

**Reflexiones en torno a diversos aportes metodológicos para el estudio de narrativas
biomédicas y performance en el contexto hospitalario**

María Alejandra Dellacasa

IGEHCs – CONICET

maledellacasa@yahoo.com.ar

A partir de este escrito reflexionamos acerca de las posibilidades que habilita la metodología del análisis de narrativas en el contexto de nuestro trabajo de campo en hospitales públicos. Las narrativas han sido obtenidas a partir de entrevistas en profundidad y de observación participante en diversos espacios de interacción, entre profesionales de la salud de distintas especialidades. Retomando la tradición del estudio de las narrativas biomédicas, consideramos que los actos discursivos conllevan una capacidad performativa, una capacidad de creación y transformación del mundo social al mismo tiempo que lo enuncian.

Nuestra intención es recurrir a perspectivas que permitan enriquecer el análisis considerando, además de los ejes discursivos o categorías en sí mismos, las condiciones en que los procesos narrativos tienen lugar, dando cuenta de otras dimensiones que atraviesan tanto las condiciones de producción como el contexto en que se desarrollan. En este sentido, consideramos los aportes de los estudios sociales de la ciencia y la tecnología, así como de algunos enfoques de la antropología de la ciencia, que proponen constituir como objeto de estudio las prácticas y la producción de discursos científicos, así como las intervenciones (biomédicas) y performances. Finalmente consideramos, las instancias de producción y circulación de estos discursos insertos en las dinámicas de atención en el contexto del hospital público y su institucionalización.

Palabras Clave: METODOLOGÍA CUALITATIVA - NARRATIVAS BIOMÉDICAS –
PERFORMANCE- PRODUCCIÓN DE DISCURSOS CIENTÍFICOS

Introducción

Desde el año 2010 venimos desarrollando distintas instancias de trabajo de campo en dos hospitales públicos -uno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y otro de un partido de la Provincia de Buenos Aires- donde se desempeñan sendos equipos que prestan atención de la salud a personas

trans; trabajamos con profesionales de distintas especialidades: urólogos, cirujanxs, endocrinológxs, ginecólogxs, psiquiatras, sexólogxs y psicólogxs. En el mes de mayo de 2012 fue sancionada la ley 26.743 sobre el derecho a la Identidad de Género, que significó una victoria muy importante para el movimiento LGBTI¹. A partir de su implementación (la

reglamentación del artículo 11° se efectivizó en mayo de 2015, mediante el decreto 903/2015) se modificó enormemente la situación civil y el acceso a la salud de las personas trans.

En el trabajo de campo combinamos dos técnicas de base: entrevistas en profundidad y observación participante, con el objetivo de complementar y contrastar la información obtenida en los diferentes contextos de interacción. Las entrevistas reiteradas y en profundidad nos permitieron reconstruir experiencias profesionales y personales a la vez que indagar en torno a la construcción de categorías cognitivas, rutinas y procedimientos de intervención. Atendimos no sólo a los contenidos, las formas, sino también a los aspectos performativos. Así en las entrevistas, textos, interacción, significados y sentidos se entremezclaron; visibilizando la capacidad performativa de los actos discursivos, una capacidad de creación y transformación del mundo social, al mismo tiempo que lo enuncian (Good, 1994; Garro y Mattingly, 2000; Kleinman, 1988).

Las instancias de observación se centraron en los espacios de atención a personas trans que concurrían al hospital, como salas de espera, consultorios y office de cirugía o salas de reuniones donde tienen lugar los ateneos y solían desarrollarse distintos intercambios entre integrantes de los equipos acerca de los ‘casos’².

Para los fines de este trabajo, nos centramos en un recorte analítico que permitiera dar cuenta de algunos aportes metodológicos a la luz del análisis y la construcción de datos y categorías. En este sentido, privilegiamos un conjunto de narrativas en las que los profesionales expresan sus ‘teorías nativas’ acerca de los motivos que movilizan a las personas a querer intervenir sus cuerpos en pos de modificarlos, la relación que establecen entre los conceptos de sexo y género, así como parte de las estrategias sobre las que construyen sus ‘diagnósticos’.

Marco de análisis

La antropología de la medicina y la sociología de la salud han recurrido a la producción y el análisis de narrativas sobre la experiencia subjetiva de padecimientos crónicos y sobre las

1 Las siglas LGBTI, hacen referencia a lesbianas, gays, bisexuales, trans e intersexo.

2 A la vez, hemos participado junto a varios de los profesionales entrevistados en algunos eventos y reuniones sobre sexología, bioética y urología que tuvieron lugar durante el desarrollo de la investigación.

relaciones terapéuticas (Kleinman, 1988; Good, 1977, 1994; Del Vecchio Good y otros, 1994; Alves, Rabelo y Souza 1999; Grimberg, 2003, 2009; Margulies, 2009, 2014; Recoder, 2006, entre otros). La tradición de estudios de narrativas biomédicas, cobra visibilidad en la década de los '80 privilegiando un conjunto de estudios que abordan las dimensiones narrativas de la práctica médica, examinando los encuentros clínicos como una serie de negociaciones entre profesionales y pacientes en las que se ponen en juego tanto el sentido de la enfermedad, como el tratamiento (Del Vecchio Good y otros, 1990, 1994b; Mattingly, 1994, 1998, 2000; Good, 1994; Good y Del Vecchio Good, 2000). A pesar de la abundancia de estudios que privilegian esta línea de análisis, se han desarrollado prácticamente muy pocos trabajos desde una perspectiva exclusivamente metodológica que brinden herramientas de análisis. En esta propuesta recuperamos los estudios de narrativas biomédicas para (re)pensar nuevos aportes metodológicos que permitan indagar tanto el contexto de producción -entre profesionales de la salud que se desempeñan en la atención de personas trans en dos hospitales públicos-, como su posterior análisis y categorización desde una perspectiva cualitativa.

Paralelamente, un conjunto de construcciones teóricas y ejes transversales atraviesan toda la redacción de este trabajo. Nos serviremos en parte, de los estudios sociales de la ciencia y la tecnología (SSTS), así como de algunos enfoques de la antropología médica, que proponen constituir como objeto de estudio las *prácticas científicas* (Bijker & Law, 1992; Latour y Woolgar, 1995), las *intervenciones (biomédicas)* y *performances* (Mol, 1999; Chazan, 2007).

Dentro de la corriente crítica de la antropología de la salud, recuperamos los trabajos de Parsons (1980) y Conrad (1982), quienes introducirán una relación entre la construcción social de la

enfermedad y la anormalidad; caracterizando a la medicina como una institución social y al médico como un agente de control, e intervención técnico-social (B. Good, 1994; Grimberg, 1995). A su vez, consideramos los procesos de institucionalización biomédica, a partir del análisis de las propias características que han asumido históricamente el saber y los procesos de atención médicos en contextos hospitalarios. El saber médico resulta definido por Menéndez y Di Pardo (1996:58) como “la articulación que opera el médico en términos funcionales institucionales entre el conocimiento científico-técnico aprendido en su proceso formativo universitario; el conocimiento y técnicas obtenidos a partir de su trabajo profesional; las costumbres ocupacionales incorporadas en las instituciones médicas y la apropiación y resignificación técnica de las representaciones y prácticas sociales medicalizadas”.

Construcción de la mirada y el discurso médico

El proceso de medicalización, como parte del avance del saber sobre los cuerpos y la vida, es parte del poder que tiene la biomedicina de definir qué es salud y qué es enfermedad -que es normal/anormal y en definitiva patológico- (Foucault, 1980) como mecanismo para extender su dominio. Los discursos expresan el saber, pero no en términos de ‘verdad’, sino en términos de positividad, cuando pronunciados regularmente, se presentan como -y construyen una- materialidad (Foucault, 1969). Es este saber el que los profesionales operan para diferenciarse y manejar las representaciones y las prácticas de los conjuntos sociales.

En la teoría empirista del conocimiento médico, las enfermedades son entendidas como entidades biológicas o psico-fisiológicas universales, que son el resultado de lesiones somáticas o disfunciones. De este modo la medicina se orienta a crear significación, allí donde dicha significación o interpretación no existían antes (Friedson, 1978).

Byron Good (1994) crítica a la concepción empirista del saber biomédico entendido como “espejo de la naturaleza” que refleja o representa la realidad de la condición biológica y la enfermedad de los cuerpos. En el mismo sentido Gordon (1988) afirma que en medicina la naturaleza se presenta como algo dado, una cosa en sí, externa a la experiencia humana de ella y la enfermedad es la expresión de un mecanismo autónomo captable a través de signos objetivos. Conocer en medicina es aprehender “la correspondencia entre representación y realidad externa” y “las taxonomías de enfermedad [reflejarían] las enfermedades reales existentes en la naturaleza” (1988:27).

Los aportes que recuperamos de los estudios sociales de la ciencia (SSTS) y de la antropología de la ciencia, nos permiten ‘descajanegrizar’ los procesos de producción de ‘datos’ y ‘hechos’ en la clínica. A partir de ciertos procesos selectivos, los profesionales dotan de sentido y significación las experiencias caóticas y coloquialmente narradas por los pacientes. Las historias de sufrimiento se presentan como realidades desordenadas que los médicos deben analizar y (de)codificar para convertirlas en inteligibles. Develar los procesos de producción de conocimiento en el laboratorio, tal como lo hacen Latour y Woolgar (1995), permite encontrar algunas similitudes con los procesos que llevan adelante los profesionales de la salud, al analizar la producción de ‘enfermedades’ como una construcción social (Conrad, 1982; Parsons, 1984; Fleck, 1928, entre otros).

Consideramos que la puesta en narrativa es una acción social que debe analizarse considerando el contexto específico de interacción en que se produce, pero además en interpelación respecto de la estructura social –contemplando las relaciones de poder, el ordenamiento de las relaciones sociales y el capital que se pone en juego-. En este sentido las narrativas no sólo son una forma de ‘comunicar’, sino como una performance que subyace y atraviesa la acción clínica. Tal como lo expresa Mattingly, (1998) los médicos y pacientes crean historias que estructuran sus interacciones, éstas argumentaciones terapéuticas son inseparables y constitutivas de los procesos curativos inherentes a la práctica médica. Las narrativas terapéuticas son producto de lo que Kleinman (1995) llama la “transformación profesional de la experiencia”, es decir el proceso mediante el cual los saberes médicos transforman la experiencia del paciente en un ‘caso clínico’.

La producción de narrativas como estrategia del trabajo de campo

Las narrativas son medios que nos permiten conocer, entender y otorgar sentido al mundo social, priorizando, no sólo el contenido, sino los modos en que las personas hablan y presentan los eventos. Las narrativas orales se producen en la interacción social, en ellas narradores e interlocutores participan en lo que se identifica como la construcción de una trama (Mattingly, 1994). Los relatos nativos también son importantes por lo que nos dicen sobre la gente que los produce. En este sentido, podemos emplear los relatos que nos proporcionan los informantes como evidencias de las perspectivas de los grupos o de las categorías particulares de los actores (Hammersley & Atkinson, 1994:70).

Considerando lo anterior, es menester tratar de captar y registrar –además del discurso- los factores situacionales que juegan un rol decisivo en la construcción de narrativas, dado el hecho de que “producimos continuamente nuevas narrativas en nuevos contextos” sociales y culturales. Good y Del Vecchio Good (1993) han analizado cómo los estudiantes de medicina aprenden a construir la enfermedad a través de un conjunto distintivo de prácticas discursivas, que reflejan la narratividad del razonamiento clínico y que se aprenden a través de su involucramiento práctico en contextos asistenciales; dando lugar a una serie de convergencias y divergencias entre las narrativas biomédicas y la experiencia individual. Por un lado, el encuentro entre médico y paciente se inicia normalmente con un acto narrativo y narrar historias –aunque sean clínicas- constituye una “herramienta clínica” fundamental. Los médicos escuchan la historia del paciente pero selectivamente y a partir de ello construyen otra historia que se enmarca y traduce a partir del corpus del saber previamente aprendido (Armstrong, 1988). Por otro lado, los médicos desarrollan otras narrativas acerca de las enfermedades y su tratamiento en otros contextos institucionales y espacios –además del consultorio- como ateneos, sala de reuniones, clases, rondas hospitalarias, etc. El modo en que se construye el discurso está directamente relacionado con la posición del narrador y el aspecto en que hace foco la narrativa. En este sentido, en nuestro trabajo de campo se evidenciaron marcadas diferencias entre las narrativas que se construyen entre médicos y pacientes, entre ‘colegas’ –considerados del mismo status-, entre médicos y residentes o alumnos y entre médicos y antropóloga; lo que da cuenta del modo en que las relaciones de poder y las posiciones sociales atraviesan las prácticas narrativas. Por ejemplo, sólo los médicos de planta y con más antigüedad y jerarquía expresan “el punto de vista de todo el equipo”, ellos tienen total libertad para hablar de sus experiencias personales o introducir anécdotas y extenderse indefinidamente en el relato; mientras que los médicos jóvenes y/o residentes se mantienen en silencio a menos que se les pregunte directamente, o sólo hacen breves acotaciones.

En las entrevistas que les fui realizando a los ‘más experimentados’ no dudaron en asumir un rol docente, ubicándome a mí en el papel de un aprendiz que ‘no sabe’ y debe aprehender las categorías y conceptos técnicos, así como comprender las dinámicas burocráticas, económicas y políticas que implica desempeñarse como médico en una institución hospitalaria pública. Así, me explicaron pacientemente cuestiones vinculadas al funcionamiento del sistema endocrino del cuerpo, el papel de las hormonas en el desarrollo de la personalidad y los caracteres físicos- intentando, en vano,

recuperar mis pobres conocimientos de anatomía-, cuestiones específicas relacionadas con técnicas quirúrgicas, o las ‘disputas’ que se generaban con otros especialistas por el uso del quirófano para intervenir a personas trans.

Aspectos metodológicos de la producción y análisis de datos

A partir de algunos ejes temáticos, proponemos vincular en el análisis las narrativas médicas que obtuvimos en las entrevistas con la racionalidad científica que opera en los discursos y estructura un modo particular de construir y ordenar ‘la realidad’ en la práctica clínica.

El paradigma naturalista es una de las principales tradiciones del pensamiento occidental moderno y la base sobre la que se erigen las ‘asunciones ontológicas’ del conocimiento biomédico (Gordon, 1988). Los principios dualistas que funcionan como base de muchas de las construcciones que efectúan los profesionales responden a una serie de distinciones entre: naturaleza/ cultura, cuerpo/ mente, objetivo/ subjetivo, realidad/ experiencia. Dentro de esta enumeración incluimos la dualidad sexo/género, siendo el sexo descripto biológicamente como anterior, esencial y el género como una construcción socio-cultural, o una percepción subjetiva.

EN CUANTO AL GÉNERO, ESTÁ MÁS RELACIONADO CON LO QUE SIENTE EL PACIENTE, CON LA IDENTIDAD DE GÉNERO Y CON EL ROL DE GÉNERO, QUE ES CÓMO ÉL SE MANIFIESTA ANTE LA SOCIEDAD Y QUE NO SIEMPRE ESTÁ VINCULADO PURA Y EXCLUSIVAMENTE CON EL SEXO. POR ESO VIENE TODA ESTA APERTURA DE LO QUE ES LA DIVERSIDAD DE GÉNERO. LO QUE PASA QUE NOSOTROS ESTAMOS FORMADOS EN UNA CULTURA MUY BINARIA EN CUANTO A LO QUE ES GÉNERO, MUY CELESTE Y ROSA Y MUY RELACIONADO TAMBIÉN, A LO QUE ES EL SEXO ANATÓMICO. (GASTÓN, URÓLOGO RESIDENTE)

El modelo biomédico, como parte del campo científico, caracteriza, construye y fundamenta el conocimiento a partir de procesos o ‘hechos observables’ entre los que establece relaciones causales y unívocas. Un claro ejemplo es la primera ‘intervención’ médica sobre el cuerpo que se practica al momento del nacimiento: la sexuación. En ella se expresa el poder médico de ‘nombrar’ y ‘adscribir’ los cuerpos y las identidades a una (y sólo una) de dos categorías posibles, desconociendo el salto discursivo entre ‘macho /hembra’ a las categorías expresadas en términos

legales, como masculino o femenino¹. Al mismo tiempo, se enuncia una paradoja respecto del sexo como algo “con lo que venimos” y a la vez como algo “que dan los médicos al nacer”.

EL SEXO ES FÍSICO, ES CON LO QUE VENIMOS DE FÁBRICA, SON LOS GENITALES, EN LO QUE SE BASAN LOS MÉDICOS PARA DARLE EL SEXO AL BEBÉ CUANDO NACE. EL GÉNERO VIENE DESPUÉS, TIENE QUE VER CON LAS RELACIONES QUE ENTABLÁS, CON EL TRABAJO, CON CÓMO TE MOVÉS... (DARÍO URÓLOGO Y CIRUJANO)

Muchas de las narrativas médicas que trabajamos buscan, en mayor o menor medida, asociar los requerimientos de las personas trans al modelo de disforia de género o falta de adecuación, como si se tratase de un fenómeno orgánico, preexistente e independiente de los discursos que dan cuenta de ello. Como si la relación sexo/género pudiera pensarse por fuera de las intersecciones políticas y culturales en las que interviene, se produce y mantiene (Dellacasa, 2012).

En el caso de la biomedicina, nombrar es construir sentido respecto de la salud/enfermedad, “categorías nosológicas”, en palabras de Fleck (1928). Muchos médicos continúan en la búsqueda de una ‘teoría etiológica’ que permita explicar las motivaciones y deseos de las personas trans en términos de ‘causas’. “Sabemos qué pasa, pero no sabemos por qué”, expresan en los profesionales en sus discursos:

SABEMOS QUE LA TUBERCULOSIS LA PRODUCE EL BACILO DE KOCH Y NO VAMOS A ANDAR DISCUTIENDO, Y ENTONCES SI ACÁ ESTAMOS DISCUTIENDO, ES PORQUE NO SABEMOS QUÉ LA PRODUCE (DARÍO, URÓLOGO Y CIRUJANO).

LOS MÉDICOS SOMOS MUY ASÍ DE PENSAR CAUSA-EFECTO Y CUANDO NO SABEMOS ES CUANDO NOS VOLVEMOS UN POCO LOCOS, ES COMO QUE NO TERMINAMOS DE ENTENDER... IMAGINATE QUE SI NO LO PODEMOS ENTENDER NOSOTROS, LA SOCIEDAD QUE NO TIENE NADA QUE VER CON LA MEDICINA, A VECES MUCHO MENOS PUEDE LLEGAR A ENTENDER (HEBE, ENDOCRINÓLOGA).

Por otro lado, pensar el proceso de producción de la transexualidad o disforia de género como un ‘hecho’, implica volver visibles y hacer explícitas las dinámicas de dicha producción. En este sentido, muchos de los enunciados que construyen los profesionales de la salud adquieren el tono de una descripción en tanto presentan un estado de cosas como ‘dado’ y subrayan esta intención a

¹ No hay prueba más tajante de la férrea voluntad de la mirada médica por mantener esta dualidad inamovible, que lo que se identifica e interviene como estados “intersexuales”. Para un análisis en profundidad véase Lavingne (2006).

través del uso de formas verbales tales como: *ser, haber, existir*. Los profesionales trabajan en la búsqueda de un conjunto de componentes, condiciones y evidencias, que se han de recolectar como signos y señales ‘suficientes’ para emitir un juicio diagnóstico. La identificación y descripción de los criterios de reconocimiento es en sí misma la construcción del diagnóstico; así las acciones resultan ‘naturalizadas’, funcionando como instrumentos operativos y neutrales. Los relatos reflejan una naturalización de los mecanismos simbólicos y materiales que construyen la masculinidad y la feminidad: las amistades, las compañías, los juegos, las vestimentas se convierten en signos y síntomas, en criterios objetivos que permiten diferenciar ‘trastorno’ de ‘normalidad’.

ESTAS PERSONAS SIENTEN QUE SON DEL SEXO OPUESTO A SU SEXO GENITAL Y CROMOSÓMICO Y ESO SE VE EN SUS JUEGOS, EN CÓMO SE VISTEN, EN LOS COMPAÑEROS, LAS ACTITUDES... (MAURICIO, ENDOCRINÓLOGO)

De este modo, la producción del ‘hecho’ de la transexualidad apela a las ‘certezas’ del diagnóstico, construyendo pruebas y requisitos de lo que es ‘ser’ transexual. Según Barret (1998), el paciente es constituido como un ‘caso clínico’ a partir de los distintos saberes, evaluaciones clínicas y definiciones profesionales.

*LAS PERSONAS TRANSEXUALES SE CONSIDERAN HETEROSEXUALES O SEA, UN TRANSEXUAL FEMENINO ESTÁ TOTALMENTE CONVENCIDO DE QUE ES UNA MUJER Y ESTÁ TOTALMENTE CONVENCIDO DE QUE LE GUSTAN LOS HOMBRES...Y POR ESO ES HETEROSEXUAL. (GASTÓN, URÓLOGO)
EL TRANSEXUAL NO ACEPTA SUS GENITALES, DE HECHO LOS RECHAZA, A VECES HASTA EL PUNTO QUE NO LLEGA A HIGIENIZARSE COMO CORRESPONDE, PORQUE NO LES PERTENECEN. O PORQUE LES FALTA ALGO, O PORQUE LES SOBRA ALGO DE SU CUERPO, LO DESPRECIAN Y LO OCULTAN. (HEBE, ENDOCRINÓLOGA)*

*YO LES PREGUNTO: -¿VOS CUÁNTAS VECES TE MASTURBAS POR SEMANA?
- NO, YO SÓLO UNA DOCTOR, NO MÁS- ESE SEGURO QUE NO ES TRANSEXUAL (MARTÍN, SEXÓLOGO Y PSIQUIATRA)*

En relación a ello, varios de los profesionales entrevistados ubican los relatos de los ‘pacientes’ en el plano de las creencias y aunque no son considerados estrictamente ficciones, se encuentran en un nivel por debajo del conocimiento científico y el ‘saber’ profesional. En este sentido, necesitan

ser ‘traducidos’ al lenguaje del diagnóstico y de los signos/síntomas, mediante un proceso de ‘purificación’.

ELLOS SIEMPRE TE DICEN: ‘ESTOY EN EL CUERPO EQUIVOCADO DOCTORA, LA NATURALEZA SE EQUIVOCÓ CONMIGO’... (HEBE, ENDOCRINÓLOGA)

NO PUEDE VENIR EL PACIENTE: ‘SOY TAL COSA’ PORQUE PUEDE...DIGAMOS ES...CASUALMENTE COMO ES UNA...DIGAMOS, EL DIAGNÓSTICO NO ES UN REFLEJO DE LA SUBJETIVIDAD DEL PACIENTE...NO SE PUEDE HACER INMEDIATAMENTE, TIENE QUE BASARSE EN MUCHOS PASOS Y CON DISTINTOS PROFESIONALES PARA MEDIR LA... DIGAMOS QUE GRADO DE INADAPTABILIDAD AL MEDIO TIENE CON SU GÉNERO (LUIS, URÓLOGO)

El diagnóstico es tradicionalmente una función y una práctica propia del profesional de la salud, no de los pacientes. En tanto, las prácticas de la medicina conservan “el secreto del cuerpo” (Roca, 2010) a través de la identificación de signos por medio de los sentidos -tocar, palpar, oler, escuchar-, o de la traducción autorizada de análisis clínicos y estudios de todo tipo; en este caso, se hace necesario elaborar una lectura del cuerpo ‘normal’ y de una sexualidad ‘heterosexual’.

Estos breves pasajes de las narrativas médicas echan luz respecto de las dinámicas de producción de conocimiento y diagnósticos en el campo clínico. A la vez que permiten identificar modos de categorizar, significar y otorgar sentido a partir de las prácticas concretas de los profesionales; y analizar los modos de institucionalización, no sólo técnica sino también política, social, profesional e ideológica de los discursos.

Reflexiones finales

A lo largo de este trabajo consideramos el lenguaje, no solamente un vehículo para expresar y reflejar ideas, sino un factor que participa y tiene injerencia en la constitución de la realidad social. Esta concepción activa del lenguaje, le reconoce la capacidad de hacer cosas (Austin 1982) y nos permite entender lo discursivo como un modo de acción. Por consiguiente, lo social como objeto de observación no puede pensarse separado ontológicamente de los discursos que circulan

en la sociedad. Estos discursos además, y a diferencia de las ideas, son observables y constituyen una base empírica certera para el análisis.

En la perspectiva de análisis que retomamos se cruzan teoría social y teoría discursiva: Bajtin, Foucault, Pierce, Barthes, etc. Las categorías que el armazón teórico de esos autores nos proporcionan se presentan muy relacionadas con lo que llamamos la necesaria representación discursiva de nuestro objeto de estudio; podríamos decir que en el trabajo de campo que abordamos, ciertas categorías discursivas están ‘atadas’ a las narrativas de los profesionales de la salud.

Partiendo de la premisa de que la medicina construye ‘su objeto’ a través de las narraciones, tanto al nivel de profesionales y pacientes, como entre los propios profesionales; trabajamos en esta ponencia combinando para el análisis y la producción de datos, la racionalidad y la construcción de narrativas biomédicas. La intención fue comenzar a reconstruir el esquema-esqueleto del razonamiento de los profesionales, que se visibiliza en las operaciones diagnósticas y categorizaciones de los ‘pacientes’ y con ello, de la puesta en funcionamiento de las actividades terapéuticas en el dispositivo médico hospitalario. En este sentido, analizamos el modo en que, tanto la racionalidad médica como los principios en que los profesionales fueron formados, atraviesan su percepción del mundo y su accionar clínico dentro de la institución hospitalaria. Finalmente, en términos metodológicos, sostenemos que tanto la reconstrucción del investigador, como la producción de datos para el análisis, constituyen interpretaciones y producciones de segundo grado respecto de la narrativa original. Insistimos además, en que la perspectiva del investigador puede y debe ser objeto de análisis en los estudios de narrativas, como parte de un ejercicio de reflexión metodológica que avance hacia un tercer nivel de interpretación. En otras palabras, asumimos que el modo en que las narrativas se analizan expresa en gran medida la interpretación del investigador acerca del material analizado.

Bibliografía

- ALVES P., RABELO M. y SOUZA I. 1999. *Experiencia de Doença e Narrativa*. Río de Janeiro: Fiocruz.
- ARMOSTRONG, Paul. 1988. “Space and Time in British General Practice” En: Lock, M. y Gordon, D. (ed.) *Biomedicine Examined*. Kluwer Academic Publishers: Dordrecht, Holanda.
- AUSTIN, John. 1982. *Cómo hacer cosas con palabras*. Barcelona: Paidós.

- BARRETT, Robert 1998. *La traite des fous. La construction sociale de la schizophrénie*. Le Plessis-Robinson: Institut Synthélabo.
- BIJKER, W. y LAW, J. (Ed.) 1992. *Shaping technology/building society : studies in sociotechnical change*. Cambridge: MIT Press.
- CONRAD, Peter. 1982. "Sobre la medicalización de la anormalidad y el control social" En: Ingleby: *Psiquiatría Crítica. La política de la salud mental*. Barcelona: Crítica.
- DELLACASA, María A. 2012. *Un abordaje antropológico de los procesos diagnósticos, protocolos y rutinas y de intervención terapéutica*. Tesis de Maestría. Facultad de Filosofía y Letras, UBA.
- DELVECCHIO GOOD, M., GOOD, B., SCHAFER, C. y LIND, S. 1990. "American oncology and the discourse on hope". *Culture, Medicine and Psychiatry*, 14: 59-79.
- DELVECCHIO GOOD, M. , BRODWIN, P. , GOOD, B. y KLEINMAN, A. (Eds.). 1994 *Pain as human experience: An anthropological perspective*. Los Ángeles: University of California Press.
- DELVECCHIO GOOD, M. , GOOD, B. , MUNAKATO, T., KOBAYASHI, Y. y MATTINGLY, C. 1994b. "Oncology and narrative time". *Social Science & Medicine*, 38(6): 855-862.
- FLECK, Ludwing [1928]. 1986. *La génesis y el desarrollo de un hecho científico*. Madrid: Alianza Editorial.
- FOUCAULT, Michel. 1968. *Las palabras y las cosas. Una arqueología de las Ciencias Humanas*, Siglo XXI, Bs As.
- [1969]. 2002. *Arqueología del saber*. Buenos Aires: Siglo XXI editores.
- [1963]. 2000. *El nacimiento de la clínica*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores, 2004.
- FRIEDSON, Eliot. 1978. *La profesión médica*. Barcelona: Península.
- GOOD, Byron. 1994. *Medicine, rationality and experience. An anthropological perspective*. Nueva York: Cambridge University Press.
1977. "The heart of what's the matter: the semantics of illness in Iran". En: *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1 (1): 25-28.
- GOOD B.y DELVECCHIO GOOD, M. 2000. "'Fiction" and "historicity" in doctors' stories: social and narrative dimensions of learning". En: Ch. Mattingly y L. Garro (Eds.) *Narrative and the cultural construction of illness and healing*. Los Angeles: University of California Press. pp. 50-69.
- 1993 "'Learning Medicine'. The construction of medical knowledge at Harvard Medical School". En: Lindenbaum, S. y Lock, M. (ed.) *Knowledge, Power and Practice. The Anthropology of Medicine and everyday life*. Berkeley: University of California Press.
- GORDON, Deborah. 1988. "Tenacious Assumptions in Western Medicine". En: Lock, M. Gordon, D. (ed.) *Biomedicine Examined*. Kluwer Academic Publishers: Dordrecht, Holanda.
- GRIMBERG, Mabel. 1995. Sexualidad y construcción social del Sida. Las representaciones médicas. *Revista Cuadernos Médico-Sociales*, 70, Rosario.
- 2003b. Narrativas del cuerpo, experiencia cotidiana y género en personas que viven con HIV. *Cuadernos de Antropología Social*, 17: 79-99.

2009. *Experiencias y narrativas de padecimientos cotidianos. Miradas antropológicas sobre la salud, la enfermedad y el dolor crónico*. Buenos Aires: Antropofagia/ Facultad de Filosofía y Letras, UBA.

HAMMERSLEY, M. & ATKINSON, P. 1994. "Los relatos nativos: escuchar y preguntar". En: *Etnografía. Métodos de investigación*. Ed. Paidós, Barcelona.

KLEINMAN, Arthur. 1988. *The illness narratives. Suffering, Healing, and the Human Condition*. Nueva York: Basic Books.

KLEINMAN, Arthur. 1995. *Writing at the Margin. Discourse between Anthropology and Medicine*. Berkeley: University of California Press.

KRAKOWSKI CHAZAN, Lilian . 2007. *'Meio quilo de gente': un estudo antropológico sobre ultrassom obstétrico*. Río de Janeiro: editora Fiocruz.

LATOUR, B. y WOOLGAR, S. 1995. *La vida en el laboratorio. La construcción de los hechos científicos*. Madrid: Alianza.

MARGULIES, Susana. 2009. *La definición médica del VIH-Sida (1993-1994 y 1998-2000): Naturalización y fragmentación en la narrativa médica de la enfermedad*, Bs. As., mimeo.

2014. *La atención médica del VIH-SIDA. Un estudio de antropología desde la medicina*. Buenos Aires: Editorial Facultad de Filosofía y Letras, UBA.

MATTINGLY, Cheryl. 1994. "The concept of therapeutic emplotment". *Social Science & Medicine*, 38: 811-822.

1998. *Healing dramas and clinical plots. The narrative structure of experience*. Cambridge: Cambridge University Press.

2000. "Emergent narratives". En: Ch. Mattingly y L. Garro (Eds.) *Narrative and the cultural construction of illness and healing*. Los Ángeles: University of California Press. pp. 181-211.

MATTINGLY, C. Y GARRO L. 2000. *Narrative and the Cultural Construction of Illness and Healing*. University of California Press, Berkley –Los Ángeles-Londres.

MENÉNDEZ, E. Y DI PARDO, R. 1996. *De algunos alcoholismos y algunos saberes*. México: Ediciones de la Casa Chata.

MOL, Annemarie. 1999. Ontological politics. A word and some questions. *The Sociological Review*, Vol 47, N° 1, pp. 47 -89.

PARSONS, Talcot. 1984. *El sistema social*. Madrid: Alianza.

1968. *La estructura de la acción social*. Madrid: Gudarrama.

RECODER, María Laura .2006. *Vivir con HIV-Sida. Notas etnográficas sobre la experiencia de la enfermedad y sus cuidados*, Tesis de Doctorado, Universidad Federal do Bahía, Brasil.

ROCA, Alejandra. 2010. La tecnología y los modos de conocer. Cuando la antropología interroga. *Encrucijadas. Homotecnologías*. N°49, junio. Universidad de Buenos Aires, pp. 13-18.

