

# ESTUDIOS SOCIALES DE LA SALUD

*Experiencias sobre desarrollos  
teórico-metodológicos  
en investigación*

**María Laura Rodríguez  
Lila Aizenberg  
Natalia Tumas  
COORDINADORAS**

COLECCIÓN PRISMAS

  
ediciones  
CIECS

# ESTUDIOS SOCIALES DE LA SALUD

Experiencias sobre desarrollos  
teórico-metodológicos en investigación

Estudios sociales de la salud : experiencias sobre desarrollos teórico-metodológicos en investigación / María Laura Rodríguez ... [et al.]. - 1a ed - Córdoba : Centro de Investigaciones y Estudios sobre Cultura y Sociedad, 2021.  
Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga y online  
ISBN 978-987-47661-5-1

1. Salud. 2. Historiografía. 3. Perspectiva de Género. I. Rodríguez, María Laura  
CDD 305.4

Ediciones CIECS | Colección Prismas

#### Título

Estudios sociales de la salud  
Experiencias sobre desarrollos teórico-metodológicos en investigación

#### Coordinadoras

María Laura Rodríguez; Lila Aizenberg y Natalia Tumas

#### Autores

Adrián Carbonetti, María Dolores Rivero, Julieta Lucero Neirotti,  
Laura Natalia Vanadia, Francisco Fantini, María Laura Rodríguez,  
Lorena Saletti-Cuesta, María Cecilia Johnson, Lila Aizenberg, Silvina Berra,  
Emilse Degoy, Luisina Rivadero, Natalia Tumas

Hecho el depósito que indica la ley 11.273.

Este libro, perteneciente a la colección Prismas de Ediciones CIECS,  
ha sido sometido a un proceso de evaluación por parte del Comité Editorial  
y de evaluadores anónimos.

Bajo Licencia Creative Commons Atribución - No Comercial - Sin Derivadas 3.0



## AUTORIDADES

### CONSEJO NACIONAL DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS Y TÉCNICAS

Presidenta

Dra. Ana María Franchi

Vicepresidente de Asuntos Científicos

Dr. Mario Martín Pecheny

Vicepresidente de Asuntos Tecnológicos

Dr. Roberto Daniel Rivarola

### UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA

Rector

Dr. Hugo Oscar Juri

Vicerrector

Dr. Ramón Pedro Yanzi Ferreira

### CENTRO CIENTÍFICO TECNOLÓGICO CONICET CÓRDOBA

Directora

Dra. María Angélica Perillo

Vicedirector

Dr. Adrián Carbonetti

### FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES. UNC

Decana

Mgter. María Inés Peralta

Vicedecana

Mgter. Jacinta Buriyovich

### CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS SOBRE CULTURA Y SOCIEDAD (CONICET Y UNC)

Director

Dr. Adrián Carbonetti

Vicedirector

Dr. Luis Alberto Tognetti

## ÍNDICE

Introducción / 9

### HISTORIA SOCIAL DE LA SALUD, ENFERMEDAD Y PRÁCTICAS DEL CURAR

Epidemia, estadística, periódicos y documentos.

Estudiar una enfermedad olvidada: la gripe española de 1918-1919

Adrián Carbonetti / 21

Una historia en imágenes: de objetos de estudio,  
andamiajes teóricos y metodologías

María Dolores Rivero / 41

Lo mental como objeto de estudio: mis anudamientos  
desde el psicoanálisis, la historia y el género

Julieta Lucero Neirotti / 55

Las escenas de curación en prácticas *psi*: trayectorias personales  
e itinerarios de atención en salud mental

Laura Natalia Vanadia / 67

Experiencias subjetivas y construcción de un objeto de estudio:  
itinerarios terapéuticos y representaciones sociales sobre el cáncer

Francisco Fantini / 89

### GÉNERO Y SALUD

Deshilando entre Género e Historia: experiencias personales desde  
la Historia Social de la salud y la enfermedad, Córdoba, Argentina

María Laura Rodríguez / 111

Lo académico es también personal: recorridos en el estudio  
de las desigualdades de género y salud

Lorena Saletti-Cuesta / 139

Recorridos de una tesis feminista sobre reproducción asistida

María Cecilia Johnson / 157

(Auto) reflexiones en torno a la construcción  
de una agenda de investigación en salud y género

Lila Aizenberg / 171

## EPIDEMIOLOGIA SOCIAL

Miradas y desafíos de la investigación epidemiológica  
en salud en la niñez y la adolescencia

Silvina Berra / 183

Salud y desempeño académico: tramas en el estudio de su relación

Emilse Degoy / 205

Devenir plurales: la comunicación en la práctica  
investigativa interdisciplinaria

Luisina Rivadero / 221

Intersecciones entre las ciencias sociales y de la salud:  
experiencias en la construcción de un objeto de estudio

Natalia Tumas / 235

Datos de los autores / 249

# **Experiencias subjetivas y construcción de un objeto de estudio: itinerarios terapéuticos y representaciones sociales sobre el cáncer**

Francisco Fantini

## **Introducción**

La construcción de un objeto de estudio se encuentra profundamente vinculada a la propia biografía de quien investiga. Bourdieu y Wacquant (1995) afirman que una particularidad propia de la teoría social contemporánea es su reflexividad. La investigación de prácticas sociales de cualquier tipo implica, desde la óptica de Gutiérrez (2005), poner en tela de juicio nuestro privilegio de sujetos conocedores y dar cuenta de que estamos situados en un determinado lugar del espacio social con condicionamientos incorporados –derivados de internalizar ciertas disposiciones– que impactan en nuestras decisiones en el proceso de indagación.

Para hacer explícitos estos condicionamientos, comenzaré este escrito con una experiencia familiar. En 1995, tenía 12 años cumplidos y vivíamos en Villa General Belgrano, un pueblo de Córdoba situado a 80 kilómetros de la ciudad capital. Mi padre es médico y en ese entonces realizaba guardias en la única clínica del lugar. Trabajando en el sanatorio, recibió una llamada en la que le notificaban de un accidente ocurrido entre una motocicleta y un automóvil en la ruta que comunica el poblado con la ciudad de Córdoba. En la moto se transportaba una pareja que rondaba los 20 años. Quien conducía fue el mayor perjudicado en el accidente; hundimiento de cráneo y pérdida de masa encefálica eran los signos clínicos más evidentes. Su acompañante presentaba fracturas y contusiones, pero su estado era visiblemente menos crítico.

Ante ese panorama, y al disponer de una sola ambulancia, mi padre debió decidir respecto de la prioridad de los traslados a nosocomios con diferentes niveles de complejidad. En ese entonces, los pueblos de la zona no poseían instituciones con unidades de terapia intensiva o servicio de neurocirugía, por lo que los pacientes con riesgo de vida debían ser derivados a la ciudad de Córdoba. Por ese motivo, dispuso el traslado del conductor de la motocicleta a la capital de la provincia y el de su acompañante al hospital provincial de Santa Rosa de Calamuchita.

El joven falleció en la ambulancia cuando viajaba a Córdoba, mientras que su novia se recuperó en Santa Rosa. La familia del motociclista –entendiendo que mi padre había obrado inadecuadamente enviando al joven a la capital y no a Santa Rosa– presentó una demanda judicial en donde se lo acusaba no haber cumplido el protocolo de traslado que obliga al profesional a derivar los pacientes al centro más cercano. Este pedido no llegó a convertirse en un juicio ya que no se encontraron pruebas suficientes para inculparlo de mala praxis médica; no obstante, desató en mi padre una crisis profesional y personal.



Considero que esta experiencia familiar debe ser leída en términos de configuración social e histórica, a partir de un clima de época en donde se tornó legítimo cuestionar la práctica médica desde muchos espacios. En este sentido, parto –en el marco de mi tesis de Maestría en Sociología– de un conjunto de interrogaciones en torno al devenir de la medicalización. Concretamente, intento complejizar la visión de este proceso y vislumbrar la pluralidad de variables que impactan en él. Parto de tomar en cuenta no solo la visión foucaultiana (sobre la hegemonía y ubicuidad de la medicina occidental que investía de legitimidad la práctica de las y los profesionales), sino además el rol que en la actualidad despliegan pacientes, familiares e instituciones como la justicia y la industria farmacéutica.

El impacto de esta circunstancia personal es uno de los elementos que abreva en un interés incipiente en el rol de los pacientes en la actualidad. ¿Cómo construyen las percepciones de las patologías que atraviesan?, ¿qué relaciones establecen con la biomedicina y los tratamientos complementarios?, fueron algunas de las preguntas vagas que surgieron en el proceso de indagación de las diferentes aristas de la medicalización. Con la revisión de antecedentes y la consulta a profesionales comencé a advertir que existe una estrecha relación entre las recientes configuraciones de la medicalización y el predominio de algunas enfermedades sobre las cuales la medicina académica no tiene respuestas acabadas. Aquí aparece el cáncer por antonomasia; no solo por incertidumbres propias de su comportamiento biológico, sino además por un marcado componente simbólico vinculado con la carga de deterioro o incurabilidad que lo rodea. Dichas cualidades lo distinguen de otras enfermedades –particularmente las infecciosas como la tuberculosis o la sífilis–, conquistadas por la biomedicina después de la Segunda Guerra Mundial (Sontag, 2003; Mukherjee, 2012).

En este contexto de incertidumbre, toman fuerza las múltiples formas del itinerario terapéutico de las y los enfermos oncológicos, quienes circulan por varias y a veces complementarias ofertas para lidiar con sus malestares. El cáncer, entonces, se constituye para mi estudio en una ventana que permite observar ciertas lógicas del proceso de medicalización inacabado y complejo, leído a partir de las heterogéneas trayectorias terapéuticas de personas que han cursado y cursan la enfermedad en la ciudad de Córdoba.

Las y los protagonistas de esos derroteros de atención cimentan conceptualizaciones acerca de las formas en que enfrentan sus dolencias. Las nociones de salud y enfermedad en general, y sobre algún tipo de aflicción puntual, repercuten en los significados, la disquisición de sensaciones y el conocimiento de los cambios corporales que la persona tendrá al experimentar su padecimiento. Estas construcciones pueden vislumbrarse con la lente de las representaciones sociales. A partir de esta mirada teórica, consideré significativo analizar qué representaciones sociales caracterizan al itinerario terapéutico del paciente oncológico. Más precisamente, partiendo de tomar como supuestos la presencia de una medicalización inacabada y el cuestionamiento por parte de algunos pacientes de la biomedicina, indago qué características poseen las representaciones sociales de pacientes oncológicos de la ciudad de Córdoba respecto del cáncer y los modos de atención de la enfermedad.

### **Andando y desandando caminos de la medicalización: actores, enfermedades y medicinas**

El concepto de *medicalización* arribó de manera tardía a mi proceso de investigación; no estuvo planteado desde las primeras charlas y

definiciones con mi directora de tesis. Sin embargo, a medida que avanzaba en las lecturas, empecé a considerar que era una noción ineludible. Actualmente, parto de entender que ese concepto refiere a los procesos por los cuales –en las sociedades occidentales modernas de los últimos tres siglos– se han ido integrando como objetos y campos propios de las disciplinas, instituciones y saberes médicos, prácticas sociales, objetos y otros elementos que con anterioridad no remitían al terreno de lo médico (Germain, 2007).

Claro que las primeras aproximaciones sobre el tema vinieron de la mano de referencias clásicas que había revisado en mi trayectoria en el grado. Para Foucault, este proceso consiste en un conjunto de transformaciones por las cuales “la existencia, la conducta, el comportamiento, el cuerpo humano, se vieron englobados [...] en una red de prácticas e instituciones médicas cada vez más densa y amplia” (Foucault, citado en Germain, 2007: 9). Desde su óptica, la biomedicina se consolida en gran medida debido a motivos que no son parte de la demanda del enfermo; con más frecuencia, ese saber se impone al individuo, enfermo o no, como acto de autoridad (Foucault, 2014).

En un tiempo más cercano, me aproximé a los estudios del historiador Diego Armus (2016), quien sostiene que los argumentos devenidos de las interpretaciones –muchas veces simplistas– de los escritos de Foucault robustecieron el lugar preponderante de los médicos en la historia de la salud y la enfermedad. Esto construye una mirada parcial de ese derrotero, en tanto que la historia del enfermo es fruto de una mirada profesional que lo erige como un sujeto pasivo dominado por el proceso de medicalización.

Otro de los ejes centrales del planteo de Armus, que disparó toda una serie de interrogantes en el marco de mi estudio, es que la medicalización de la sociedad como proceso nunca es total. Es histórica, cambia a

lo largo del tiempo y es desapareja en la estructura social urbana (Armus, 2016). Este carácter inconcluso, como cualidad inherente, se manifiesta en incertidumbres para las cuales la biomedicina no tiene respuestas inmediatas y efectivas. Ante estas perplejidades, los pacientes desarrollan diversas estrategias para preservar o mejorar su salud<sup>1</sup>.

Un caso que evidencia las limitaciones de la biomedicina al momento de enfrentar ciertas dolencias –y del proceso de medicalización– es el cáncer. Como es sabido, esta enfermedad, junto con otras crónico-degenerativas, ha empezado a tener un lugar estelar en las tasas de mortalidad a partir del siglo xx. Sin embargo, y de manera particular, las patologías oncológicas han dejado al descubierto la imposibilidad por parte de la medicina alopática de dar respuestas acabadas en torno a los tratamientos. A partir de allí, el saber biomédico es interpelado ya que, por ejemplo, algunos tumores casi no tienen terapéuticas y en los que sí las hay, su eficacia no funciona igual en todos los pacientes. Esto reconfigura el sentido de la enfermedad, que desplaza parcialmente el temor a la muerte por el miedo de los enfermos a seguir expuestos a tratamientos propios de la medicina alopática percibidos como enfermanes o con efectos iatrogénicos (Fernández, Bengochea, Durand y Wu, 2015).

---

1 Murguía Lores, Ordorika Sacristán y Guerrero Mc Manus (2016) argumentan que en la última década del siglo xx surgen miradas más complejas de la medicalización. Especialmente, adquiere vigor la tesis que sostiene una sobrevaloración de la capacidad de dominio de la medicina, tematizando, en cambio, la pérdida del poder de sus discursos y prácticas. Igualmente, se vuelven a enfatizar las capacidades reflexivas y de agencia de las personas, “[...] reconociendo que ellas participan activamente, ya sea resistiendo o promoviendo la medicalización de sus condiciones de manera que no puede considerarseles sujetos inermes frente a los procesos” (Murguía, Ordorika y Lendo, 2016: 639).

Considerando lo anteriormente expuesto, en mi estudio parto de reconocer que el itinerario<sup>2</sup> de los pacientes es variado; los sujetos transitan por muchas ofertas para enfrentar sus dolencias. Esto no es tan sólo el fruto de una pregunta no respondida por parte de la medicina alopática; en sobradas oportunidades, incluso colocando en un primer puesto a las terapéuticas ofrecidas por la biomedicina, las y los pacientes oncológicos recurren a otras herramientas para mitigar los síntomas y dolores de carácter físico y/o emocional. Por lo tanto, las neoplasias malignas son procesos que me permiten analizar ciertas lógicas del proceso de medicalización inacabado, leído a partir de itinerarios heteróclitos de personas que atraviesan o atravesaron la enfermedad en la ciudad de Córdoba.

### **Sobre el cáncer y sus representaciones: una aproximación teórica**

Una de las motivaciones que me llevaron a estudiar el cáncer se vincula al hecho de que posee la particularidad de ser entendido como una de las dolencias estelares de la “modernidad” que, desde su descubrimiento hasta nuestros días, viene planteando una serie de interrogantes y discusiones al interior y entre variados campos de la medicina. Un exceso o defecto de algunos humores en el marco de la medicina griega hipocrática del siglo VI a. c.; una neoplasia a mediados del siglo XIX (Mukherjee, 2012); un bacilo, un virus... la etiología de la enfermedad desveló a la

---

2 Entiendo como itinerarios terapéuticos a “[...] todos los movimientos que un sujeto o grupo realiza en la preservación de su salud, con todos los diferentes recursos que puede movilizar, que incluyen desde remedios caseros y prácticas religiosas hasta los dispositivos biomédicos predominantes. Refieren a una sucesión de acontecimientos y toma de decisiones que teniendo como objeto el tratamiento de la enfermedad, construyen una determinada trayectoria” (Fernández, Bengochea, Durand y Wu, 2015: 62 y 63).

ciencia médica. Una vez establecido el carácter celular de los tumores –descubrimiento que vería la luz en la Europa decimonónica– pudieron formularse las bases morfológicas y taxonómicas para investigación en cáncer (Buschini, 2010).

Es, además, una enfermedad fascinante –al menos desde mi óptica– debido a las metáforas elaboradas por la ciencia y los pacientes para dar cuenta de ella (Sontag, 2003). En efecto, la misma biología nos lleva a pensar al cáncer como la enfermedad de la sobreproducción, una máquina incapaz de desactivar su función inicial: crecer. Se convierte así en un autómatata que no se puede destruir y que trabaja por sí mismo; un individualista desesperado (Mukherjee, 2012).

Aunque existieron, desde inicios del siglo xx, avances en el estudio y tratamiento de la enfermedad, aquellas revelaciones no traerían consigo recetas mágicas que implicaran curas irreversibles ni absolutas. En todo caso, se puede argüir que la manifestación y desarrollo de esta patología en diferentes latitudes tensionó y tensiona tanto a los actores a cargo de los saberes científico-médicos como a aquellos ligados a las políticas públicas en salud y los viene instando a realizar sus máximos esfuerzos en pos de combatirla. Karpenstein Essbach (2006) sostiene que, después de que se hubiera disipado el optimismo terapéutico respecto al cáncer que se manifestó entre los 50 y 80, ninguna promesa de curación proveniente de la medicina galénica lograría silenciar la expresión del sujeto relativizándola e inhibiendo su discurso.

Entonces, en un escenario de múltiples preguntas aún sin responder desde la medicina alopática, el cáncer ha propiciado el entretejimiento y configuración de diferentes *representaciones sociales*. Esta construcción teórica se constituye en algo clave para mi estudio, pues las *representaciones* surgen con la reelaboración de los propios enfermos de información circulante –avalada o no por la comunidad científica–, y otorgan

sentido al origen de la afección, a sus posibilidades de cura y a los diversos modos en que resulta plausible sobrellevarla<sup>3</sup>.

Las dimensiones que estructuran los contenidos de las representaciones sociales, y funcionan como una alternativa de operacionalización del concepto, son tres (Palacios Espinosa y Zani, 2014). En primer lugar, la *información*, entendida como el conocimiento que se tiene sobre el objeto social representado, tanto en lo que refiere a la cantidad y la calidad como a las fuentes de la información de las que se dispone. Primordialmente se refiere a las formas de explicación que la persona posee acerca del objeto. En este caso, interpreté como fundamentales los conocimientos apropiados y metáforas utilizadas por las y los pacientes respecto del cáncer como patología, la biomedicina y demás alternativas de atención. Seguidamente, *el campo de representación* es definido como la forma en que se organizan los diversos elementos que la estructuran (Araya Umaña, 2002); particularmente, la forma jerarquizada que posee la representación (Mora, 2002). En mi trabajo, el campo de representación se vincula a cómo los pacientes ponderan las causas de su padecimiento y su derrotero de atención a lo largo de la enfermedad; qué elementos son centrales y cuáles periféricos o derivados de los primeros. Finalmente, la *actitud* es entendida como la dimensión evaluativa y afectiva, que guía la conducta de los sujetos y, equivalentemente, anticipa a las otras dimensiones en tanto que, una vez tomada una posición sobre un fenómeno, nos informamos acerca de él y en función de esa posición tomada (Mora, 2002). Más allá de la previsible negatividad de la actitud

---

3 Las representaciones sociales (Araya Umaña, 2002) constituyen sistemas cognitivos en los que se puede reconocer la presencia de estereotipos, creencias, valores y normas que suelen tener una orientación actitudinal positiva o negativa. Ellas se configuran como una organización de opiniones construidas socialmente, relativas a un objeto dado, resultante de un conjunto de comunicaciones sociales intra e intergrupales que permiten controlar el ambiente, orientando las conductas (Palacios Espinosa, 2013).

hacia las enfermedades oncológicas, aquí pueden caracterizarse las cualidades del intenso temor y sufrimiento que manifiesta el enfermo frente a esta patología.

### Una incursión en el campo

El trabajo de campo de mi investigación estuvo orientado por las dimensiones mencionadas arriba e implicó una estrategia de muestreo “bola de nieve”, en donde profesionales de la salud y pacientes que accedieron a encuentros conmigo recomendaron otras personas que transitaban la enfermedad. Originalmente, intenté realizar mi investigación en el Hospital Oncológico de la Provincia de Córdoba “Dr. José M. Urrutia”; presenté en la institución mi plan de trabajo, la carta de consentimiento informado y la guía de pautas para las entrevistas con las y los pacientes, junto con diferentes avales acompañados por firmas de mi directora y autoridades de CONICET. Sin embargo, después de meses de espera, el comité de ética del hospital no me permitió el ingreso al nosocomio, notificándome por teléfono que no tenían críticas éticas a mis intenciones en el marco del proyecto, sino alegando que ese año no iban a recibir nuevas propuestas de investigación. A partir de esto tuve que redireccionar mi trabajo, optando por buscar pacientes por fuera de la institución.

Como técnica de recolección de datos, opté por realizar con las y los pacientes entrevistas individuales en profundidad con una guía de pautas *ad hoc* (Valles, 1999) ya que las personas revelan sus representaciones mayormente a través de sus producciones verbales y esto puede contribuir a la comprensión de las perspectivas que tienen los y las informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones. Asimismo, las entrevistas en profundidad (Barragán Solís, 2005) pueden proporcionar



reconstrucciones presentes y retrospectivas de la vivencia con la enfermedad; lo que permite reconocer algunas prácticas y representaciones sobre ella. En consonancia con Alonso (1999), considero que las entrevistas no expresan meramente un “yo individual” sino un “yo social” que reelabora cierta perspectiva generalizada como las perspectivas de sus grupos de referencia sobre un tema en función de su experiencia biográfica. Además, se manifiesta un “yo narrativo” en tanto que, mediante narraciones, la persona entrevistada organiza sus experiencias en el mundo social; no son un reflejo de hechos sino expresiones frente a los temas que se quieren estudiar.

Entrevisté a 12 personas de ambos sexos con diferentes patologías oncológicas. La participación de las y los pacientes fue voluntaria, dieron su consentimiento informado antes de empezar, las entrevistas fueron grabadas y transcritas para proceder al análisis. Para mantener el principio de confidencialidad se asignaron nombres ficticios a las y los entrevistados. Es importante señalar aquí que la muestra fue particularmente heterogénea ya que me resultó dificultoso entrevistar a hombres, solo pude hacerlo con dos y las diez restantes fueron mujeres. En el devenir de los encuentros se manifestaron emociones profundas que obligaron a pausar, reprogramar o cancelar las entrevistas. Estos eventos me interpelaban como investigador novato en el área de la salud, ya que me encontraba en la disyuntiva de intentar reconfortar con gestos o palabras a quien brindaba su testimonio o escuchar lo más objetivamente posible su relato. Vale aclarar también que intenté establecer contacto con ciertas personas que se negaron a ser parte de mi estudio, aludiendo que no querían revivir ese momento doloroso de sus vidas.

En lo que respecta a la sistematización de datos, utilicé el análisis temático reconociendo patrones a partir de los datos en donde los elementos emergentes se convierten en categorías analíticas. Las entrevistas se

transcribieron, delimitando núcleos temáticos y creando categorías con mayor contenido inferencial. De los encuentros emergieron datos relativos al campo de representación de los pacientes oncológicos respecto de la enfermedad y sus formas de atención. A partir de ellos pensé y articulé las siguientes categorías.

En primer lugar, *la etiología o la aparición del cáncer como corolario de malestares emocionales*. A menudo, el anclaje que construyen los pacientes respecto de las vivencias del cáncer busca dar sentido a las causas de la aparición de la enfermedad. En este aspecto, en coincidencia con lo vislumbrado por Luxardo (2006), los pacientes que entrevisté no utilizan tecnicismos o argumentos de corte biologicista, sino que apelan a sus propias frustraciones como motivo de la aparición de la patología. En ese sentido, “Emilse” manifestaba: “[...] Creo que la gente se enferma cuando no encuentra una salida, cuando hay algo que le está hinchando mucho las pelotas o la cabeza, y la salida es la enfermedad”. En una misma línea, “Luciana” construye la información de su representación, afirmando: “[La enfermedad] coincide con una etapa dura que estaba pasando, que es la separación de mi marido, y es como que ahí el cuerpo me... como que lo largó por el cuerpo. [...] siempre digo que creo que enfermé porque estaba pasando por esa situación en particular que me estaba matando de tristeza”.

Merecen especial atención las yuxtaposiciones que emergen entre las explicaciones etiológicas del modelo biomédico (Menéndez, 1992) y aquellas esgrimidas por las y los entrevistados; en ambas se postula al “paciente” como principal “responsable” de su propia enfermedad. En efecto, quienes han atravesado padecimientos oncológicos muchas veces adjudican acciones o escenarios personales ligados al desencadenamiento de la enfermedad. En ese sentido, puede advertirse que los argumentos de las y los padecientes no circulan en caminos paralelos a

las construcciones científicas. Precisamente, las representaciones sociales sirven para arrojar luz sobre cómo los discursos científicos son apropiados por los grupos sociales. Desde una óptica similar, Susan Sontag (2003) manifiesta que las metáforas explicativas de los orígenes de las enfermedades oncológicas –promovidas en parte por la producción teórica psicoanalítica– se vinculan a la represión constante de sentimientos. Circula en la imaginaria social la idea de que el cáncer afecta a quienes carecen de pasión, a inhibidos o incapaces de cólera.

En segundo lugar, otro elemento integrante del campo de representación del cáncer lo condensé en la categoría *sobre biomedicina, cuerpos y estigmas*. Actualmente, los pacientes dejan de ser agentes pasivos que consumen servicios de salud para transformarse en sujetos portadores de conocimientos que despliegan al momento de emprender y narrar sus itinerarios terapéuticos (Mercado Martínez, Robles Silva, Ramos Herrera, Leal y Alcántara Hernández, 1999). En este contexto, las actitudes de los enfermos respecto de la medicina académica, o de algunos de sus procedimientos, se circunscriben a entenderla como una especie de “mal necesario”. Asimismo, advertí que algunas de las actitudes frente a la biomedicina la caratulan como nociva porque su accionar es incierto o cuasi experimental. En el caso de “Susana”, luego de conocer los resultados de la cirugía y la biopsia, esta representación la llevó hasta un cuestionamiento explícito de las indicaciones de su oncólogo: “[...] me indica quimio y rayos. «Quimio no voy a hacer –le digo–, ¿por qué no me va a dar el mismo protocolo si mis 21 ganglios dieron negativo?, ¿¡por qué me lo indica!?!». «Por si quedó alguna célula», dice. «Bueno –le digo–, bajo mi responsabilidad no me lo voy a hacer, tomaré el Tamoxifeno<sup>4</sup> y me haré la radiación»”. Referencias similares hacía “Roberto”,

---

4 Es una droga moduladora selectiva de los receptores de estrógeno. Se utiliza

dando cuenta de una punción que le realizaron para una biopsia: “Me hicieron una punción en el cuello sin anestesia, me metieron una aguja así y empezaron a moverla adentro del tumor [...]”.

Igualmente, pueden destacarse las representaciones que construyen las y los padecientes sobre los cambios en su cuerpo con el transcurrir del tratamiento. Aquel funciona como un estigma, en tanto atributo socialmente desacreditador. El perder el pelo, las transformaciones en la piel y el peso, actúan como cualidades “reprochables”. En términos teóricos, trabajo con la idea de que el estigma es un lenguaje de relaciones, en donde se construyen etiquetas de conductas “desviadas” y “normales” como una forma de manifestación del control social (Goffman, 2006). Algunos pasajes del relato de “Emilse” reflejan este estigma vinculado a su imagen: “[...] hay una cosa deshumanizante en todo el proceso, estar pelado es como estar asexual, más para una mina”. El miedo anticipado ante el juicio de las personas “normales” hace que quienes sufren una enfermedad estigmatizante desarrollen diferentes estrategias para ocultar esa particularidad. Por un lado, un estigma puede provocar aislamiento: “[...] sin darte cuenta te fuiste como aislando un poco de lo que era la vida normal de una persona cuando trabaja, cuando hace sus cosas. Y volver a reinsertarse es muy difícil, a mí me costó muchísimo. Entonces tenía miedo de manejarme sola, de subirme a un colectivo. Me acordaba de lo que tenía y tenía pánico”.

Por último, resta mencionar que las y los pacientes oncológicos articulan y desarrollan estrategias *más allá de la medicina alopática*. En el devenir de su atención, las personas apelan –muchas veces– a medicinas “no convencionales”, las cuales entendemos como cualquier práctica

terapéutica por fuera de la medicina académica (Idoyaga Molina y Luardo, 2005). En el trabajo de campo percibí en múltiples ocasiones un “pluralismo médico” (Barragán Solís, 2005), acción referida a que la mayoría de la población utiliza potencialmente varias formas de atención, no solo para diferentes problemas sino para un mismo problema de salud<sup>5</sup>. En el análisis de las entrevistas, las actitudes respecto de las medicinas no convencionales fueron mayormente positivas, en el sentido que ayudaban a transitar y aliviar las dolencias propias de la enfermedad y las curas devenidas de la medicina alópata. Los agresivos tratamientos, propios de la oncología, se complementan, en algunos casos, con el autotratamiento utilizando *cannabis*. Así, “Sabina” recordaba a su amigo: “El Guille tenía sus plantas, así que sabía que los viernes tenía quimioterapia y a mí la marihuana en ese tramo de la quimioterapia me ayudó muchísimo. [...] Me daban mejor los análisis cuando fumaba marihuana”.

Por otro lado, pero siempre como agregación a la terapia galénica, hubo una fuerte presencia en las entrevistas de trayectorias donde se optaba por las medicinas religiosas por iniciativa propia o impulso familiar. Así lo rememoraba “Cecilia”: “Toda mi vida fui católica, desde que nací hasta el año pasado... hasta que me dijeron «vos tenés cáncer». Busqué mi fe en Dios, me fui para el lado de la iglesia evangelista, me sentí cómoda, me aferré a la iglesia evangelista... [...] No, no, no la

---

5 Estas prácticas, en crecimiento en las últimas décadas, ocurren en un panorama de cambios en la profesión médica (hiperespecialización, tecnologización y despersonalización de la atención del paciente), en la organización de los sistemas de salud (burocratización y crecimiento de la medicina defensiva) y la expansión de la industria farmacéutica (y su consecuente farmacologización progresiva de los padecimientos) (Freidin, 2014). Las medicinas no convencionales, en cambio, desde la perspectiva de Freidin y Abrutzky (2010), hacen un escaso uso de la tecnología, reducen los efectos adversos de los fármacos, otorgan soluciones satisfactorias a padecimientos crónicos y favorecen un rol más activo del paciente reduciendo la asimetría propia de la medicina académica.

pensé. Dije directamente voy a la iglesia. Entre la iglesia y un psicólogo... preferí la iglesia, me sentía cómoda. Fui a la iglesia y me acuerdo que me lloré... Era como que en la iglesia me desahogué, sentí y pasé ese momento [...].”

Presentes, aunque en menor medida, se manifestaron las utilizaciones de medicinas alternativas. Particularmente, prácticas lindantes con la Psicología, como es la biodecodificación. Para esta terapéutica, las enfermedades u otros eventos traumáticos están estrechamente vinculados con experiencias de los ancestros. Aquí toma fuerza la creencia de que los hechos se repiten generacionalmente hasta evidenciarlos y sanarlos.

## Consideraciones finales

Pienso que el proceso de escritura de mi tesis de maestría –que aún no ha terminado– viene a mostrar que la objetividad absoluta en las ciencias no solo es imposible de alcanzar, sino que probablemente tampoco sea una meta deseable. Como argumenté, cuando investigamos prácticas sociales lo hacemos desde un lugar en el espacio social que nos determina a través de constricciones materiales y referencias axiológicas. Asimismo, es importante resaltar que esos condicionamientos no actúan sobre un sujeto pasivo, sino que pueden ser recreados por nuestra subjetividad en tanto construcción identitaria que potencialmente se emancipa de normas y valores hegemónicos.

En mi caso, estas influencias se manifiestan en la historia de mi familia y el devenir profesional, fundamentalmente, de mi padre. Dichas razones me motivaron a indagar en la medicalización como un proceso complejo, atravesado por múltiples variables, donde la asimetría entre médico y paciente no se reproduce armónicamente como hace décadas,

sino que –actualmente y por diversos motivos– manifiesta aristas variadas y conflictivas.

Debemos entender la práctica médica como nutrida por lógicas que no se restringen a un proceso de análisis de los “desórdenes” biológicos de los pacientes para la búsqueda de una posterior “homeostasis”, sino que esta dinámica está atravesada por particularidades sociales e históricas. Dichas cualidades son apreciables en las dificultades que posee la medicina alopática –luego de haber afrontado de manera relativamente efectiva las patologías infecciosas– para dar una respuesta enteramente plausible a las enfermedades crónico-degenerativas en general y al cáncer en particular. Esta realidad afecta la cotidianeidad de las y los pacientes que, ante las incertidumbres del saber médico, construyen itinerarios terapéuticos complejos que no se restringen e incluso cuestionan al modelo hegemónico.

## Bibliografía

- Alonso, Luis (1999) Sujeto y discurso, lugar de la entrevista abierta en las prácticas de la sociología cualitativa. En Juan Delgado y Juan Gutiérrez (coords.), *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*, pp. 225-240. Madrid: Síntesis.
- Araya Umaña, Sandra (2002) *Las representaciones sociales. Ejes teóricos para su discusión*. San José: FLACSO.
- Armus, Diego (2016) “Medicina casera, remedios y curanderos en los inicios de la medicalización de la ciudad moderna: Buenos Aires, 1870-1940”. *Tempos Históricos*, 20-1, 47-80.
- Barragán Solís, Anabella (2005) “La interrelación de los diferentes modelos médicos en la atención del dolor crónico de un grupo de

- pacientes con neurología posherpética”. *Cuicuilco, Revista de Ciencias Antropológicas*, 12-33, 61-78.
- Bourdieu, Pierre y Wacquant, Loïc (1995) *Respuestas por una antropología reflexiva*. México: Grijalbo.
- Buschini, José (2010) *Emergencia y desarrollo de las investigaciones sobre el cáncer en la Argentina: marcos institucionales, trayectorias profesionales y prácticas (1909-1983)*. Buenos Aires: FLACSO.
- Fernández, Silvia; Bengochea, Laura; Durand, Alfonso; y Wu, Hong (2015) Desafíos para la detección temprana y la calidad de atención en los servicios de salud. En Natalia Luxardo y Laura Bengochea, *Cáncer y sociedad. Múltiples miradas, enfoques, recortes*, pp. 61-105. Buenos Aires: Biblos.
- Foucault, Michel (2014) La crisis de la medicina o la crisis de la anti-medicina. En *La vida de los hombres infames*, pp. 93-120. Buenos Aires: Altamira. (Fecha original del texto, como conferencia, 1974; como artículo, 1976. Edición original del libro, 1993.)
- Freidin, Betina (2014) *Proyectos profesionales alternativos: relatos biográficos de médicos que practican medicinas no convencionales*. Buenos Aires: Imago Mundi.
- y Abrutzky, Rosana (2010) *Transitando los mundos terapéuticos de la acupuntura en Buenos Aires: perspectivas y experiencias de los usuarios*. Buenos Aires: Instituto de Investigaciones Gino Germani.
- Germain, Marisa (2007) “Elementos para una genealogía de la medicalización”. *Cátedra Paralela*, 4, 6-22.
- Goffman, Erving (2006) *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Gutiérrez, Alicia (2005) *Las prácticas sociales: una introducción a Bourdieu*. Córdoba: Ferreyra.



- Idoyaga Molina, Anátilde y Luxardo, Natalia (2005) “Medicinas no convencionales en cáncer”. *Medicina (Buenos Aires)*, 65, 390-394.
- Karpenstein Essbach, Christa (2006) Cáncer - literatura - conocimiento. De la personalidad cancerosa a la comunicación total. En Wolfgang Bongers y Tanja Olbrich (comps.), *Literatura, cultura, enfermedad*, pp. 130-148. Buenos Aires: Paidós.
- Luxardo, Natalia (2006) “Tejiendo tramas para explicar la aparición del cáncer (Argentina)”. *Mitológicas*, 21, 55-67.
- Menéndez, Eduardo (1992) Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales. En Roberto Campos Navarro (comp.), *La antropología médica en México*, pp. 97-114. México: Instituto Mora - Universidad Autónoma Metropolitana.
- Mercado Martínez, Francisco; Robles Silva, Leticia; Ramos Herrera, Igor; Leal, Nora; y Alcántara Hernández, Elizabeth (1999) “La perspectiva de los sujetos enfermos. Reflexiones sobre pasado, presente y futuro de la experiencia del padecimiento crónico”. *Saúde Pública*, 15-1, 179-186.
- Mora, Martín (2002) “La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici”. *Athenea Digital. Revista de Pensamiento e Investigación Social*, 2, 1-25.
- Mukherjee, Siddhartha (2012) *El emperador de todos los males. Una biografía del cáncer*. Buenos Aires: Taurus.
- Murguía, Adriana; Ordorika, Teresa; y Lendo, León (2016) “El estudio de los procesos de medicalización en América Latina”. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 23-3, 635-651.
- Murguía Lores, Adriana; Ordorika Sacristán, Teresa; y Guerrero Mc Manus, Fabrizio (2016) “Consideraciones epistemológicas en torno

- a la medicalización en América Latina: balances y propuestas”. *Ludus Vitalis*, 24-46, 99-128.
- Palacios Espinosa, Ximena (2013) *Representaciones sociales de la medicina popular en el paciente oncológico adulto, la familia del paciente y los miembros del equipo de salud*. Tesis de Doctorado en Psicología Social, del Desarrollo y Organizacional, Universidad de Bologna.
- y Zani, Bruna (2014) “Representaciones sociales del cáncer y de la quimioterapia en pacientes oncológicos”. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 10-2, 207-223.
- Sontag, Susan (2003) *La enfermedad y sus metáforas*. Buenos Aires: Taurus.
- Valles, Miguel (1999) *Técnicas cualitativas de investigación social*. Madrid: Síntesis.