

Un abordaje antropológico del proceso de atención hospitalario en Vih-Sida.

María Cecilia Gianni

Introducción

Siguiendo a E. Menéndez 1990, consideramos relevante señalar que «los procesos salud-enfermedad-atención se desarrollan en un espacio relacional de conflicto y complementariedad entre diferentes actores sociales» .

En este sentido, los procesos de salud/ enfermedad /atención suponen la construcción de saberes y de prácticas «...que no son patrimonio exclusivo de la medicina. Por el contrario en su construcción social han operado mecanismos de apropiación, reelaboración y reinterpretación, tanto al interior del propio campo médico como entre distintos actores sociales.(Grimberg.; 1995, pág.38-51)

Incorporamos al marco conceptual, la noción de hegemonía trabajada por M.Grimberg (1992): que posibilita «dar cuenta de relaciones de poder que articulan de manera contradictoria, tensa, mecanismos de coerción y consenso; de relaciones de complementariedad y conflicto entre diferentes actores sociales, y fundamentalmente desde una red variable de relaciones de fuerza que modelan y dan sentido a la vida cotidiana».

Realizando un breve recorrido por los distintos aportes desde la producción socio-antropológica vinculada al análisis del proceso de atención, hemos distinguimos tres perspectivas:

-Una primera, que centra el estudio en la definición del rol del enfermo encerrando una designación de desviación desde la cual se legitima la relación reintegradora médico-paciente.

-Una segunda, que focaliza en la medicina como profesión médica, como institución constructora de enfermedades y de enfermos, incorporando una visión socio-histórica del proceso.

-Una tercera, que da cuenta de las modalidades en que se ha expresado históricamente el proceso de atención. Señalando como los procesos de salud-enfermedad-atención se construyen en torno a la configuración de las relaciones entre los distintos actores intervinientes.

Desde la primer perspectiva, Parsons consideró a la enfermedad como elemento disfuncional que altera el equilibrio y la reproducción del sistema social.

Dado que para el autor la enfermedad es entendida como «conducta desviada», la medicina se transforma en mecanismo de control social ejercido desde la práctica y los saberes médicos. El rol del médico y del enfermo se necesitan y complementan mutuamente para la restitución a la «normalidad» de este último.

Este análisis deja de lado la existencia de conflicto y tensión en la relación médico-paciente. Las acciones del médico apuntan a controlar las desviaciones de

los individuos. Este modelo no da cuenta del proceso de construcción de la medicina como agente de control social, como así tampoco de los intereses socioeconómicos y sociopolíticos dominantes que intervienen.

Desde la segunda perspectiva, Friedson incorporó una visión histórico-social que articula la relación Estado-medicina en un contexto social más amplio. Según el autor, desde el Estado se legitima a la profesión médica como la única habilitada para operar sobre el proceso salud-enfermedad.

Analiza la constitución de la medicina como vehículo de valores sociales, como institución que genera y define «enfermedades» y «enfermos».

Tal como señala Friedson (1970) la profesión médica juega un rol activo en el proceso de definición y designación de «desviación», descubriendo nuevas enfermedades e interviniendo con tratamientos médicos «apropiados». Orientada a buscar y encontrar enfermedad, es decir a buscar y crear significantes sociales de enfermedad donde faltaban anteriormente. Concibe a la enfermedad como un significado social que adhiere a la noción de «conducta desviada» respecto de un sistema normativo.

El médico es un empresario moral, puesto que el acto de designación de enfermedad involucra un juicio de valor.

La experiencia clínica (el tratamiento y la evaluación clínica) «plantea una complicidad entre el médico y el paciente», donde el paciente es orientado por el médico a interpretar sus síntomas y las variaciones de respuestas al tratamiento.

Desde aquí, surge una categorización que diferencia aquellos sujetos considerados profesionales y capacitados para definir y tratar la enfermedad, de aquellos considerados profanos respecto de su cuerpo, los cuidados necesarios y el conocimiento apropiado para operar sobre su padecimiento.

Desde una tercer perspectiva E.Menéndez 1991, desarrolla un modelo con fines analíticos y metodológicos factible de ser aplicado a la hora de caracterizar y estudiar el proceso de salud-enfermedad-atención. El Modelo Médico Hegemónico (MMH) permiten configurar una visión más globalizada sobre el papel de la medicina como institución de control social: la relación médico paciente asimétrica; la concepción de la enfermedad como anormalidad, ruptura, desviación; la práctica curativa-restitutiva basada en la eliminación del síntoma; la relación de subordinación social y técnica del paciente; el paciente como responsable de su enfermedad; la tendencia a la medicalización de los problemas, entre otros.

El MMH cumple varias funciones: unas de las definidas por el autor son las funciones de control, normalización, medicalización y legitimación que permiten la expansión del proceso de medicalización actuando sobre las prácticas y conductas sociales, convirtiendo en «enfermedad» determinados problemas o procesos sociales.

El proceso de atención en Vih-Sida

El proceso de atención en Vih-Sida se desarrolla en el campo hospitalario desencadenando discursos y prácticas de control y normatización desde la intervención de los profesionales.

Metodológicamente, identificamos dos instancias claves del proceso de atención : -a)- La instancia ambulatoria que tiene como escenario los consultorios externos en dónde habitualmente se completa la historia clínica, se efectúa el diagnóstico y se inicia el tratamiento medicamentoso; -b)- La instancia de la internación que tiene como escenario la sala de internación.

En este trabajo acotamos nuestro análisis a la instancia ambulatoria. Esta se desagrega en varios momentos:

1.1) «La carrera del enfermo». La primer consulta médica.

Cuando una persona se presenta por primera vez en los consultorios externos, con o sin diagnóstico previo, se completa la historia clínica del paciente.

El acto de volcar los datos a la historia clínica está acompañado por una entrevista realizada desde el (los) profesional (les) al «paciente». Este procedimiento se caracteriza por indagar acerca de las «conductas de riesgo», la «carrera del paciente» y esbozar un diagnóstico presuntivo.

En la entrevista pre-test, el profesional pregunta acerca de los motivos que llevaron al paciente a querer realizarse el análisis de detección de anticuerpos para el Vih. Durante la entrevista se profundiza en las «conductas de riesgo del paciente», se subrayan las medidas de prevención y se indican pautas de cuidado y autocuidado. Antes de concluir la entrevista los profesionales asesoran al paciente acerca de las formas de contagio, la reinfección y la existencia del período ventana.

«Generalmente son sospechas de algo o de situaciones de riesgo en las que han estado. A veces son reales y otras fantanciales. Entonces uno tiene que indagar realmente qué tipos de comportamientos de riesgos que tuvo y que los llevó a esto.

Esto se vuelca en la historia clínica y aquí va nuestro aporte como psicólogos»(Psi,f)

En este contexto, el paciente que recurre al hospital demandando atención médica se encuentra que «es sometido» a una entrevista en la cual se indaga sobre aspectos de su vida social, sobre las situaciones de riesgo....

« Nosotros teníamos que llenar la historia clínica que decía: ¿Ud.es homosexual o heterosexual? , estaba naturalizado preguntar esto.Vos fijate el grado de violación de la privacidad del otro. Y ahora estas cosas se siguen preguntando pero con más respeto. «.(M,I)

«El interrogatorio es bastante complejo y a veces bastante terrible porque interrogás sobre la sexualidad y unas cuantas cosas más. Y esto a veces es muy duro

y muy incómodo para mucha gente. Acá en consultorios externos, le hacemos de entrada un estudio y entrevista general para ver cómo está, se les explica que no es porque estén enfermos sino para ver dónde estamos parados» (M,I)

Ambos testimonios han sido seleccionados para graficar cómo durante la consulta médica han operado y operan una serie de dispositivos que dan cuenta de:

-la existencia de mecanismos de control jerárquicos (basados en la asimetría de la relación médico-paciente) que hacen de la consulta un interrogatorio dirigido al paciente .

-que el profesional durante el interrogatorio profundiza en aquellos aspectos que pertenecen a la esfera del mundo privado del «paciente» (su sexualidad, sus costumbres, sus vínculos y relaciones próximas, y de su vida cotidiana en general).

-el interrogatorio está avalado por un consenso, competencia médica o profesional que «autoriza» a realizarlo.

-plantea un alto grado de despersonalización del paciente. Si bien la práctica médica apunta al individuo, por otro lado es homogeneizante puesto que el «paciente» se transforma en el conjunto de síntomas, signos de una cadena de significantes, que lo convierten en caso clínico.

Tanto el «interrogatorio» como la historia clínica están orientados en torno a ciertas categorías estigmatizantes: promiscuidad, homosexualidad, drogadicción.

Sumado a esto, observamos, que los profesionales se dirigen a los pacientes preguntando desde el sentido común, es decir, desde una trama de significaciones que responden a un marco valorativo referencial, cultural e históricamente determinado; centrando el interés en obtener información acerca de la privacidad de la vida cotidiana del paciente, información que no valida por sí misma el diagnóstico y que por otro lado no modifica el resultado del análisis.

Algunos profesionales se han mostrado críticos respecto a cómo están estructurados este tipo de formularios y del interrogatorio que acompaña a la historia clínica, situaciones ambas que les generan contradicciones.

La «privacidad» resulta un nudo de tensión, un foco de conflicto en la relación médico-paciente. Esta pone en cuestión la construcción de la «privacidad» del otro. En este sentido, frecuentemente el profesional reconoce realizar una intervención que no sólo incomoda al paciente sino que lo ubica en una posición de subordinación técnica y social respecto de él.

1.2) La entrega de resultados. La segunda entrevista.

La entrevista post-test, es el momento de la entrega del resultado del análisis.

Esta es realizada por profesionales médicos y psicólogos, quienes contando

con el resultado del test y con el objetivo explícito de obtener información cualitativa acerca de la trayectoria de vida del «paciente», preguntan más en profundidad. Se busca reconstruir la historia de las «conductas de riesgo» del paciente y «modificar dichos comportamientos», es decir que a partir de lo que el paciente informa, los profesionales intervienen «sugiriendo», «aconsejando» las prácticas de cuidado y autocuidado que este deberá asumir.

1.3)-El seguimiento clínico.

Tal como señaló Parsons en «El sistema complementario de roles», el paciente es responsable de seguir estrictamente el tratamiento prescripto por el médico.

En este sentido, como parte de una estrategia terapéutica global, los médicos indican al paciente los cuidados a seguir. Estos abarcan ciertos aspectos de su vida: llevar una dieta adecuada, no atravesar situaciones de stress, descansar entre 8 y 9 hs diarias, realizar los estudios de Carga Viral y CD4 periódicamente, no automedicarse, no interrumpir la toma de medicación, respetar los horarios de las tomas, no cambiar el esquema de medicación salvo criterio médico.

Respecto a las conductas, estas pasan por: usar profiláctico en toda relación sexual (anal, vaginal, oral) desde un comienzo, abstenerse de consumir sustancias tóxicas: tabaco, alcohol, drogas.

Las indicaciones médicas arriba señaladas, no sólo asumen un carácter prescriptivo sino que al ser «delegadas» a la «responsabilidad» del «paciente», la «delegación» lo subraya y refuerza.

Observamos que en este movimiento de informar y controlar a la vez, en la relación médico-paciente se produce un desplazamiento de la vigilancia cotidiana de los cambios en el estado de salud de los pacientes ahora en manos de estos últimos.

En este contexto y tal como lo refiere el siguiente testimonio, los saberes y la práctica médica en la relación médico-paciente asumen un carácter normativo, disciplinario a la vez que disciplinante que opera medicalizando la cotidianeidad de los sujetos.

«Nosotros los médicos es como que estamos parados allá arriba, y el decir esto o aquello puede revertir la situación, pero es la única manera para tratar de ayudar al paciente, a veces es bueno usar esa influencia para tratar que hagan algo para el bien de ellos, porque vos sabés por experiencia que si siguen en esa les va a ir cada vez peor. Tratás de decirle que no lo hagan, por ejemplo el drogarse, porque sino viste...
«.(M,I).

Desde el momento del diagnóstico y particularmente durante el «tratamiento

de la enfermedad» es dónde el MMH aparece como respuesta a los padecimientos y daños y se oculta como control, pero es aquí dónde medicaliza y normatiza, a través de condiciones técnicas - discursivas de subordinación entre otras.

La dinámica de la relación médico-paciente

Un aspecto central de la dinámica de la relación médico-paciente es que a medida que los actores profundizan en la misma, generalmente se desencadena un doble proceso:

a)-de subordinación del «paciente» respecto de los saberes y poder médico.

A través de los testimonios, encontramos que no hay una sola actitud frente al «poder y al saber médico». No todos los pacientes atraviesan y/o experimentan la relación de subordinación social y técnica a lo largo del proceso de atención. No obstante cuando sí ocurre, no es vivida de igual manera por todos los sujetos sino que responde a los condicionantes socioeconómicos y culturales de clase, la adscripción y pertenencia a un grupo, a los modos y trayectorias de vida. Estos inciden en la construcción de subjetividades y saberes para enfrentar los padecimientos, como así también en el reposicionamiento de los pacientes y los profesionales durante la relación.

«Pero a mi me ha pasado que los pacientes cuando consultan al medico, ante una decisión que tienen que tomar te preguntan: ¿Ud. doctor que haría?

Ni siquiera que me aconseja sino que yo decidiera por ellos». (M,I)

Esta pregunta :¿Ud. doctor que haría? nos muestra una situación de subordinación, legitimada desde el momento en que el depositario del saber es el otro «el medico».

b)- de procesos de demandas, resistencias y negociaciones a lo largo de la relación médico-paciente.

Según lo refirieron los médicos entrevistados, las demandas de los pacientes expresan «una terrible angustia porque.....todavía no han entendido, no tienen en claro bien que es esto del HIV, que les va a pasar, como va a ser su vida de ahora en adelante «. (M,I)

Queremos señalar que independientemente de estar o no motivados por « una terrible angustia», las demandas y consultas de los pacientes pasan por informarse y asegurarse que el tratamiento que van a recibir sea el mejor, el más actualizado.

Un aspecto a considerar es el hecho de que el «paciente» que vive con VIH-Sida maneja un caudal importante de información respecto de los últimos avances en los tratamientos para controlar la «enfermedad». Creemos que esto se debe a varias cuestiones. A continuación señalamos tres de ellas:

-preguntan al profesional acerca de los tratamientos y buscan que éste les informe respecto del devenir del Vih-Sida, del tiempo de vida restante y de la calidad de la misma.

-al existir debates abiertos en torno del Sida en los medios masivos de comunicación, y como producto del flujo de información con respecto a los tratamientos y drogas especializadas, los «pacientes» cuentan con un conocimiento exhaustivo de los antirretrovirales existentes, las combinaciones de drogas y sus efectos colaterales, etc.

-buscan información por su cuenta, leen bibliografía sobre el tema, asisten a cursos, encuentros, congresos, etc.

Hemos registrado, que entre las demandas más reiteradas de los pacientes se encuentra la problemática del acceso a los fármacos. Los «pacientes» pasan largas horas en el hospital en busca de medicamentos, o bien intentan relacionarse con algún profesional a cargo de un protocolo de investigación con el objeto de integrarse a este y tener asegurado el acceso a las drogas durante un tiempo determinado.

También demandan una mayor agilización de los trámites altamente burocráticos que deben realizar al asumir un tratamiento medicamentoso, que involucra no sólo la toma de medicación sino la realización de una batería de análisis en forma constante.

En este plano, los pacientes muestran interés en ser asesorados respecto a las formas más expeditivas para realizar los trámites, buscando el apoyo y la complicidad del profesional.

Las resistencias de los pacientes, varían en tipo y número, no obstante cada una de ellas expresan de modo más o menos explícito que en la relación médico- paciente, éste último no es solo un sujeto a rehabilitar-curar, informar o disciplinar sino que desde un lugar protagónico, desarrolla capacidades para discernir qué le conviene y qué no (con limitaciones en lo que respecta al espacio de toma de decisión).

Estas resistencias van desde: rechazar los tratamientos, exigir realizar otro más complejo, dejar de tomar tal droga por los efectos colaterales que ésta provoca en su organismo, abandonar la visita clínica.

A su vez, los datos del trabajo de campo muestran una serie de resistencias por parte de los pacientes, que se expresan en la constante búsqueda de «tratamientos alternativos» como complementarios y/o substitutivos al tratamiento prescripto por el médico.

El «paciente» también resiste a aquellas intervenciones del profesional que apuntan a modificar sus comportamientos y las conductas consideradas de riesgo. En

este sentido los profesionales han referido más de una vez, no estar acostumbrados a trabajar con este «tipo de pacientes» por considerarlos «indisciplinados».

En este sentido, los aportes del modelo biomédico reduccionista desembocan en una terapéutica que entra frecuentemente en contradicción con las prácticas cotidianas de los sujetos.

Durante las entrevistas realizadas a los «pacientes», registramos que sus discursos se encuentran empapados de terminología médica; manejan aspectos clínicos, los valores para interpretar los resultados de los estudios, están al tanto de los diferentes tratamientos y tipo de drogas existentes y conocen las diferentes patologías asociadas al Sida denominadas «enfermedades marcadoras», etc.

Durante el proceso de salud/ enfermedad/ atención, entre el médico y el paciente se produce una apropiación y expropiación de saberes y conocimientos prácticos \ teóricos respecto al cuidado y tratamiento de aquello considerado «enfermedad» en diferentes momentos y contextos históricos.

De este modo, en la relación médico-paciente se pone en juego la interacción de saberes, los cuales a veces aparecen como compartidos y otras no. En este contexto los sentidos otorgados al cuerpo, a la dolencia, la enfermedad y la muerte ; son resignificados constantemente, puesto que responden a diferentes intereses, percepciones y valores que dan coherencia a las prácticas.

Analizando los testimonios observamos que en varias oportunidades los pacientes cuestionan los saberes del médico. Es por esto que la relación médico-paciente se caracteriza por una frecuentemente negociación del tipo y calidad de tratamiento a asumir por parte de este último.

Los testimonios (provenientes de ambos actores) señalan el protagonismo que asume el «paciente de Sida» en lo concerniente a la opinión de su estado clínico, acuerdo \ desacuerdos con respecto a la medicación y control de su bienestar físico.

Estos desarrollan sus propias estrategias de cuidado y autocuidado para preservar su salud, movilizandolos recursos que poseen.

Protagonismo que se expresa en la participación que asumen las personas que viven con Vih-Sida en los tratamientos, en tanto productores de saberes construidos a partir de sus trayectorias y experiencias vividas.

Otro momento de negociación durante la relación «médico-paciente» es la gestión del secreto, es decir la confidencialidad del diagnóstico VIH Positivo.

Las formas de gestión del secreto de la infección están asociadas a las formas de gestión del estigma que recae sobre la persona infectada.

Esta asociación adquiere fuerza en el caso del Sida ya que la seropositividad responde a la construcción social del Sida como una enfermedad «vergonzosa»,

aún antes de conocido el resultado.

En este sentido el temor por parte del paciente a la exposición de su diagnóstico, le plantea la necesidad de acordar con el profesional el manejo del mismo.

Manejar el secreto del diagnóstico está en el centro de la experiencia de la seropositividad y genera una tensión permanente entre el compartirlo o no, en especial cuando los signos de la enfermedad no son visibles, dado que esto les permite a las personas que viven con Vih-Sida guardar selectivamente el secreto.

Conclusiones

La aparición del Sida como síndrome en la década del '80, su definición como enfermedad infectocontagiosa, ha estado atravesada por procesos de estigmatización operantes en el enfoque epidemiológico de riesgo. Este tiende a identificar y categorizar a los sujetos según determinadas «prácticas y conductas». Los discursos médicos del Vih-Sida se articulan en torno a patrones epidemiológicos basados en factores de riesgo que consideran a ciertas prácticas causa y/o vector de transmisión, relacionándolas a una mayor o menor exposición al daño.

Los profesionales reconocen explícitamente que detrás de la enfermedad existen comportamientos sociales y prácticas culturales heterogéneas que refieren a los modos de vida de los «pacientes» y que posibilitan e inciden en el desarrollo de la infección.

El Vih-Sida aparece situado como un problema social y cultural. Lo cultural viene a cuenta de la caracterización de «los otros» como sujetos vulnerables a la infección. Lo social está presente pero asumiendo un sentido negativo, es aquello que se encuentra negado. Lo social es sinónimo de «conductas no apropiadas» y el Sida es la consecuencia de un comportamiento socialmente impugnado. Lo social es causa de enfermedad y es recuperado en la historia clínica cuando se indaga acerca de las conductas de riesgo y la trayectoria de vida del paciente.

No obstante en el abordaje de la problemática del Vih-Sida, los discursos y la prácticas de los profesionales ubican en un segundo plano a aquellos aspectos socioeconómicos y socioculturales traducidos en una vulnerabilidad diferencial de los sujetos frente a la enfermedad.

Al analizar el proceso de atención hemos observado la presencia y funcionamiento de mecanismos que apuntan a normatizar y disciplinar a los sujetos intervinientes.

- En la instancia ambulatoria: la historia clínica y la entrevista pre-test, están dirigidas a relevar información del «paciente» identificando las «conductas de riesgo» con el propósito de indicar los cuidados que éste debe seguir, desencadenándose un doble mecanismo de informar y normatizar a la vez.

- En la entrega de resultados, estos procesos son reafirmados en dos momentos:

.al tiempo de diagnosticar y prescribir un tratamiento, los profesionales orientan y delimitan las prácticas de los «pacientes».

. durante el seguimiento clínico y psicoterapéutico, los profesionales evalúan sistemáticamente las respuestas y adaptaciones del «paciente» al tratamiento.

Asimismo las categorías médicas, las metodologías y tratamientos prescritos medicalizan aspectos de la vida cotidiana del «paciente».

Las prácticas médicas medicalizan «lo diferente» a través de una estrategia de poder que construye discursos que encierran elementos teóricos - técnicos como así también elementos normativos - valorativos.

En base a las entrevistas realizadas, sabemos que uno de los objetivos propuestos por el personal que trabaja en los consultorios externos, consiste en impulsar y favorecer la adopción de medidas de prevención por parte de los «pacientes infectados». Focalizan en la necesidad de producir «cambios en el comportamiento» relacionados a la sexualidad, al consumo de drogas, etc; que se suman a los cambios y recomposiciones operantes en la vida de los pacientes (en relación al trabajo, estudio, familia, pareja, hijos, sexualidad e imagen del cuerpo), como consecuencia de integrar la dimensión de la infección por VIH-Sida a su cotidianeidad.

Todo esto nos permite concluir que las intervenciones del personal de salud a lo largo del proceso de atención no se agotan en el ejercicio técnico-instrumental , sino que está operando un desplazamiento a otras áreas de la vida cotidiana del «paciente»; cumpliendo funciones de control y normatización.

Al estudiar el proceso de atención fuimos analizando la relación «personal de salud - paciente» y encontramos que la misma se caracteriza por una dinámica de demandas, resistencias y negociaciones. Dinámica que muestra que todos los sujetos que participan del mismo desarrollan capacidades y ejercicios de poder.

En el devenir de la relación hay una expropiación y apropiación de saberes. El médico, necesita de las experiencias del «paciente» para diagnosticar y observar detalladamente «la evolución de la enfermedad» y la «respuesta del virus» a los fármacos. El paciente, a su vez, se apropia de categorías y terminología médicas que aplica al reconocer y explicar los cambios operantes en su cuerpo.

A medida que avanzamos en la investigación, observamos que los «pacientes», a través de acuerdos y desacuerdos, negocian con los profesionales la modalidad del tratamiento, puesto que al desarrollar conocimientos acerca del virus y conocimientos acerca de sus cuerpos actúan cuidando y siguiendo atentamente su «estado de salud».

En síntesis, hemos registrado en varias oportunidades, que la acción del médi-

co como profesional especialista en el tema y poseedor de «saberes que el otro no posee», se encuentra condicionado por la presencia de un «paciente» que resulta ser conocedor de la sintomatología y del devenir de la enfermedad y que maneja un caudal importante de información.

En líneas generales el «enfermo de Sida» comparte saberes médicos con respecto a las posibles combinaciones de drogas (cócteles) vigentes y a los avances científicos para frenar la infección. Esta capacidad cognitiva que ha ido desarrollando, lo ha llevado a asumir cierto protagonismo en lo referente al seguimiento de la «enfermedad».

Generalmente aquellos «pacientes» con más tiempo y experiencia de asistir al hospital, se transforman en co-participantes del proceso de salud-enfermedad-atención.

La dinámica de la relación, da cuenta de una disputa planteada desde los «pacientes» en pos del reconocimiento de su acción protagónica en el proceso de atención.

Desde ahí algunos cuestionan la labor profesional señalando las limitaciones de la práctica médica con respecto a una «enfermedad» infectocontagiosa que aún no tiene «cura».

Bibliografía

- ALMEIDA FILHO, N.: «Epidemiología sin números. Una introducción crítica a la ciencia epidemiológica». Serie Paltex para ejecutores de programas de salud, N° 28, 1989.

- CONRAD, P.: «Sobre la Medicalización de la normalidad y el control social», en Psiquiatría Crítica. Crítica-Grijalbo, Barcelona, 1982.

————— «Desviación y mdicalización. De la maldad a la enfermedad», Ed Crítica, 1985.

- DIAZ, J. L.: «Relación médico-paciente: terapéutica: la psicobiología del proceso de curación», en Estudios de Antropología Médica, Instituto de Investigaciones Antropológicas de la Universidad Nacional Autónoma de México, 1986, México.

- FRIEDSON, A.: «La profesión médica» Cap 12, Ed: Península, Barcelona, 1978.

- FOUCAULT, M.: «Microfísica del poder»; Ediciones La Piqueta, Buenos Aires, 1980.

————— «La vida de los hombres infames»; Caronte Ensayos, Bs.As., 1996.

————— «Vigilar y castigar»; Ed. Siglo XXI, México D.F., 1995.

- GRAMSCI, A.: «Introducción a la filosofía de la praxis»; Ed: La red de Jonás. Premia Editora, México, 3°ed., 1983.

- GRMER, MIRKO: «Historia del Sida». Ed: Siglo XXI, México, 1990.

- GRIMBERG, M.; MARGULIES, S. y WALLACE, S. : «Construcción social y hegemonía: Representaciones médicas sobre Sida. Un abordaje antropológico», en: Documentos de trabajo, N°1, ICA, UBA.

-GRIMBERG, M.: «Sexualidad y Construcción social del VIH-SIDA: Las Representaciones Médicas»; en: Cuadernos Médicos Sociales N°70, 1995.

-HERZLICH, C. y PIERRET, J. :»De ayer a hoy: construcción social del enfermo» en: Cuadernos Médico Sociales, N°43, 1988

-HORTON, M ; AGGLETON, P : «Perverts, Inverts and Experts: The Cultural Production of an AIDS Research Paradigm», en Aggleton, Peter ; Hart, Graham; Davies, Peter. 1989. Social Representation, Social Practice. New York, London.

-JODELET, D. : «Las representaciones sociales: Un campo de expansión». En: Jodelet, D (comp) Les representatios sociales. Presses, Universitaires de France. 1989. Traducción del Programa de Ay C.

-LAURELL, A. C.: «El estudio del proceso salud-enfermedad en América Latina», en Cuadernos Médicos Sociales Nro. 37, 1986. pág. 4-16.

-MELOSSI, D.: «El Estado del Control Social». Siglo XXI, México, 1992.

-MELOSSI, D y PAVARINI, M: «Cárcel y Fábrica». Siglo XXI, México, 1991.

-MENENDEZ, E. L.: «Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud». Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Cuadernos de la Casa Chata, No. 86, 1983, México.

_____ «Morir de Alcohol. Saber y hegemonía médica». Alianza Editorial Mexicana, México, 1989.

_____»Antropología Médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones»; Centro de Investigaciones y Estudios superiores en Antropología Social, Cuadernos de la Casa Chata, No. 179, México, 1990.

_____ «La enfermedad y la curación. ¿Qué es la medicina tradicional?»; en Alteridades, 4 (7) 1994.

-PARSONS, T.:»The social system» 1951 Ediciones Occidente, Madrid; pag. 250-349

-PITCH, T.: «¿Qué es el control social?»; en: De Leonardis, O: Curare o punire... Edizioni Unicopli, Milano, 1985.

-WATNEY, S.: «The subject of AIDS». En: Aggleton, P; Hart, Graham., 1989. Social Representation, Social practice, New York, London. The Falmer Press.

Nota:

Los testimonios de los entrevistados, están codificados de la siguiente manera:

1-Para los pacientes (que son todos de sexo masculino) aparece, (P y la edad)

2-Para los médicos aparece (M y la especialidad: I = infectólogos, CM = clínica médica)

3-Para los psicólogos aparece (Psi y el sexo: m = masculino, f = femenino)