de atención primaria, por citar algunos ejemplos, tienen que ver con unas concepciones y comportamientos concretos respecto a la salud, asociados a la forma en que los hombres se construyen como tales y se presentan socialmente como dominantes. (4).

5.-La visibilización de Otr@s, no la creemos vinculada a procesos de “empoderamiento”⁶ donde alguien que tiene poder (medicalizado) cede parte del mismo a quien no lo posee (poblaciones de pacientes). A partir del cuestionamiento del status de asimetría de la Relación Terapéutica, identificamos las fases evolutivas de apoderamiento que devuelvan la soberanía del cuerpo a las personas mediante un nuevo trato público en el ámbito de la salud.

6.-Como nos ha enseñado la Historia social de otros grupos, colectivos y comunidades oprimidas (mujeres, pueblos ancestrales, niñ@s trabajadores, colectivos LGBT, inmigrantes, agrupaciones de DDHH y de personas dañadas por estados de excepción y guerra) se hace imprescindible una fase de autoafirmación identitaria.

7.- Este es el momento que vivimos: La primaria fase de autoafirmación. Las/os “pacientes” empiezan a dejar de ser tales para jugar un papel liberador en todos los ámbitos que hacen a su salud.

8.- Internamente, l@s trabajador@s sanitarios tendremos que iniciar un proceso de autocrítica sobre nuestra praxis constreñida por las lógicas burocráticas biomédicas. Poner entre paréntesis y de-construir nuestro *habitus*⁷ internalizado y ganar, junto con nuestro@s pacientes, los espacios y tiempos humanizadores que hagan de la RT la instancia central del diálogo por el nuevo trato.

EN EL CAMINO HACIA UN NUEVO TRATO: LA CONSTRUCCIÓN BIOGRÁFICA DE PERCEPCIÓN DE EFICACIA EN EL AUTO-CUIDADO

1.- Con Que olvidad@ estaba el Otr@ (ver Anexo) – Intervención etno-médica de trabajador@s sanitarios de Cesfam Bellavista, SSMSO. 2014 a 2016- concebimos la realidad sanitaria y

la construcción de la relación terapéutica como una fundada en las Narrativas. La atribución de significados por pacientes junto con levantar la escena clínica, acusar la discrecionalidad diagnóstica y la realidad impositiva de los regímenes terapéuticos, nos hablan de una sabiduría y mundos simbólicos (con más que evidente repercusión en la “real” realidad) que están a la base de las estrategias de los pacientes por redefinir el conjunto de identidades interrogadas por el acontecimiento de enfermar. (Desde la visibilización de los enfermos al acuerdo terapéutico) (8).

2.- Terapeutas y pacientes habitamos- a pesar de nuestra creencia “universalista”⁸- mundos culturales, vivenciales, simbólicos y lingüísticos distintos y a veces radicalmente⁹. Poner en escena las narraciones es- además de un ejercicio de derechos- una necesidad epistemológica inaplazable: reponer la biografía como fundamento que verifique una RT basada en acuerdos, sin actores mudos ni clausuras operacionales cognitivas.

3.- La auto-percepción de eficacia¹⁰ (10) la derivamos centralmente de los procesos de autoafirmación identitaria y de simetrización de la RT. No la queremos ni creemos un producto pasivo de la deriva personal (creencias y percepciones sobre salud y enfermedad) ni de los Determinantes Sociales de la Salud, pues rigidizan las alternativas de cambio e intervención que buscan hacer de la RT una praxis social, lugar donde obtienen sentido las narrativas de sus actores. .

4.- La RT ahuyenta este proceso biográfico de construcción de sentido cuando: a) no recibe a la Otridad , toda vez que el terapeuta acapara los turnos del habla (monopolo de la palabra); 2) No ex -pone el rostro (Levinás), la discrecionalidad terapéutica opera como una técnica, que estandariza sujetos y tratamientos; c) la” rotativa” de terapeutas en la APS le quita piso a la *historicidad*

6 Empoderar se refiere a alguien que por sus propias razones y con sus propios medios y fines, decide dotar a otra persona de algo que quien dota posee y quien es dotado no posee, estableciendo así una relación en donde una parte es activa e independiente y la otra pasiva y dependiente. Esta es frecuentemente la interpretación de empowerment que se hace en los discursos oficiales que perpetúan la relación de dominio sobre la población, cosa contraria a la intención de apoderar en donde el sujeto se dota y recupera lo que es y era suyo en primera instancia (6).

7 Habitus, es un principio estructurado, es decir, un conjunto de aprendizajes que fueron internalizados por el agente y ordenados en la forma de un esquema (schème) organizador de sus prácticas, que es lo que le confiere coherencia a la actividad perceptiva del individuo; y por otra un principio estructurante que se manifiesta en modalidades también coherentes de apropiación del mundo y sus objetos (7).

8 La búsqueda del lenguaje ideal, o simplemente mejor, está condenada al fracaso, ya que tales discusiones no son, de hecho, lingüísticas, sino políticas. Son acerca de las visiones del mundo preferidas, dejando para siempre a algunas personas afuera.

9 Perfil socioeconómico del estudiante de medicina del primer año de la Universidad de Chile. Año 2009 Conclusión: El perfil presunto de estos futuros egresados no augura una buena identificación con los datos sociodemográficos de la población chilena y, por otra parte, no satisface los propósitos de equidad en la Educación Superior que tendría que reflejar la primera Universidad del Estado, por su misión nacional. (11).

10 Auto-eficacia percibida, se refiere a la creencia que tiene una persona de poseer las capacidades para desempeñar las acciones necesarias que le permitan obtener los resultados deseados.

de actores conocidos en la escena clínica; d) la ausencia de tiempo -en agendas comprimidas y asfixiadas por criterios de costo-beneficio- para el diálogo y el acuerdo-compromiso terapéutico.

5. En nuestra Escuela de Auto-Cuidado de Pares, la propia *performance* del decir coloca a narrador/a en la nueva realidad de un cuerpo narrado-narrante, situado por su propia y soberana manera de decir-se en las escenas clínicas públicas¹¹ y personales.

Arrancamos de esta praxis el surgimiento de la *construcción biográfica de la percepción de eficacia*. En el decir-oír acompañado se construye un mundo material, vivencial, histórico y epistemológico que valida, compara, crítica, descarta, crea e imagina nuevas formas de hacer-se en la carrera de enferm@, al tiempo que problematiza la realidad y su necesidad de cambios. Nace desde la reflexión del malestar (el estar enfermo) la dimensión política de cuerpos descantes de un nuevo trato y realidad.

6.-Nuestra Escuela de Autocuidado en Salud- organización rizomática de pacientes y trabajador@s sanitari@s¹² antes que nada Autoafirmación Identitaria y comparecencia del Otr@ en los procesos de re-construcción biográfica de la carrera de enfermos y de levantamiento del estado de la RT, donde también se visibiliza el/la terapeuta como el Otr@ del Otr@. La Enfermedad (Diabetes...) es el pre-texto de estas escenificaciones propuestas y que a través de su vigor performativo preparan al paciente para contribuir ya “apoderado” a un nuevo trato clínico y diseño terapéutico.

7.- La Corriente Apersonadora de la Oralidad. Las narrativas tienen su encarnadura en la Oralidad. No es la Escritura la articuladora de la sustancia y forma del *decir narrando* y por varias razones: remite a la externalización de decir, el escribiente normatiza su observación escrita, vigila su corrección formal y teme la incorrección y su estigma. El narrador cuando escribe dice menos de sí, dice del afuera donde se coloca. Escribir, con excepción tal vez del diario de vida, contiene el sistema para hacerse entender siguiendo una vía de registro instruccional. Se asimila a una tarea a censar y su clave es informativa. Deja fuera de la performance al Otr@ que no verá el mundo

que trae a mano ahora la performance, además estética corporeizada del (re-)vivir narrado. La responsabilidad de lo escrito cae en vacío de una alteridad lectora que puede no desearse y que por su alejamiento puede ser temida como vigilancia, escamoteando así el área de espacio seguro y confiado del narrar en presencia colectiva de l@s Otr@s.

8.-. Pequeñas observaciones a la estructura performativa (realizativa)¹³ de las sesiones Narrativas de nuestra Escuela Apoderante.

1.- Criterio de Autenticidad (Austin). Las narraciones debieran ocurrir en dependencias y horarios de los servicios sanitarios. El objetivo apoderante busca desacralizar este espacio público como propiedad y locus de poder asimétrico medicalizado.

2.- La estructura Narrativa de pequeños colectivos de pacientes contiene un/a trabajador/a sanitario/a. La narración se “autentifica” ante actores investidos social y administrativamente por los servicios sanitarios. No es una puesta en escena “teatralizada”, es la producción escénica de la realidad negada, de la Otridad Olvidada.

3.-La dinámica es la Narrativa personal en presencia o comparecencia colectiva de los pacientes, incluido el agente sanitario, que sólo escucha cediendo su turno de la palabra. Esta función performativa significa y repara: La narración visibiliza al Otr@ como un actor significativo y esencial, dador de significados a su propio enfermar y como sujeto consciente y de libre autodeterminación. Se repara así toda una muy larga historia de olvido y mal trato: la RT sin el Otr@.

4.-Las resonancias perlocutivas (la conducta apoderante que resulta del narrar) se evalúan sesión tras sesión. Interesan nuevamente las narrativas etnográficas. No hay mejores ni peores, se suspende el juicio moral y estético. Interesa la constitución y epifanía autónoma de cada uno de los actores y con sus propios dispositivos escénicos.

5.- El momento Freiriano (Paulo Freire 1921-1997). Construido el colectivo - más allá de la suma de actores individuales- como un cuidado y cuidadoso espacio del *nombrar*, procedemos a problematizar la realidad recién creada por nuestra Epifanía o visibilización. Identificamos los temas

11 Auto-eficacia percibida, se refiere a la creencia que tiene una persona de poseer las capacidades para desempeñar las acciones necesarias que le permitan obtener los resultados deseados.

12 En la teoría filosófica de Gilles Deleuze y Félix Guattari, un rizoma es un modelo descriptivo o epistemológico en el que la organización de los elementos no sigue líneas de subordinación jerárquica —con una base o raíz dando origen a múltiples ramas, de acuerdo al conocido modelo del árbol de Porfirio—, sino que cualquier elemento puede afectar o incidir en cualquier otro (12)

13 La palabra nombrada no se limita a describir un hecho, al ser expresada en la escena colectiva realiza —en el Ahora del tiempo humano- el hecho / su promesa, el Ser/su devenir.

e ideas generales. Es el momento propositivo también, el del diálogo constructivo y de proyección. En nuestro proyecto de Ciclos de Módulos, queda para las últimas sesiones y con desarrollos no necesariamente parejos de los pequeños colectivos y – en un segundo momento- para sesiones de evaluación perlocutivas realizadas meses después.

ANEXO **QUE OLVIDADO ESTABA EL OTR@: LA** **ALTERIDAD A CONTRALUZ**

(Las escenas antropológicas de la vida en/ con Diabetes. Las resonancias performativas de las Narraciones. Desde la (in)visibilidad del Otr@ al Acuerdo Terapéutico)

EL DILEMA

¿Por qué fracasamos o acertamos en el manejo de nuestro@s pacientes diabético@s?

Preocupan las tasas de compensación metabólica, pero ¿qué sabemos de la intimidad de los procesos de comunicación diagnóstica y terapéutica (fase ejecutiva de los procesos de representaciones simbólicas), que involucran a pacientes y proveedores de servicios sanitarios? .

En coherencia con el cambio de episteme, hacia el modelo BioPsicoSocial, resulta relevante conocer las estrategias discursivas del Otr@, que lo llevan a constituirse en UNA DE LAS POSIBLES instancias identitarias, la de Paciente, ante un Nosotros (trabajadores de la salud) ; un Otr@ no suficientemente indagado, más bien dado por hecho, como un dato de la “realidad”, por las estructuras sanitarias bastante acotadas- más allá de las intenciones discursivas- por el Modelo Bio-Médico y que para la tesis de nuestra propuesta puede no estar en correspondencia con las percepciones, conveniencias, necesidades, afectos, preferencias, proyecciones y representaciones de nuestros Pacientes .

NUESTRO A PRIORI

Compartimos el enunciado asertivo de que el cuidado de la Diabetes contiene en su fundamento el Automanejo y que este será expresión del reacomodo de identidades (personal, familiar, comunitaria, laboral, sexual, reproductiva, de género y generacional...los hitos biográficos) que las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) vienen a interrogar a los afectados {pacientes y terapeutas}, cual si fuera un sujeto primordial de la escena.

El enfermar es el enfermar de alguien y su

condición. La Cura, el Tratamiento y la percepción de Eficacia, en perspectiva, hacen parte del acto antropológico de (re-)conocimiento y respeto de la Alteridad. Constatamos la carencia de las escenas diabetológicas que integren el relato del con-vivir con esta enfermedad crónica no transmisible (ECNT), sus sombras y estigmas construidos socialmente. La eficacia simbólica de estos productos culturales (incluida también la ideología y praxis médica) en referencia a la historia y trayectoria de la enfermedad.

Proponemos indagar el significado cultural contenido en estos relatos que también “dicen” de ell@as y de nosotr@s (el otr@ de l@s otr@s), de la relación terapéutica.

Todo relato protagónico contiene la fuerza de un enunciado performativo. Realiza un acto en el mismo momento de verificar el habla. Vemos en esto el más profundo fundamento del contrato terapéutico, el automanejo y la relación pacientes-proveedores de salud. La narración es la credencial de hecho en esta comparecencia o aparición.

LA VERSIÓN ETIC

“Los vientos que soplan, los conocidos...los que arrastran las tristes hojas caídas”

-En el mismo momento en que la perspectiva terapéutica de éxito y su contrario queda cifrada en la voluntad {latín velle, =querer, desear } de nuestro@s pacientes y en las tácticas de regulación (control) de sus estilos de vida, surge la pregunta por la eficacia de los tratamientos diabetológicos propiamente tales.

- Se supone la existencia cuasi- normativa -“naturalizada”- de una correspondencia entre las necesidades de logro terapéutico y la readecuación de los estilos de vida (medicalización). Se considera que la eficacia del acto médico es una consecuencia lógica y necesaria de la aplicación de ciertas normas en el tratamiento, a territorios de la vida personal y social de nuestros pacientes, cada vez más amplios. Conceptos de “bienestar” y “calidad de vida” utilizados por los equipos terapéuticos para fundar sus tratamientos, se apoyan en definiciones de la OMS (Organización Mundial de la Salud) y la OPS (Organización Panamericana de la Salud). Fuera de su mención y reiteración, estos propósitos no son discutidos con el paciente. No son dotados, en la RT, de los significados y sentidos que pudieran atribuirle los pacientes. Estos últimos, como se verá en las narraciones, le asignarán múltiples sentidos sociales, construidos

en su historia de enfermedad.

-Se asume introyectada e incuestionada la existencia de la línea fronteriza Salud/Enfermedad: El paciente es tal a partir de su caracterización nosológica. Nos interesa conocer las dinámicas dialógicas de construcción de la identidad de Enferm@ y los vaivenes de su asunción.

- Se da por sentado que el subsistema de la salud, por su pertinencia temática está llamado a ser el agente que operacionalice los cambios de “estilo de vida”. Estilo de vida saludable casi equivale a la importación para la vida del paciente de un Régimen que puede no corresponder con sus intereses ni claves sub-culturales.

Arrancamos, nos parece, de una definición restringida de Cultura = “estilo de vida”, con focalizada impronta biomédica en la Dieta y la Actividad Física. Suspendemos el hecho, a revisar en las narrativas, que “no nos alimentamos sólo de nutrientes naturales ni de principios dietéticos puros, sean estos sagrados o profanos, sino de alimentos culturizados. Simbólicamente contruidos en referencia a una historia común. Las leyes de la comensalidad, el comensalismo, son leyes culturales de compatibilidad, conveniencia, ajuste y expresión de identidad de grupos, sub-grupos y culturas (13). Cuatro décadas después, Claude Fischler describirá a la base de los problemas de salud relacionados con la alimentación en Occidente (y nítidamente en las sociedades opulentas) la crisis de los sistemas de normas -las gastro-nomias- que regulan las practicas alimentarias quedando estas liberadas a la decisión y elección individual -se convierten en gastro-anomias (14). En nuestros países, este decurso “anómico” ha sido más vertiginoso y caótico. Cómo lo vivencian nuestros/as pacientes?

- Por una acotada vía, atribuimos, no pocas veces, la ineficacia de los tratamientos al “incumplimiento de los pacientes”, verdadera piedra de Sisífo en el amplio arco de la sospecha y de sus propuestas de gobernanza sanitaria. {“gobernanza” puede relacionarse con el concepto de “gouvernementalité”, que Michel Foucault introdujo y que se define como “el conjunto de las instituciones, procedimientos, análisis y reflexiones, cálculos y táctica, que permiten ejercer [él] [...] poder}

-Nos interesa la narrativa del Incumplimiento. La realidad de su existencia. Su surgimiento en la dinámica discursiva de la RT. La funcionalidad de su negatividad en la mantención de la RT. La funcionalidad de su silencio al momento de la autoafirmación de la persona del paciente. Su papel en la “normalización” de su vida social.

De esto está hecha nuestra necesidad de conocer los relatos de primera mano. Esta es nuestra tentativa

(a) Representación=imágenes que condensan significados, sistemas de referencia para interpretar los hechos sociales, dar sentido a lo emergente y posicionarse en la situación.

(b) Ideología = conjunto de prácticas que tienden al disciplinamiento social en el sentido que le daba Michel Foucault (15). El acatamiento se lograría, no tanto por un acto de fuerza o de engaño sino a través de la continuidad de prácticas presentadas como racionales y lógicas.

(c) La mirada ETIC narra el sistema “desde fuera”, es decir, como si el antropólogo estuviera fuera de la sociedad, grupo, institución, comunidad o cultura que estudia.

REFERENCIAS

1. Habermas J. Teoría de la acción comunicativa. Volumen 1: Racionalidad de la acción y racionalización social. Madrid: Taurus; 1987.
2. Stuckler D. Ciencias Sociales Bites [Internet] 2013 [Consultado en julio de 2018] Disponible en: <https://www.socialsciencespace.com/author/socialsciencebites>
3. Bartky SL. Femininity and Domination: Studies in the Phenomenology of Oppression (Thinking Gender). New York: Routledge; 1990.
4. Esteban ML. El Estudio de la Salud y el Género: Las Ventajas de un Enfoque Antropológico y Feminista. Salud colectiva [Internet] 2006 [Consultado en julio de 2018] 2(1). Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652006000100002
5. Saslavky L, 2001. Tesis Doctoral en Etnografía, Universidad de Buenos Aires; 2001
6. Mendez M CH, comentarios a la Carta de Ottawa de 1986
7. Bourdieu P. El sentido práctico. Buenos Aires : Siglo XXI Editores Argentina; 2007.
8. Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente. Desde la visibilización de los enfermos al acuerdo terapéutico. Boletín Observatorio de la Experiencia Usuaría en Salud [Internet] 2017 [Consultado en julio de 2018] 5: 7-11 n°5, Disponible en: <http://redsalud.ssmsoc.cl/observatorio-de-experiencia-usuaría-en-salud/>
9. Galasiński D. Lenguaje y psiquiatría. The Lancet Psychiatry DOI [Internet] Febrero de 2018 [Consultado en agosto de 2018] Disponible en: <https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/>

article/PIIS2215-0366(18)30040-3/fulltext

10. Bandura A. On rectifying conceptual ecumenism. In J. E. Maddux (Ed.), *Self-efficacy, adaptation, and adjustment: Theory, research and application*. New York: Plenum; 1995: 347-375

11. Valdés F, Valdés C., Valdés W. Perfil socioeconómico del estudiante de medicina del primer año de la Universidad de Chile. [Internet] 2009 [Consultado en julio de 2018 Disponible en: http://www.medicinayhumanidades.cl/ediciones/2009/numero_3/06_Medicina_perfil_socioeconomico.pdf

pdf

12. Deleuze G., Guattari, F. *EL Anti-Edipo*. Paidós. 1972

13. Barthes R. *Mythologies*. Francia: Les Lettres nouvelles; 1957

14. Fischler C. *Pour une anthropologie bioculturelle de l'alimentation*. Francia. 1979

15. Foucault M. *Vigilar y Castigar: Nacimiento de la prisión*. (Surveiller et punir, 1975). Trad. Aurelio Garzón del Camino. 2a ed. México: Ed. Siglo XXI; 1993.