

**Belén Bertoni | Graciela Hernández | Jorgelina Ivars
Laura Orsi | María Inés Silenzi**

Conceptos y términos clave en epistemología y metodología de la investigación para enfermería



Serie Docencia | **Colección** Ciencias y tecnología

Conceptos y términos clave en Epistemología y Metodología de la Investigación para Enfermería/Belén Bertoni ...
[et al.]. - 1a edición para el alumno - Bahía Blanca: Editorial de la Universidad Nacional del Sur. Ediuns, 2018.
Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga y online
ISBN 978-987-655-185-4

1. Epistemología. 2. Glosarios. I. Bertoni, Belén
CDD 001.42



Editorial de la Universidad Nacional del Sur
Santiago del Estero 639 | B8000HZK Bahía Blanca | Argentina
www.ediuns.uns.edu.ar | ediuns@uns.edu.ar
Facebook: Ediuns | Twitter: EditorialUNS



REUN Red de Editoriales de Universidades Nacionales



Libro
Universitario
Argentino

No se permite la reproducción parcial o total, el alquiler, la transmisión o la transformación de este libro, en cualquier forma o por cualquier medio, sea electrónico o mecánico, mediante fotocopias, digitalización u otros métodos, sin el permiso previo y escrito del editor. Su infracción está penada por las Leyes n.º 11723 y 25446.

Queda hecho el depósito que establece la ley n.º 11723

Bahía Blanca, Argentina, marzo de 2018.

© 2018. EdiUNS.

INTRODUCCIÓN

Quienes integramos la cátedra de *Epistemología y Metodología de la Investigación para enfermería* y parte de las integrantes del Proyecto General de Investigación (PGI) *Historia Oral, método etnográfico, género e identidades* nos pusimos de acuerdo para realizar una primera selección de conceptos y términos que consideramos claves o relevantes para nuestro recorte disciplinar y la práctica docente en el dictado de esta materia.

Esta cátedra se encuentra radicada en el Departamento de Humanidades de la UNS y está dirigida a estudiantes de la Carrera de Enfermería del Departamento de Ciencias de la Salud. La orientación general de la carrera de la enfermería tiene un fuerte componente social, hay materias específicas focalizadas en el paradigma de la salud colectiva, por lo tanto nuestra currícula en epistemología y metodología de la investigación está también orientada en la misma dirección, entendido esto en un sentido amplio.

Debido a la complejidad teórica que implica pensar a la salud, la enfermedad y el cuidado desde diversas perspectivas, que proponen replanteos de las relaciones entre epistemología y epidemiología, de las transformaciones epistemo/metodológicas y la densidad de nuestras prácticas docentes (que nos interpelan día a día) decidimos hacer esta compilación para facilitar a nuestro alumnado en algunos momentos cruciales. En general las situaciones más complejas ocurren con quienes están cursando la Licenciatura en Enfermería, poseen un título terciario y son enfermeros y enfermeras, trabajan en espacios de salud y tienen incorporados conceptos y prácticas de investigación fuertemente arraigados en el estudio de los procesos biológicos, es así que las cuestiones sociales, discursivas, contextuales, espaciales, les resultan muy ajenas. Esperamos que nuestro material les sirva de ayuda en los momentos en los que las lecturas se oscurecen o no se entienden las consignas de los trabajos prácticos porque no se le encuentra el significado a ciertos enunciados. No pretendemos más que ofrecer un instrumento para seguir adelante sin demasiada pérdida de tiempo. Luego para profundizar en estos temas tendrán que realizar otras lecturas, puede ser en la bibliografía seleccionada. De todas maneras la bibliografía es sólo una referencia para legitimar nuestras citas o para reconocer nuestros recorridos teóricos. En este sentido es necesario aclarar que no se trata de una selección bibliográfica de referencia.

Nuestro programa engloba aportes interdisciplinarios, para posibilitar el tratamiento de conocimientos específicos, técnicas y procedimientos tanto para realizar investigaciones como para analizar las prácticas concretas en enfermería. Esta planificación tiene como un objetivo importante propiciar que la investigación en salud pueda ser pensada como un proceso que no se separa de la planificación y de las prácticas en salud y atención, en los espacios en los cuales se desempeñan nuestras alumnas y alumnos, como los hospitales (tanto de Bahía Blanca como de la zona) o las Unidades Sanitarias ubicadas en los distintos barrios de esta ciudad, como de otras cercanas.

Intentamos que el dictado de la materia sea un espacio de intercambio en el cual todo/as aprendemos, donde se expone la experiencia del trabajo diario de enfermeras y enfermeros y donde se piensen los aportes y debates surgidos de las actividades curriculares como un insumo de indagación permanente en la búsqueda de optimizar las prácticas.

Optamos por desarrollar conceptos y términos específicos, necesarios para la lectura del material bibliográfico sobre epistemología y metodología que fueron trabajados por quienes somos las responsables del dictado de la materia. Cada una puntualizó en aquellos más cercanos a sus líneas de investigación.

Hemos seleccionado conceptos y términos guiadas por la idea que sostiene que es necesario propiciar la problematización de las temáticas vinculadas con las actividades laborales en el campo de la salud, a fin de lograr identificarlas como posibles temas de investigación. Por ese motivo se incorporaron muchos ítem relacionados con el trabajo de campo y con la antropología de la salud, ya que consideramos que en esta disciplina encontramos inspiración e instrumentos para desnaturalizar las observaciones del espacio que nos rodea a la vez que nos permite pensarnos como observadores/as que indagan en aquello de lo que forman parte.

Incluimos una serie de términos de la esfera de la lingüística porque entendemos que en el material que se lee en la cátedra se hace evidente que el lenguaje oral y escrito es la forma en la que nos comunicamos, a la vez que comunicamos nuestros trabajos, ideas y propuestas pero, y sobre todo, debido a la importancia de los aportes de la lingüística a las vertientes teóricas que sustentan gran parte de las metodologías cualitativas.

Los conceptos y términos tienen aclarados su autoría, si bien se trata de un trabajo grupal, la elaboración de cada uno de ellos fue individual, y están identificados por las iniciales de cada autora, en orden alfabético:

LAS AUTORAS

Belén Bertoni (B. B.)

Ma. Belén Bertoni estudió su carrera de grado en Cs. Antropológicas en la Universidad de Buenos Aires (UBA). Durante el 2014 y el 2015 se desempeñó como becaria de posgrado de la Comisión de Investigaciones Científicas (CIC). Actualmente desarrolla su labor docente en Institutos Superiores de Formación Docente y en la Universidad Nacional del Sur y participa de equipos de investigación interdisciplinarios en la Universidad Nacional del Sur (UNS) referidos las migraciones limítrofes, la historia oral con perspectiva etnográfica y de género. Su investigación doctoral en curso, refiere a los procesos de salud, enfermedad y atención de varones y mujeres migrantes de Bolivia, trabajadores en la horticultura cebollera en el sudoeste bonaerense.

Graciela Hernández (G. H.)

Profesora y doctora en Historia en la Universidad Nacional del Sur. Diplomada en Género en la Universidad de Chile. Docente de grado (Profesora Adjunta de la materia Epistemología y Metodología de la Investigación) y posgrado. Investigadora del CONICET. Ha desarrollado una línea de investigación en la que conjuga la historia oral con la metodología cualitativa etnográfica sobre la temática de los pueblos originarios del centro - sur de la Argentina, las migraciones internas y desde países limítrofes. Indaga en estas cuestiones desde perspectivas de género y feministas.

Jorgelina Ivars (J. I.)

Profesora y Licenciada en Historia (Universidad Nacional del Sur). Magíster en Ciencias Sociales y Humanidades (con mención en Sociología, Universidad Nacional de Quilmes). Se desempeña como

Docente Auxiliar en Historia del Arte y la Cultura I y II y en Epistemología y Metodología de la Investigación (Departamento de Humanidades, UNS). Ha participado y participa actualmente en diversos Proyectos de Investigación y Extensión Universitaria. Sus trabajos se abocan al estudio de imágenes de los pueblos originarios en registros visuales de la cultura hegemónica, desde la segunda mitad del siglo XX hasta el presente.

Laura Orsi (L. O.)

Licenciada en Letras, cursa el doctorado en el área de Lingüística en el Departamento de Humanidades de la Universidad Nacional del Sur. Asistente de docencia con dedicación semiexclusiva en el Taller de Comprensión y Producción de Discursos H. Desarrolla una línea de investigación que indaga en problemáticas lingüísticas de los procesos inmigratorios de países limítrofes en Argentina, valoraciones e identidades, migraciones y contactos. Participa en proyectos de investigación en los cuales se aboca a problemáticas lingüísticas vinculadas con la identidad y los estereotipos.

María Inés Silenzi (M. I. S.)

Profesora. Licenciada y Doctora en Filosofía en la Universidad Nacional del Sur. Docente de grado (Asistente de la materia Epistemología y Metodología de la Investigación). Investigadora del CONICET. Su área disciplinar es la filosofía de las Ciencias Cognitivas, orientándose hacia viejos problemas de la filosofía de la mente pendientes de resolución.

Índice

Acción comunicativa (G. H.)	11
Antropología Médica (B. B.).....	11
Atención (B. B.)	11
Autoatención (B. B.)	11
Autocuidado (B. B.)	12
Campo (J. I.).....	12
Carrera del/a enfermo/a o carrera del/a paciente (B. B.)	12
Círculo de Viena (M. I. S.).....	13
Complementariedad terapéutica (B. B.)	13
Contexto Conceptual (J. I.).....	13
Cuerpo como constructo social (B. B.)	14
Cuidado de sí (B. B.).....	14
Deducción (M. I. S.).....	14
Determinantes sociales en salud.....	15
Diagnosticar: Normas de decisión médica (B. B.)	15
Disease (B. B.)	15
Diseño de Investigación (J. I.).....	16
Diseño estructurado (J. I.)	16
Diseño flexible (J. I.).....	16
Educación médica hegemónica (B. B.)	17
Enfermedad de la opresión (B. B.).....	17
Entrevista etnográfica (G. H.)	17
Epidemiología (G. H.).....	18
Epidemiología social europea anglosajona	18
Epidemiología latinoamericana o epidemiología crítica (G. H.).....	18

Epistemología (M. I. S.)	19
Epistemología del sujeto cognoscente (M. I. S.)	19
Epistemología del Sujeto Conocido (J. I.).....	19
Espacio y eco-sociosistema en salud (B. B.).....	20
Estado del arte o Estado de la cuestión (J. I.).....	20
Estudios culturales (G. H.)	20
Etnometodología (G. H.).....	21
Falsacionismo (M. I. S.)	22
Fenomenología (G. H.).....	22
Género (G. H.).....	22
Giro lingüístico (L. O.).....	23
Habitus (J. I.).....	24
Hegemonía (G. H.)	24
Hipótesis (M. I. S.).....	24
Historia de vida (G. H.).....	25
Illness (B. B.).....	25
Imaginario social (G. H.).....	25
Inducción (M. I. S.)	26
Interaccionismo (G. H.).....	26
Itinerario terapéutico (B. B.)	26
Lingüística (L. O.).....	27
Lógica (M. I. S.).....	27
Marco teórico (G. H.).....	27
Medicalización (B. B.)	28
Medicina como forma cultural (B. B.)	28
Memoria (G. H.).....	29
Método biográfico (G. H.).....	29
Método etnográfico (G. H.).....	29
Método hipotético deductivo (M. I. S.)	29
Metodologías cualitativas (G. H.)	30
Metodologías cuantitativas (G. H.)	30
Modelo médico alternativo (B. B.).....	30
Modelo médico hegemónico (B. B.)	30
Modelos de atención desde una perspectiva antropológica (B. B.)	31
Modelo folk o cultural de la enfermedad (B. B.)	31
Modos de vida (B. B.)	32
Mundo de la vida (G. H.)	32
Narrativa - análisis narrativo (L. O.)	32
Observación participante (J. I.)	33
Paradigma (M. I. S.)	33
Perspectiva relacional/transaccional (B. B.).....	33
Pluralismo médico (B. B.).....	34

Positivismo (B. B.).....	34
Proceso de salud/atención en enfermedad (PSEA) (B. B.)	35
Programa de investigación científico (PIC) (M. I. S.).....	35
Proposición (M. I. S.)	36
Recuerdos (G. H.).....	36
Reflexividad (G. H.).....	36
Reificar (G. H.).....	36
Relato de vida (G. H.)	36
Representaciones sociales (G. H.).....	37
Rizoma. Conocimiento rizomático. (G. H.)	37
Salud colectiva (G. H.).....	37
Salud pública (G. H.).....	38
Semiótica (L. O.).....	38
Sickness (B. B.).....	38
Signo (L. O.).....	39
Símbolo (L. O.)	40
Sociolingüística (L. O.)	41
Subalternidad (G. H.)	41
Testimonios (G. H.).....	42
Trabajo de campo o de terreno	42
Vida cotidiana (G. H.)	42
Visiones de mundo (G. H.).....	42
Bibliografía.....	43

ACCIÓN COMUNICATIVA

Seleccionamos este concepto porque es muy citado en la producción científica de la epistemología de la salud en la Argentina. La noción de acción comunicativa surge de Jürgen Habermas, uno de los pilares de la Teoría Crítica de la modernidad. Entre los que dan mucha importancia a esta teoría de la acción comunicativa se encuentra el epistemólogo Juan Samaja, para quien es fundamental tener en cuenta cómo se producen los enunciados válidos y aceptables sobre la salud y la enfermedad; sobre lo normal y lo patológico y considera que estos enunciados se producen y se comunican en el marco de la competencia que tiene todo habitante de una sociedad en tanto hablante normal de su lengua. (G. H.)

ANTROPOLOGÍA MÉDICA

Refiere a un área de estudio de las Ciencias Antropológicas que se pregunta por la salud y la enfermedad de las poblaciones, reponiendo el lente de lo social, con una mirada holística, por sobre lo exclusivamente biológico. Es decir, comprende a la enfermedad como un fenómeno social total. Propone revelar la estructura de las relaciones sociales que crean las enfermedades y los roles sociales, las respuestas implicadas, las representaciones sociales, los curadores: diferentes formas de entender y atender la enfermedad. Teniendo en cuenta la diversidad de contextos socioculturales y condicionamientos estructurales que llevan a respuestas variadas frente a la misma problemática.

La antropología en el estudio de la salud-enfermedad propone una mirada crítica para de-construir la individualización de la enfermedad que realiza la biomedicina, a partir de usar los lentes de la contextualización y las prácticas sociales en la vida cotidiana. Para ello realiza estudios etnográficos: observaciones participantes, entrevistas, mapeos. (B. B.)

ATENCIÓN

Las formas de atención, desde una perspectiva antropológica, refieren a las diferentes actividades intencionales dirigidas a aliviar una dolencia: que buscan prevenir, dar tratamiento, controlar, aliviar o curar un padecimiento determinado. Existen diferentes formas de atención a la enfermedad, que suelen utilizar diversas técnicas diagnósticas, diferentes indicadores para la detección del problema de salud, así como variadas formas de tratamiento e inclusive distintos criterios de curación (Menéndez, 2003). (B. B.)

AUTOATENCIÓN

Todo aquello que se hace para afrontar o prevenir los padecimientos a nivel del grupo doméstico u otros grupos de referencia, sin la intervención central directa o intencional de curadores profesionales (Menéndez, 1992). Se basa en saberes de la comunidad local, consultas a generaciones precedentes, vecinos, o conocimientos surgidos de consultas previas a curadores antes síntomas percibidos como

similares. A diferencia del modelo alternativo se basa en la eficacia pragmática y se moviliza mediante participaciones simétricas de la personas y con conocimientos basados en la experiencia, o mediante la apropiación de prácticas médicas. La autoatención asegura la reproducción biosocial de los microgrupos. (B. B.)

AUTOCAUIDADO

Como el cuidado de sí, el autocuidado busca comprender a los colectivos como sujetos activos en la toma de decisiones que atañen a su salud, preguntándose por la actitud de éstos frente a la vida, frente a lo que les rodea, a todos aquellos asuntos que de alguna manera tienen conexión con su existencia en un tiempo pasado, presente y futuro, en un espacio que no solo es físico sino también social.

Determina prácticas para mantener el desarrollo íntegro de su persona en relación con factores que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior y permite entenderlas en su contexto, “comprender su manera de ser, sentir y estar en el mundo, con sus propios procesos de interacción, que asumen una posición frente a sí mismos, a los otros y a su entorno” (Muñoz Franco, 2009: 398). (B. B.)

CAMPO

Es un concepto desarrollado por el sociólogo francés Pierre Bourdieu, quien se ha destacado particularmente en el ámbito de la sociología de la cultura. Este autor se ha propuesto superar el antagonismo entre los modos de conocer objetivistas (Marx, Durkheim) y subjetivistas (Schütz), entre el análisis de lo simbólico y lo material. Por eso, armonizando los aportes provenientes de esas dos corrientes, sostiene que lo social tiene una doble existencia: lo social hecho cosa (lo objetivo, el “campo”) y lo social hecho cuerpo (lo subjetivo, el “habitus”). Para Bourdieu, en la sociedad moderna, la vida social se reproduce en campos.

De acuerdo a la esfera en la que esta configuración relacional de individuos e instituciones se desarrolla, podemos hablar de campo político, intelectual, económico, de las Ciencias de la Salud, etc. Cada uno de los campos se ha constituido en un determinado momento histórico, tiene instituciones y discursos propios y funciona con relativa autonomía respecto de otro/s (por ejemplo, el campo del deporte se relaciona con el campo económico o los campos político y económico influyen en el campo educativo, etc.). El campo se analiza como una estructura de relaciones y posiciones entre los agentes que lo conforman (instituciones, grupos sociales, etc.) los cuales llevan a cabo una lucha por la posesión de ciertos bienes (“capital”: simbólico, social o económico) para lo cual desarrollarán sus estrategias. (J. I.)

CARRERA DEL/A ENFERMO/A O CARRERA DEL/A PACIENTE

Trayectoria/s heterogénea/s que siguió una persona, o su grupo, para la resolución de un padecimiento, hay que dejar que emerja en su contradicción para identificar las formas de atención que intervienen en

un contexto determinado, y visibilizar la variedad de articulaciones que los grupos realizan para poder reducir o solucionar sus problemas.

Metodológicamente implica poner la mirada en las formas en que las personas y los conjuntos sociales siguen trayectorias que pueden ser contradictorias para resolver sus padecimientos. La carrera o trayectos del enfermo supone describir las diferentes formas de atención a partir de lo que hacen las personas para curarse y no a partir de los curadores biomédicos tradicionales o alternativos. Son los sujetos en su movimiento quienes ponen en relación a los modelos de atención. (B. B.)

CÍRCULO DE VIENA

Fue un movimiento intelectual cuyos miembros, jóvenes físicos, matemáticos, filósofos y teóricos sociales, consideraban la filosofía como una disciplina encargada de distinguir entre lo que se puede entender como ciencia y lo que no. Sus miembros defendían una concepción científica del mundo que dio lugar al positivismo lógico. Proponían unificar las ciencias en sus lenguajes y en sus métodos. (M. I. S.)

COMPLEMENTARIEDAD TERAPÉUTICA

En las acciones que los grupos sociales ponen en juego para aliviar sus dolencias, estos ponen en juego una combinación de tratamientos, ya que vinculan diferentes modelos médicos de atención de los padecimientos. Es decir, que ante la enfermedad se generan acciones y se toman decisiones que llevan a interrelacionar la biomedicina, la medicina tradicional, las denominadas “alternativas” y los sistemas de creencias de distintos credos que incluyen diferentes rituales y propuestas para responder al dolor y a la enfermedad. (B. B.)

CONTEXTO CONCEPTUAL

Es uno de los componentes de un diseño de investigación y es construido por el investigador. De acuerdo a Nora Mendizábal (2006), tiene la función de iluminar conceptualmente aspectos relevantes de los datos o fenómenos sociales y la dirección de sus posibles relaciones. El contexto conceptual permite situar un estudio dentro de los debates de la comunidad científica, relacionarlo con las tradiciones teóricas generales y específicas del tema y, fundamentalmente, respaldar las preguntas de investigación. Se construye a partir de fuentes o recursos como las ideas propias del investigador, el conocimiento y análisis de las tradiciones teóricas referidas a la temática estudiada y el estudio crítico y responsable de la bibliografía relevante. El contexto conceptual se diferencia del “marco teórico” o las “perspectivas teóricas”. (J. I.)

CUERPO COMO CONSTRUCTO SOCIAL

El cuerpo no es “mera biología” sino que es un producto social y socialmente conocemos por y a través del cuerpo (Le Breton, 2002) ya que es la “forma perceptible” contiene un aspecto físico y una presentación, en la complejidad se “ven” cuestiones económicas y sociales, ya que la distribución desigual de las propiedades corporales se relaciona con las condiciones de trabajo y de consumo (Bourdieu, 1986: 184).

Las propiedades corporales, en tanto que productos sociales, son aprehendidas a través de categorías de percepción y de sistemas sociales de clasificación que no son independientes de la distribución de las diferentes propiedades entre las clases sociales. Las normas de percepción y apreciación del cuerpo no se reducen a luchas interpersonales sino que también son de clases sociales, en las cuales las personas son portadoras de un estilo de vida (Bourdieu, 1986: 189).

Las percepciones y apreciaciones que un cuerpo suscita en los otros son engendradas siguiendo esquemas socialmente instaurados que califican y clasifican al cuerpo y al agente social, esquemas fundamentales que proporcionan al cuerpo su fisonomía social, que es la forma de ser presentado y presentarse socialmente y expresa la concordancia o discordancia entre el cuerpo legítimo y el real; definido por los esquemas de percepción como estructuras naturalizadas. (B. B.)

CUIDADO DE SÍ

El cuidado de sí es una categoría que posibilita comprender cómo los sujetos participan activamente en la promoción y el desarrollo de prácticas cotidianas que conllevan cuidados de la salud. Por ello es una categoría clave para la Salud Colectiva, comprende la importancia de las variables tiempo-espacio que se imbrican en la acción humana y al sujeto social en sus relaciones, permitiendo repensar el accionar del paradigma moderno de Salud Pública, que despliega una serie de acciones orientadas a promover conductas de autocuidado (actividades diarias íntimas y personales) en las poblaciones pero centradas en el tratamiento de la enfermedad: se buscan respuestas estandarizadas que no logran los fines deseados.

Cuidado de sí y autocuidado son categorías complementarias: el *cuidado de sí* responde a las representaciones sociales que la persona tiene de sí misma, de su cuerpo, de su entorno, de los otros y de su relación; involucra un conocimiento socialmente construido sobre el mantenimiento y el cuidado de la salud. Estas representaciones sociales se construyen intersubjetivamente y en el marco de una coyuntura relaciones histórico, sociales, económicas y políticas; sumado el diferencial posicionamiento de los sujetos sociales en la estructura social. Lo interesante del cuidado de sí es que determina a las prácticas intencionadas de autocuidado (Muñoz Franco, 2009). (B. B.)

DEDUCCIÓN

Es el método que permite pasar de afirmaciones de carácter general a hechos particulares. Si atendemos a su etimología este concepto proviene de “deductivo” que significa descender. En otras palabras, a partir

de ciertas premisas se derivan ciertas conclusiones: por ejemplo, “todos los hombres son mortales, Sócrates es hombre, luego entonces, Sócrates es mortal”. La deducción es muy importante en muchos desarrollos científicos, pues a través de ésta se aplican los principios descubiertos a casos particulares. (M. I. S.)

DETERMINANTES SOCIALES EN SALUD

La determinación social de la salud es una categoría central de la propuesta para una epidemiología crítica, enunciada desde mediados de la década de 1970. En el marco de la salud colectiva, es una categoría que desarrolla una crítica del paradigma empírico-funcionalista de la epidemiología y propone una herramienta para trabajar la relación entre la reproducción social, los modos de vivir y de enfermar y morir. Breilh entiende que la salud abarca no solo el aspecto de la vida individual sino también el grupo socioeconómico del que uno forma parte que, a su vez, forma parte de la sociedad más amplia, con lógicas que lo condicionan. Desde esta conceptualización, propone enfatizar las visiones socio-epidemiológicas por sobre las estrictamente médicas y visibilizar la relación entre el sistema social, los modos de vivir y la salud; la distribución por clases de las formas e intensidades de exposición humana a procesos peligrosos; la vulnerabilidad diferencial de los colectivos. (Breilh, 2013).

Ese concepto involucra tres dimensiones: la general (estructura socioeconómica, configuración política y cultural y sus lógicas, por ejemplo de la acumulación de riquezas en una elite y una lógica de exclusión social) que determinan las formas de vivir de los grupos sociales que es la particular (modo de trabajar, consumir, de construir la identidad, relaciones ecológicas y ambientales) y, por último, como esto se expresa en la vida de los individuos y sus estilos de vida (Breilh, 2013). (B. B.)

DIAGNOSTICAR: NORMA DE DECISIÓN MÉDICA

En muchas tradiciones, los profesionales de la medicina en su formación aprenden que, ante la duda, es mejor imputar enfermedad que dejarla pasar. Aquí subyace el presupuesto de que el trabajo que realizan siempre es por el bien (refiere a procedimientos y diagnósticos) que conduce a sobreprescripciones o cirugías innecesarias (Friedson, 1978).

La medicina considera que es más grave no ver una enfermedad que diagnosticarla temporalmente. La misión de la medicina es encontrar enfermedad, algunas veces cayendo en el sobrediagnóstico o sobreprescripción. (B. B.)

DISEASE

Es el paradigma de la medicina moderna, se puede traducir como enfermedad en sus parámetros físicos y bioquímicos: vista como la dimisión física, empírica, individual y neutral, que se estudia en el sistema médico. La enfermedad se visualiza como la desviación de rangos numéricos y anormalidades en la

estructura o el funcionamiento de los órganos o el cuerpo físico. La producción de la enfermedad/disease se crea a partir del diagnóstico y es objeto de intervención médica.

Se desentiende de la cultura y el contexto en el que ocurre la enfermedad, su forma es universal y se universaliza porque los síntomas y los signos se asumen como iguales en cualquier individuo. (B. B.)

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Es la planificación de una investigación científica y se comunica por medio de una propuesta o un proyecto escrito que tiene la función de guiar al investigador en la continuidad del proceso de investigación. También se define como un conjunto articulado de decisiones epistemológicas, teóricas y metodológicas. Las etapas que componen un diseño de investigación son: la definición del tema y el problema a investigar, el contexto conceptual (o marco teórico) que se encuentra en relación con el/los objetivo/s de investigación, el estado del arte o de la cuestión y los métodos para producir la evidencia empírica así como la estrategia de análisis. (J. I.)

DISEÑO ESTRUCTURADO

El diseño de investigación estructurado es un plan o protocolo lineal riguroso con una secuencia unidireccional y fases preestablecidas. Tal como señala Nora Mendizábal (2006) posee objetivos finales muy precisos, un marco teórico que delimita su campo de estudio y una metodología rigurosa para obtener datos comparables. La particularidad de este diseño es que no puede ser modificado en el transcurso del estudio y solo tendrá en cuenta aquello que definan los conceptos operacionalizados. De esta forma, si las unidades de análisis son individuos, cada persona es interrogada con el mismo tipo de preguntas preelaboradas por el investigador en cuestionarios pautados, para garantizar la comparabilidad de los datos. Estos son números y su análisis es matemático. Se ha asociado este diseño a los estudios cuantitativos interesados en la verificación. (J. I.)

DISEÑO FLEXIBLE

Es un diseño de investigación que prevé la posibilidad de cambio para captar los aspectos relevantes de la realidad analizada durante el transcurso de la investigación. La flexibilidad radica en la necesidad de atender situaciones nuevas o inesperadas asociadas con el tema de estudio, que puedan implicar cambios en las preguntas de investigación y los propósitos, así como la posibilidad de adoptar técnicas novedosas de recolección de datos. La idea de flexibilidad (opuesta al camino lineal unidireccional del diseño estructurado) involucra tanto al diseño en la propuesta escrita, como al diseño en el proceso de investigación. Por eso, en el primer caso, el investigador debe tratar de introducir la idea de que su trabajo puede sufrir cambios, tanto en las preguntas que guían la pesquisa como en las técnicas de recolección y el tipo de análisis. Este tipo de diseño se asocia a la investigación cualitativa inductiva que crea conceptos, hipótesis y teoría desde los datos empíricos. (J. I.)

EDUCACIÓN MÉDICA HEGEMÓNICA

Para Byron Good los procesos de formación de los/as estudiantes, el modo en que los estudiantes de medicina aprenden a relacionarse con la información es central ya que es allí donde se construye la “mirada médica”. Involucra una experiencia límite de aprendizaje de un nuevo mundo simbólico, formas específicas de interrelacionarse con la información, a partir de aprender nuevas formas de ver, de escribir y de hablar.

Estudiar medicina, propone el autor, es habitar un mundo nuevo donde el cuerpo y la patología se constituyen como la base “médica” durante su educación. Se ingresa al mundo de la medicina no solamente a través de aprender su lenguaje y los saberes médicos básicos, sino por el aprendizaje de prácticas bastante fundamentales que permiten a los profesionales de la salud involucrarse y formular la realidad de una modalidad específicamente “médica”. Esta educación comienza estudiando el cuerpo – anatomía microscópica: aprendizaje de una nueva manera de mirar y “pensar anatómicamente”. El aprender a mirar está ligado al aprendizaje del orden jerárquico biológico natural. Se aprende a pensar casi en forma automática, en los genes como el sitio de origen de la enfermedad en el cuerpo individual medicalizado.

En la universidad que lo/as profesionales médicos aprenden a ver el mundo desde una “mirada médica”. Va a ser, en la residencia hospitalaria, donde los médicos en formación aprenden a escribir y hablar de formas medicalizadas. Un ejemplo de ello es el momento de aprender a escribir historias clínicas. Estas guían y limitan la interacción con los pacientes. Se modela la conversación tanto como la refleja, es un medio de construcción de una persona como paciente, un documento y un proyecto, donde se descarta la narrativa del paciente.

Otro aprendizaje significativo, el de las formas de hablar y la jerarquía hospitalaria, está en la presentación de los casos a otros profesionales médicos de mayor jerarquía, donde la historia de la presentación de la enfermedad, la persona es más el sitio de localización de la enfermedad que el agente narrativo. (B. B.)

ENFERMEDAD DE LA OPRESIÓN

Es un producto del impacto del sufrimiento de los maltratos sociales basados en las desigualdades sociales e históricas con respecto al género, la clase social, etnia, condición migratoria, etc. En el conocimiento del sentido común se reproducen justificaciones que colocan la culpa por el sufrimiento como una retribución justa para alguien que no merece un mejor tratamiento. Las enfermedades de la opresión son producto de un ambiente social opresivo y una estructura de relaciones sociales opresivas, también suelen conllevar la generación de estereotipos sociales negativos que refuerzan las relaciones de opresión. (B. B.)

ENTREVISTA ETNOGRÁFICA

Es una estrategia de investigación que tiene como objetivo registrar aquello que lo/as entrevistado/as hablan sobre lo que conocen, opinan y piensan de una determinada situación. Por su parte, quienes

entrevistan obtienen información que suele referirse a los hechos más diversos estos van desde el sentido de los hechos, sus sentimientos, opiniones, emociones, valores y conductas. Existen diversas técnicas para entrevistar, desde las más estructuradas, hasta las totalmente abiertas. También existen diferentes intencionalidades en el momento de utilizar esta técnica, una de ellas está relacionada con la búsqueda de datos inexistentes en otros registros (por ejemplo, entrevistar a alguien que participó de un accidente y es el único testigo, se lo entrevista porque sabe algo que otros no saben). La otra intencionalidad de la entrevista etnográfica es consultar a las personas por sus valores e ideas, su versión subjetiva de los hechos, no hay intencionalidad de una búsqueda de “la verdad”, sino de “verdades” personales y grupales.

La idea de entrevistar a alguien para conocer sus opiniones sobre algún hecho social puede ser utilizada en investigaciones en salud para conocer y hacer audibles a las voces de las personas sobre sus experiencias en los procesos de salud/enfermedad/atención/cuidado.

La fenomenología es el sustento filosófico de esta práctica. (G. H.)

EPIDEMIOLOGÍA

La epidemiología es el estudio de las epidemias (del griego *epi* sobre *demos* pueblo *logos* ciencia), de las enfermedades que afectan a un conjunto de personas durante un tiempo en un lugar. En tanto espacio curricular de estudio se relaciona con la epistemología ya que ambas se preguntan acerca de cómo abordar el conocimiento de problemas de salud-enfermedad y cuidado.

Tradicionalmente se ha pensado a la epidemiología como una metodología de investigación cuantitativa y estadística que nos da indicadores numéricos para comprender las situaciones de salud de los distintos contextos sociales en los que se la analiza, pero desde mediados del siglo XX se han planteado otras alternativas, entre ellas veremos las siguientes:

EPIDEMIOLOGÍA SOCIAL EUROPEA ANGLOSAJONA

Vino a aclarar algo que parece no debería generar dudas: la epidemiología es “social” y por lo tanto hay que estudiarla como hecho social. En tanto ciencia de la esfera de lo social, fue parte de las perspectivas teóricas de la época y ha tenido y tiene una fuerte impronta funcionalista. Desde esta vertiente la epidemiología se va a interesar por las relaciones entre ingreso, escolaridad y situaciones de riesgo en salud. Tiene como objeto la ocurrencia, distribución y factores asociados a las enfermedades en las poblaciones.

EPIDEMIOLOGÍA LATINOAMERICANA O EPIDEMIOLOGÍA CRÍTICA

Reconoce los aportes de la anterior pero desde otra postura ideológica y epistemológica. La epidemiología latinoamericana, también llamada “crítica” tiene como objeto de estudio del proceso salud /enfermedad de los colectivos, sociales. El principal instrumento de trabajo es el análisis de los procesos de re-

producción social teniendo en cuenta los diferentes determinantes de la salud-enfermedad, reconociendo su politicidad. (G. H.)

EPISTEMOLOGÍA

Este concepto fue acuñado durante el siglo XIX, por el filósofo escocés James Frederick Ferrier. Atendiendo a su etimología el concepto “epistemología” es un sustantivo compuesto por dos palabras: *episteme* que se puede traducir como “conocimiento o ciencia” y *logos* que significa “estudio o discurso”. Podemos afirmar que la epistemología es una disciplina que estudia la ciencia y que tiene como objeto de estudio al conocimiento científico. Una de las cuestiones que interesa sobremanera a esta disciplina es el origen y la validez del conocimiento así como sus relaciones con la ciencia y las instituciones científicas. (M. I. S.)

EPISTEMOLOGÍA DEL SUJETO COGNOSCENTE

Está conformada por los paradigmas positivista, materialista histórico e interpretativo que coexisten actualmente en las ciencias sociales. Establece una relación fundamentalmente dualista y unidireccional entre el sujeto que conoce (ubicado en tiempo y espacio, en sus fundamentos teóricos y en su instrumental metodológico) y el que es conocido, partiendo del primero para arribar al segundo (Vasilachis de Gialdino, 2003). El sujeto conocido recibe mansamente la mirada del observador y es construido discursivamente como consecuencia de las características de dicha mirada. En este proceso de conocimiento el sujeto cognoscente queda como actor primordial y mantiene la distancia necesaria para preservar la objetividad de su conocimiento. (J. I.)

EPISTEMOLOGÍA DEL SUJETO CONOCIDO

Es un presupuesto epistemológico de la metodología cualitativa, tal como lo ha planteado Irene Vasilachis de Gialdino. Fue elaborado en el contexto de prolongados procesos de investigación, en particular en su proyecto sobre la extrema pobreza en la ciudad de Buenos Aires durante el periodo 1998-1999. Se complementa con la epistemología del sujeto cognoscente, integrada por los paradigmas que coexisten actualmente en las ciencias sociales: positivista, materialista histórico e interpretativo (concebidos como marcos teórico-metodológicos utilizados por los investigadores para interpretar los fenómenos sociales) y que se centra en el sujeto que conoce ubicado espacio-temporalmente y que con sus recursos cognitivos aborda al sujeto que está siendo conocido. En la epistemología del sujeto conocido, el que conoce abandona el lugar que le confiere el conocimiento científico y que lo separa de aquellos a quienes conoce, y asume otro lugar que lo identifica con ellos, que los hace iguales. Es a partir de esa igualdad que la distancia se acorta, desaparece, y el que conoce se encuentra en su mismidad con aquel que está conociendo. Por lo tanto, el actor participante es reconocido como un sujeto primordial del proceso de conocimiento, puesto que se lo considera como igual y libre para construir sus propias representaciones

(Vasilachis de Gialdino, 2003). Supone que la voz del sujeto conocido no se borre detrás de la del sujeto cognoscente ni tampoco sea tergiversada por la necesidad de traducirla de acuerdo con las formas de conocer legitimadas socialmente. Así, la epistemología del sujeto conocido propone una construcción cooperativa del conocimiento en la que el investigador y el sujeto conocido participan por igual, aunque realizando diferentes contribuciones, como también la capacidad de ver el mundo de acuerdo a los ojos del otro y de comprender a ese otro en los términos de su propio mundo de la vida. (J. I.)

ESPACIO Y ECO-SOCIOSISTEMA EN SALUD

Estas dos categorías buscan complejizar las nociones de “ecosistema” y de “lugar” al considerarlas restrictivas por reducirse a un continente biofísico o a una circunscripción administrativa respectivamente. El espacio es histórica y socialmente producido, no es objeto opuesto, pasivo y separado de la intersubjetividad social; sino que se constituye de forma dialéctica y compleja con esta. El movimiento entre ambiente, fenotipo y genotipo, es un proceso de cambio permanente, de transformaciones mutuas. Lo biológico se desarrolla bajo subsunción a lo social y el ecosistema es un socio-ecosistema cruzado por relaciones sociales, culturales, políticas, históricas.

La salud de los grupos sociales se debe comprender atendiendo a sus modos de vida, en el marco de las barriadas en las que desarrollan su reproducción social cotidiana. Es en dichos contextos, además, donde se intersectan las relaciones étnicas, las relaciones de poder de género y las clases sociales; articulaciones que estructuran modos de vida colectivos (Breilh, 2010). (B. B.)

ESTADO DEL ARTE O ESTADO DE LA CUESTIÓN

Es uno de los componentes del diseño de investigación. Está conformado por los antecedentes del tema que se va a investigar y forma parte de la etapa inicial de la investigación. Para elaborarlo debemos preguntarnos *qué se ha dicho* y no sobre un determinado tema, *cómo* ha sido tratado el tema, cómo se encuentra en el momento de realizar la propuesta de investigación y cuáles son las tendencias. Implica el rastreo bibliográfico (fase heurística) y posterior lectura e interpretación (fase hermenéutica) que permite saber hasta dónde ha avanzado la investigación sobre un determinado tema. Se realiza una vez establecido el tema o problema a investigar y conlleva un esfuerzo por reconocer los límites de lo ya sabido, o hasta dónde ha avanzado la investigación sobre un tema y, a partir de ello, atreverse a preguntar lo inédito, susceptible de ser pensado e investigado desde el conocimiento acumulado. Es fundamental en cualquier diseño de investigación porque permite seleccionar la perspectiva personal con la que se va a trabajar. (J. I.)

ESTUDIOS CULTURALES

Los estudios en salud/enfermedad/atención/ cuidado refieren en algunos casos a los estudios culturales dado que ellos han provisto de definiciones de cultura que les son apropiadas, de metáforas para

aprehender la enfermedad y la salud, así como de marcos interpretativos. Los estudios culturales son difíciles de definir porque constituyen un espacio en el que confluyen muchos paradigmas.

Los estudios culturales no son una sola cosa ni provienen de una única experiencia regional de algunas escuelas de los Estados Unidos. No se trata de una nueva disciplina que viene a reemplazar lo que hacían antes las disciplinas tradicionales de las ciencias sociales. Estos estudios tienen tradiciones distintas en Inglaterra, Francia y los Estados Unidos, aunque generalmente se enfatiza la influencia estadounidense en los mismos.

Los estudios culturales plantean nuevas perspectivas desde lo metodológico y lo epistemológico. Desde lo metodológico plantean la superación del dualismo entre objetivismo y subjetivismo, y también insisten en que para el estudio de la cultura tenemos que tener en cuenta a la estructura social y a los sujetos que la producen y reproducen. La relación dialéctica entre sujeto y estructura es fundamental en los estudios culturales. En cuanto a lo epistemológico, los estudios culturales están generando nuevas comunidades interpretativas y de sentido común, los autores señalan que han producido una "nueva ruptura" que se inscribe en la "doble ruptura epistemológica" de las ciencias sociales. Si la "primera ruptura" se produjo con las ciencias naturales, la "segunda ruptura" es aquella que no las convierte en "objeto de estudio", sino que se comunica con ellas. En este sentido, proponen superar los conceptos antropológicos de cultura que quedaban aprisionados en un culturalismo encerrado en sí mismo y sin demasiado contacto con el resto de las disciplinas y de la realidad empírica.

Los estudios culturales se nutren de distintas corrientes teóricas, desde el marxismo al pos-estructuralismo y buscan examinar su objeto de estudio en término de las prácticas culturales y de sus relaciones con el poder. En América Latina han surgido nuevas lecturas de los mismos para aplicarlos a la esta realidad; en general se prioriza la necesidad de producir teoría y no seguir siempre las de origen anglosajón, como son precisamente los estudios culturales. (G. H.)

ETNOMETODOLOGÍA

Originado en la Universidad de Chicago, en la década del 20 y 30 quienes incorporaron las metodologías cualitativas de la antropología a la sociología, que hasta el momento había sido netamente cuantitativa. La dificultad de conocer determinados temas como los inmigrantes indocumentados, los marginales, los que no aparecen en los datos oficiales, motivaron otras búsquedas a las que trataron de darle consistencia metodológica.

Se considera a Harold Garfinkel como el fundador de la etnometodología, se opuso a Talcott Parsons. Sostuvo que las personas no solo siguen las reglas, sino que por el contrario, las actualizan, reinterpretan la realidad social y dan nuevos sentidos a los contextos sociales. (G. H.)

FALSACIONISMO

También conocido como refutaciónismo, es una corriente epistemológica postulada por K. Popper (1902-1994) cuya idea central postula que contrastar una hipótesis significa ponerla a prueba mediante un contraejemplo.

Luego de deducir las consecuencias observables de una hipótesis, este método propone ponerlas a prueba. Si las consecuencias fallan, decimos que la hipótesis quedó refutada; si por el contrario, esta hipótesis ha sobrevivido a varios intentos de refutación se dice que está corroborada, aunque no verificada. (M. I. S.)

FENOMENOLOGÍA

Tiene su origen en el pensamiento filosófico de Edmund Husserl (Alemania 1859- 1938), se centra en la importancia de los hechos observables, los fenómenos, como eje del conocimiento y en la necesidad de dejar en suspenso las ideas y prejuicios anteriores a la observación de aquello que se estudia. La fenomenología presenta distintas vertientes y guía a distinto tipo de investigaciones, entre ellas tiene importancia en la producción científica en el campo de la salud, en especial cuando se trata de realizar investigaciones cualitativas que pretenden recuperar y hacer audibles las voces de los enfermos, de los usuarios de las instituciones de salud, de los profesionales de las profesiones menos jerarquizadas que tienen pocas posibilidades de hacerse oír, de aquellos/as que rara vez son consultado/as.

La sociología incorpora la perspectiva fenomenológica cuando: a. critica al objetivismo en ciencia, b. propone a la subjetividad como fundamento del sentido constitutivo del ser social y c. destaca la importancia del lenguaje, al que considera esencial para que la realidad sea de la forma que es. (G. H.)

GÉNERO

El concepto de género ha sido incorporado tanto a los estudios históricos como a los antropológicos y es de especial importancia en el campo de la enfermería.

Tuvo su origen en la psicología, en su vertiente médica, en 1955 John Money usó el término “rol genérico” y en 1968 Robert Stoller lo citó para diferenciar sexo de género, estos investigadores estaban abocados a estudiar las disfunciones sexuales y se plantearon cuál era el peso de la biología y el del aprendizaje sociocultural en las definiciones acerca de lo que se entiende es un varón o una mujer. En ese momento estaban pensando que estas identidades dependían más de las formas en que las personas fueron socializadas que en los datos biológicos u hormonales.

A partir de estos trabajos se fueron produciendo diferentes definiciones del género, la más común es la que señala que género serían las construcciones culturales de los cuerpos sexuados. Es decir, se sintetizaba que el sexo es biológico y el género cultural. Estas ideas han sido cuestionadas y han surgido distintas posturas, que intentan “deshacer al género”, como Judith Butler que considera que el género no haría otra cosa que consolidar a las identidades sexuales. Otra de las objeciones es que estas identidades siempre se sintetizan en un dualismo masculino-femenino que desconoce que el sexo biológico ha sido reducido al binarismo de macho y hembra al que eran sometidos los cuerpos que no cabían en estos casilleros de identificación.

Sin embargo, a pesar de todos los debates existentes y de las propuestas de dejar de lado el concepto, el género tiene mucha vigencia para analizar las diferencias entre varones y mujeres en todos los espacios, entre ellos los laborales.

Los estudios de género nos han permitido ver que existen jerarquías en las cuales las diferencias sexuales se convierten en desigualdades, ya que se excluye a las mujeres de los trabajos productivos y cuando se las incluye se las piensa siempre desde el lugar de la obediencia, de la domesticidad, para que realicen tareas que sean una prolongación de las que realiza en el ámbito privado, vinculadas a la reproducción de la vida, como es la alimentación, limpieza, higiene y cuidados de lo/as más vulnerables, en especial de niños/niñas y ancianos/ancianas.

El feminismo busca romper con estas jerarquías y propiciar la paridad de género. En realidad debemos decir “los feminismos” porque se trata de un sistema de ideas que ha pasado por distintos momentos y tiene una periodización, la cual a la vez se divide en diferentes perspectivas. (G. H.)

GIRO LINGÜÍSTICO

El término “giro lingüístico” (linguistic turn) fue acuñado en 1953 por Gustav Bergmann y de uso extendido quince años después, con la colección de ensayos editados por el filósofo Richard Rorty. El término designa al modo de hacer filosofía propuesto por Ludwig Wittgenstein cuyos postulados significaron un cambio metodológico y sustancial en la filosofía que marca el paso de la época moderna centrada en el conocimiento que concebía al lenguaje como un medio para representar la realidad objetiva externa a él mismo, a la época contemporánea, centrada en la aplicación del lenguaje. Entre los postulados de Wittgenstein se encuentra una famosa proposición (5.6. del *Tractatus Logico-Philosophicus*) que expresa que no existe una sola realidad objetiva externa a los individuos, sino múltiples realidades subjetivas, innumerables experiencias. Y estas realidades subjetivas múltiples e inevitables adquieren sentido para uno y son comunicables para los demás en la medida en que son verbalizadas: engastadas en palabras y vertebradas en enunciados lingüísticos. Los límites del mundo de cada cual son definidos primordialmente por los límites del lenguaje con el que y en el que cada cual aprehende y vive su mundo. Esto implica que el trabajo conceptual de la filosofía no puede lograrse sin un análisis previo del lenguaje lo que significa, para algunos autores, la sustitución de la razón por el lenguaje como fuente legítima de saber y, para otros, la tendencia a tratar los problemas filosóficos a partir del examen de las formas en que éstos están encarnados en el lenguaje.

De esta manera, “el lenguaje pasa a ocupar la privilegiada posición metodológica que ocupó la conciencia entre los siglos XVII y XIX, y en parte todavía en el XX. Este desplazamiento de la reflexión sobre la conciencia a la reflexión sobre el lenguaje no implica simplemente un cambio de temas o de intereses teóricos, ni se limita tampoco a un cambio de método sino una perspectiva filosófica distinta, en que la reflexión sobre el lenguaje debería permitir abordar exitosamente los problemas de la filosofía tradicional, enfocada como reflexión sobre la conciencia (López Lizaga 2011:26).

Entonces, el giro lingüístico produce un cambio en la filosofía del siglo XX, heterogéneo y diversificado, abarcando diferentes vertientes y momentos de la reflexión filosófica denominados giro lingüístico analítico, giro pragmático, giro hermenéutico y el giro pragmático-trascendental que afectaron no solo a la lingüística estructural, las corrientes analítico-logicistas y las corrientes analíticas centradas

en el lenguaje cotidiano sino a todas las ciencias humanas y sociales cuyo objeto es el lenguaje y que lo comprendieron como una entidad propia que impone sus límites y determina, en cierta manera, tanto al pensamiento como a la realidad desde los múltiples juegos donde el significado está directamente relacionado con el contexto de lo dicho y el significante está liberado de la lógica del significado ofreció nuevas posibilidades teóricas y de análisis que impactaron en las ciencias sociales y las humanas. (L. O.)

HABITUS

Junto con “campo”, es otro de los conceptos centrales de la teoría de Pierre Bourdieu. El habitus es lo social inscripto en el cuerpo del individuo a lo largo de su historia. Está constituido por los esquemas de pensamiento y de percepción con los que se aprehende la realidad. De esta manera, quienes compartan la misma posición objetiva dentro de un campo, también compartirán determinadas formas de pensar o “puntos de vista” que dotarán de sentido a sus prácticas dentro de ese espacio social. (J. I.)

HEGEMONÍA

Nos interesa puntualizar en este concepto por varios motivos, en primer lugar porque tiene mucho peso en la producción intelectual contemporánea y además porque es muy citado cuando se habla del Modelo Médico Hegemónico (MNH). Es decir, se habla de un modelo que incluye el término “hegemonía” (ver Modelo Médico Hegemónico).

Es probable que el término "hegemonía" haya ingresado al inglés directamente del griego clásico, de *egemonía* y *egemon*, líder o gobernante, en el sentido de predominio político, generalmente de un Estado sobre otro. Sabemos que Antonio Gramsci lo introdujo para describir como la dominación de una clase sobre otra es producto de la suma de factores políticos, económicos e ideológicos. Es decir, le debemos al historiador, filósofo y lingüista italiano Gramsci el haber señalado que la dominación se da también con el consentimiento de los hegemonizados, subalternizados (ver subalternidad), que aceptan esta condición porque les parece “natural”. Los que hegemonizan imponen sus gustos, sus prácticas, su forma de vivir, de hacer las cosas y los demás aceptan esta situación, es más, los imitan para tratar ser como ellos o ellas aunque esto vaya contra sus propias ideas e intereses.

El concepto nos ayuda a ver la capacidad que tienen los grupos y las clases dominantes de ejercer liderazgos para conservar su poder sobre la dirección intelectual, económica, política y cultural en cualquier lugar, en este caso en las prácticas y políticas en salud. Recordemos que un aspecto destacado de la hegemonía es que no opera forzando a la gente a actuar contra su voluntad para reafirmar el poder de los que ya son poderosos, sino que actúa generando consentimiento para legitimar relaciones de clase desiguales. (G. H.)

HIPÓTESIS

Es una proposición que enuncia que algo se estima o se supone que es de determinada manera. La hipótesis ocupa distintos lugares según los diseños de investigación que se elijan. Estos diseños sean en

dos: a. En los diseños hipotéticos deductivos es una parte central, ya que en este caso el proyecto de investigación se centrará en puede determinar con exactitud a través de experimentos, observaciones y distintas estrategias de análisis si esta puede ser corroborada o por el contrario es falsa y debe ser desechada o modificada, y b. En los diseños inductivos (con mucha importancia del trabajo de campo y de la observación etnográfica) la o las hipótesis no son tan importantes. (M. I. S.)

HISTORIA DE VIDA

La historia de vida se centra en documentar todo lo vivido por una persona y para realizarla se pueden incluir otros documentos que respalden lo dicho. Por ejemplo: una persona cuenta que sufrió un accidente y que por ese motivo estuvo enferma, el/la investigador/a puede buscar en los medios de comunicación del lugar si esta situación realmente se dio como el/la narrador/a lo señala. La historia de vida puede incluir al relato de vida (ver relato de vida). La historia clínica elaborada por los profesionales médicos en contactos con las personas que recurren a sus servicios tiene puntos de contacto con la historia de vida y con los relatos de vida. (G. H.)

ILNESS

Refiere al padecimiento, las formas de lidiar y afrontar las “normalidades numéricas o del funcionamiento de los órganos” en la vida cotidiana de una persona, en un contexto específico, que se da de forma variada. Hellman (1981) realiza esta diferenciación, proponiendo una mirada social de la enfermedad, que no es exclusivamente biológica.

Así, la mirada desde la *illness* refiere a la perspectiva subjetiva del paciente y el sentido que le otorga al “estar mal”, cómo él y los que están a su alrededor lo significan. En alguna medida está influenciado por factores sociales, culturales, económicos y por las condiciones individuales, subjetivas. Siguiendo esta línea analítica, el paciente experimenta y significa su enfermedad a partir de un “modelo folk” o “modelo cultural” de enfermedad. (B. B.)

IMAGINARIO SOCIAL

Es un concepto creado por el filósofo y psicoanalista Cornelius Castoriadis (1922- 1997) que se utiliza para designar a las representaciones sociales encarnadas en sus instituciones. Castoriadis nació en Estambul pero vivió gran parte de su vida en Francia, allí desarrolló este concepto para cuestionar al determinismo marxista. Opinaba que las razones que daban lugar a una institución social no pueden explicarse solo por las necesidades materiales, sino que hay que tener en cuenta las maneras de pensar, decir, sentir y desear. El imaginario social es una fuente creadora e inspiradora de significaciones, es la potencia que tienen los pueblos para inventar, se expresa y condensa en instituciones, leyes, creencias, símbolos religiosos, lenguaje, valores y prácticas sociales. (G. H.)

INDUCCIÓN

Es una proposición que enuncia que algo se estima o se supone que es de determinada manera. La hipótesis ocupa distintos lugares según los diseños de investigación que se elijan: a. en los diseños hipotéticos deductivos es una parte central, ya que en este caso el proyecto de investigación se centrará en puede determinar con exactitud a través de experimentos, observaciones y distintas estrategias de análisis si esta puede ser corroborada o por el contrario es falsa y debe ser desechada o modificada; b. en los diseños inductivos (con mucha importancia del trabajo de campo y de la observación etnográfica) la o las hipótesis no son tan importantes. (M. I. S.)

INTERACCIONISMO

Es una corriente de pensamiento centrada en el estudio de los comportamientos cotidianos, diarios e interpersonales y a pequeña escala.

Hay un **Interaccionismo social** que considera que las personas aprenden y dan sentido al mundo que los rodea a través de las interacciones en las que participan desde el momento en que nacen.

Para nuestro propósito académico queremos focalizar en el **Interaccionismo simbólico**, que relaciona a la antropología y la psicología social y se basa en la comprensión de la sociedad a través de la comunicación. El interaccionismo simbólico se sitúa dentro del paradigma interpretativo, analiza el sentido de la acción social desde la perspectiva de los participantes y concibe a la comunicación como una producción de sentido dentro de un universo simbólico determinado. (G. H.)

ITINERARIO TERAPÉUTICO

Son definidos como cursos de acción, conjuntos de prácticas y estrategias destinadas a lidiar con la dolencia. Posibilitan comprender cómo los individuos y los grupos actúan cuándo se afrontan con determinadas dolencias, recurriendo tanto en el sector profesional como al “folk”. En los IT se recogen tres aspectos interrelacionados: actos intencionales por los cuales los individuos escogen y deciden tratamientos, servicios e instituciones terapéuticas disponibles en el contexto sociocultural de análisis y sus respectivas prácticas terapéuticas disponibles en la población local, y por último, también refiere a las redes de interacción por los cuales los individuos desenvuelven acciones para el tratamiento de la dolencia (Passarin, 2011; Alves, 2014 y 2015).

Alves (2014) enfatiza la necesidad de poner en juego una “vigilancia epistemológica” (Bourdieu, 1983) para los estudios de los IT para evitar pensar la enfermedad como algo único y singular a través de las diferentes instancias de la vida y al IT en términos de tratamiento médico y cuidados médicos.

En el IT, dos esferas de problemas están relacionadas con la búsqueda de cuidados en salud: 1. dolencia como problema que demanda determinados cuidados y 2. posibilidades para elegir acciones y tratamientos, lo que presupone horizontes de expectativas intenciones y anticipaciones que pueden ser cumplidas o no. La idea de dolencia depende del ambiente en que la dolencia está situada, según el espacio

en que se formula y se cuestiona. Es actuada en cada espacio social y produce nuevas formas de ser: se transforma conforme actúa en contextos específicos. Requiere de los individuos y los grupos sociales nuevos aprendizajes y adquisiciones de habilidades específicas (Menéndez, 2009; Alves, 2014). (B. B.)

LINGÜÍSTICA

La lingüística es el estudio científico de las lenguas como manifestación del lenguaje. Si bien la preocupación por el estudio del lenguaje se remonta al siglo V a.C. con los estudios sobre sánscrito del protolingüística hindú Panî) son los griegos quienes sientan las bases de la lingüística occidental hasta la Edad Moderna estableciendo categorías gramaticales, la clasificación de las palabras que hoy conocemos y los modelos orientados descriptiva y normativa que se utilizaron durante la Edad Media y el Renacimiento momento en el que aparecen las gramáticas de las lenguas romances. A mediados del siglo XIX, con la revolución científica y el éxito de las teorías evolucionistas y positivistas se produce un cambio de interés en el objeto de estudio: los neogramáticos ya no se interesan en la descripción de la gramática sino en las relaciones de parentesco lingüístico entre las lenguas indoeuropeas, iniciando lo que se denomina lingüística histórico comparativa. Pero es recién con el Curso de lingüística general de Ferdinand de Saussure, publicado en 1916, que se produce un cambio de paradigma, de métodos, de objetivos y de perspectivas. Saussure define, por primera vez, al signo y a la lengua como un sistema de los signos organizados en base a relaciones (sintagmáticas o paradigmáticas) teniendo cada uno de ellos un valor. Con esto la lingüística adquiere la dimensión que la ciencia reviste en la actualidad. La ciencia (entendida como un conjunto de proposiciones refutables y contrastables empíricamente) que estudia las lenguas (entendidas como la manifestación de la facultad del lenguaje), es decir, el estudio objetivo, descriptivo y explicativo de la estructura, del funcionamiento (lingüística sincrónica) y de la evolución en el tiempo (lingüística histórica) de las lenguas naturales humanas.

La complejidad del objeto (el lenguaje en general, las lenguas en particular, las características de su uso, el conocimiento que los hablantes poseen de ella, el funcionamiento, los niveles de la lengua, la sincronía, la diacronía, el significado, el léxico, etc.) propició la formación de diferentes campos y ramas de análisis según el punto de vista que se adopte o el interés que se persiga. (L. O.)

LÓGICA

Es una ciencia formal que estudia la estructura o formas del pensamiento humano. Es de destacar que la verdad o falsedad del razonamiento lógico no depende de que se corroboren sus enunciados, es decir que se confronte con la experiencia sino de la coherencia interna del discurso. Su objeto de estudio son los principios de la demostración y la inferencia válida, postulando distintos criterios para determinar si un razonamiento resulta o no válido. (M. I. S.)

MARCO TEÓRICO

El marco teórico puede ser de alguna manera el contexto conceptual, pero es más rígido. La idea de “marco teórico” es más utilizada en diseños de investigación estructurados, casi siempre se corresponden

con la investigación cuantitativa y se elabora a partir de teorías validadas que buscan profundizar el foco de análisis desde una sola perspectiva, en forma deductiva. En las investigaciones contemporáneas se recurre con frecuencia a la idea de “perspectivas teóricas” que permite pensar en una mayor flexibilidad teórica y es muy utilizada en investigaciones cualitativas, con gran peso de la inducción (G. H.)

MEDICALIZACIÓN

Implica una expansión de la profesión médica e incremento de las categorías de enfermedad y diagnósticos: se absorben comportamientos sociales en la jurisdicción médica y se expanden las terminologías patológicas, los tratamientos y la farmacopea. Cada vez más “problemas sociales” son medicalizados. Incluso creando nuevos status, los “potencialmente enfermos”, redefiniendo los límites de lo normal y lo patológico y afectando las normas sociales con respecto a ciertos comportamientos, corporeidades y sus intervenciones.

Peter Conrad (2007) señala un cambio en los motores de la medicalización en las sociedades contemporáneas, donde los médicos ya no están en el centro de la escena sino la biotecnología y mejoramiento genético (mejoramientos biomédicos en los genes), el marketing (las empresas anuncian sus productos directamente al público y crean mercados para sus productos, por ejemplo con el incremento de las publicidades y el auge del ciberespacio conllevando también al aumento de la automedicación o la demanda de medicamentos) y los grupos de consumidores (agrupaciones de consumidores sin fines de lucro, apoyados financieramente por las compañías farmacéuticas y fuertes partidarios de los tratamientos médicos para los problemas humanos que defienden) y, por último, la atención administrada (son un árbitro de lo que se considera una patología y un tratamiento médico adecuado).

Por medio de la expansión de las industrias farmacéuticas y la biotecnología se absorben los conflictos sociales, y mediante de la construcción de terminologías patológicas y creación de tratamientos biomédicos, se individualizan la responsabilidad social al invisibilizar el papel de la estructura social y sus relaciones en la producción de la enfermedad. (B. B.)

MEDICINA COMO FORMA CULTURAL

Comprender a la medicina como una forma cultural implica entenderla como una “forma simbólica” de interpretación de la realidad social con un lenguaje característico y forma de “ver el mundo”: constituye formas de percepción, de imaginación. Los síntomas de los pacientes deben ser codificados en lenguaje cultural: médico. La misión interpretativa básica del médico consiste en decodificar las expresiones simbólicas del paciente, en términos de sus referentes somáticos subyacentes.

Esta mirada médica define el cuerpo humano (biológico) y la enfermedad (*disease*) en una modalidad cultural distintiva: construye a las personas, los pacientes, los cuerpos, las enfermedades y la fisiología humana bajo el paradigma empirista y biologicista de la ciencia: “para el conocimiento médico, las entidades de enfermedad residen en el cuerpo físico, son biológicas, universales y trascienden los contextos sociales y culturales” (Good, 2003: 33). A partir de los “procesos formativos” la medicina

formula o constituye esa dimensión del mundo a la cual se refiere el conocimiento médico. El lenguaje médico, por lo tanto, no es un espejo del mundo empírico, sino que es un lenguaje cultural mediado por preocupaciones morales e intervenciones técnicas (Good, 2003). (B. B.)

MEMORIA

La memoria y más aún la memoria colectiva serían los resultados de la combinación de los recuerdos individuales de muchos miembros de una misma sociedad. La memoria colectiva construye un pasado de acuerdo con su época y en sintonía con los pensamientos dominantes de la sociedad. En los Estados contemporáneos siempre hay memorias hegemónicas y otras que luchan por su legitimación. En las investigaciones en salud intervienen tanto la memoria como los recuerdos personales, todas las sociedades tienen explicaciones para sus males, las enfermedades, los accidentes, así como del bienestar, frecuentemente explicado como una armonía social/cultural/económica y con el acceso a bienes y servicios en salud. (G. H.)

MÉTODO BIOGRÁFICO

Se centra en la búsqueda y análisis de testimonios subjetivos de una persona con la intención de documentar los acontecimientos y las valoraciones que esta persona hace de su propia existencia. La principal estrategia de investigación es la entrevista y se tienen en cuenta todos los documentos personales a los que quienes investigan puedan acceder. Los documentos personales pueden ser fotos, videos, correspondencia con valor afectivo o simbólico para el sujeto que narra. (G. H.)

MÉTODO ETNOGRÁFICO

Es el método adoptado por la antropología del siglo XX para definir su especialidad y luego adoptado por la investigación cualitativa en general, en distintas disciplinas científicas. La práctica etnográfica conlleva a que el/la investigador/a tiene estar en el lugar donde ocurre aquello que estudia, es así que el conocimiento de los hechos sociales es siempre subjetivo e intersubjetivo, ya que se produce mediante un el trabajo de campo que incluye a quienes observan y hasta participan de distintas formas de aquello que estudian. Este método característico de la antropología produjo innovaciones que consistieron en reunir en una práctica profesional integrada en los procesos de recolección de datos centrados, teorización y análisis. El método etnográfico tiene muchas potencialidades en los estudios de la salud/enfermedad y cuidados. (G. H.)

MÉTODO HIPOTÉTICO DEDUCTIVO

Es uno de los procedimientos o caminos que sigue el investigador al desarrollar su actividad científica. De manera general se pueden mencionar cuatro: 1. se descubre un problema a investigar, 2. se formula

una hipótesis general para explicar el fenómeno que se quiere investigar, 3. se deriva a partir de esa hipótesis proposiciones más elementales y 4. se contrastan estas con la experiencia. Es necesario destacar una diferencia entre este método e inducción: el método hipotético surge a partir de una hipótesis general mientras que el método inductivo proviene de observaciones de tipo particulares. (M. I. S.)

METODOLOGÍAS CUALITATIVAS

La investigación cualitativa es aquella que produce datos descriptivos, ricos y se desarrolla en el “mundo de la vida” (ver) en co-presencia del/a investigador/a. En las metodologías cualitativas el cuerpo es el primer insumo de quien investiga, es necesario “estar” en el lugar en el que se producen los hechos. No realiza análisis matemático.

Las principales estrategias que despliegan son: La observación participante y no participante, la entrevista, la historia de vida, los relatos de vida y los grupos focales. Entre sus principales características se encuentran las siguientes: no se despojan del contexto ni la aleatoriedad, se incluye la dimensión del descubrimiento y los casos individuales no son generalizables. No se espera generar teorías universales. El diseño de investigación debe ser flexible. Los formatos más habituales son las investigaciones etnográficas y los análisis de textos. (G. H.)

METODOLOGÍAS CUANTITATIVAS

Son aquellas metodologías que se basan en la encuesta y el análisis estadístico. Parten del supuesto de que es posible y válido abstraer aspectos teóricamente relevantes de la realidad para analizarlos en su conjunto en busca de regularidades y constantes que sostengan generalizaciones teóricas. (G. H.)

MODELO MÉDICO ALTERNATIVO

Es un modelo de atención de la salud basado de prácticas “tradicionales”: ayurveda, acupuntura, herbolaria china, prácticas espiritistas, homeopatía, quiropraxia. A diferencia del Modelo Médico Hegemónico, tiene una concepción globalizadora de los padecimientos, la legitimación de sus curadores especializados y de sus tratamientos es comunal y sus acciones terapéuticas se basan en una eficacia pragmática. Por otro lado, también implica la Exclusión de otros del saber de los curadores especializados, hay una asimetría de la relación curador-enfermo y opera una reciente mercantilización. (B. B.)

MODELO MÉDICO HEGEMÓNICO

Inicialmente es necesario decir que cuando hablamos de modelos, los hacemos en tanto una abstracción de la realidad y que en la misma no se da de forma “pura”. Este es un modelo de atención que se corresponde con la biomedicina y por lo tanto es hegemónico, dominante y naturalizado en nuestras

sociedades occidentales. El Modelo Médico Hegemónico presenta ciertos rasgos estructurales que lo caracterizan: biologismo, relación médico-paciente asimétrica, exclusión de la palabra y saber del paciente, racionalidad científica, se autoidentifica con la ciencia, exclusión de otras formas de atención por no responder a criterios científicos, relación de hegemonía subalternidad si se aceptan otras técnicas o formas de atender a la enfermedad.

En la relación médico-paciente, el médico construye su rol como objetivo, neutro, basado en la ciencia positivista y que debe comprometerse a colaborar en la curación del paciente y por su parte, este último se piensa en su obligación de cumplir con la prescripción médica y a colaborar con el médico en su curación, de lo contrario será calificado como el “mal paciente” con problemas de “adherencia” al tratamiento.

Sin embargo, es importante destacar que las formas de intervención médica técnica (como la medicina alopática) devinieron hegemónicas y se institucionalizaron pero no condujeron a la anulación o el reemplazo de las prácticas, representaciones y saberes que son manejados por los diferentes conjuntos sociales. (B. B.)

MODELOS DE ATENCIÓN DESDE UNA PERSPECTIVA ANTROPOLÓGICA

Las formas de atención de los padecimientos refieren a las diferentes actividades intencionales dirigidas a aliviar una dolencia: que buscan prevenir, dar tratamiento, controlar, aliviar o curar un padecimiento determinado. Existen diferentes formas de atención a la enfermedad, que suelen utilizar diversas técnicas diagnósticas, diferentes indicadores para la detección del problema de salud, así como variadas formas de tratamiento e inclusive distintos criterios de curación (Menéndez, 2003).

Las Ciencias Antropológicas que se preguntan por la salud y la enfermedad de las poblaciones, reponiendo el lente de lo social, con una mirada holística, por sobre lo exclusivamente biológico. Es decir, comprende a la enfermedad como un fenómeno social total. Propone revelar la estructura de las relaciones sociales que crean las enfermedades y los roles sociales, las respuestas implicadas, las representaciones sociales, los curadores: diferentes formas de entender y atender la enfermedad. Teniendo en cuenta la diversidad de contextos socioculturales y condicionamientos estructurales que llevan a respuestas variadas frente a la misma problemática.

La antropología en el estudio de la salud-enfermedad propone una mirada crítica para de-construir la individualización de la enfermedad que realiza la biomedicina, a partir de usar los lentes de la contextualización y las prácticas sociales en la vida cotidiana. Para ello realiza estudios etnográficos: observaciones participantes, entrevistas, mapeos. (B.B)

MODELO FOLK O CULTURAL DE ENFERMEDAD

Este concepto aporta al de illness (Hellman, 1981) y permite entender a los pacientes como sujetos culturales, que realizan prácticas interpretativas de entendimiento de su enfermedad. El contexto cultural propio de la persona que enferma posibilita determinadas representaciones de la enfermedad que padece y, por lo tanto, formas de resolverlo. Es decir, dar respuesta a cuestionamientos a los que se encuentra una persona que enferma:

1. ¿Qué ha sucedido? 2. ¿Por qué ha sucedido? 3. ¿Por qué a mí? 4. ¿Por qué ahora? 5. ¿Qué pasaría si no se hiciera nada sobre esto? 6. ¿Qué debería hacer respecto a esto o a quién debería consultar para pedir ayuda? (B. B.)

MODOS DE VIDA

Por “modos de vida” se considera a las condiciones de trabajo, calidad y disfrute de bienes de consumo, alimentación, descanso, vivienda, acceso, calidad de vida y recreación, capacidad objetiva del grupo para crear y reproducir valores culturales e identidad, capacidad objetiva del grupo para su organización y calidad de las relaciones ecológicas del grupo (relaciones con la naturaleza). Estos modos de vida grupales, se van a desarrollar en diferentes “estilos de vida” individuales y familiares (Breilh, 2010). En este sentido, es necesario entender el contexto micro, macro, las dimensiones locales de distribución y segregación de calidades de vida y las relaciones económicas del sistema de acumulación global en el que se gestan las desigualdades en los modos de vida. (B. B.)

MUNDO DE LA VIDA

Este concepto es utilizado para dar cuenta de la incorporación de la noción de subjetividad y la importancia de lo cotidiano en las investigaciones. Su origen está en la obra filosófica de Edmund Husserl, Alfred Schütz y Maurice Merleau-Ponty. En las prácticas de investigación que incorporan esta idea de “mundo de la vida” hay un planteo que presta atención a las condiciones corporal, histórica, cultural, afectiva y expresiva del ser humano y muestra así la implicación de los sujetos en su mundo. (G. H.)

NARRATIVA - ANÁLISIS NARRATIVO

El análisis narrativo consiste en el estudio sistemático del significado y la experiencia personal para explorar las cualidades del pensamiento humano y el poder de los relatos buscando interpretar la realidad. Para abordar el concepto de análisis narrativo es necesario definir primero en qué consiste la narrativa y establecer las diferencias entre “narrativa”, “historia” y “relato” en tanto suelen emplearse como sinónimos. El primer concepto es un término técnico utilizado para analizar dimensiones como representatividad, decibilidad (conjunto de características destacadas que hacen a una historia digna de ser contada) y propiedades como secuencia de actos de habla, estructura, temática, categorías, estrategias retóricas y/o temporales. La definición de uso más extendido entiende que la narrativa es la estructuración de la experiencia personal como un relato personal de hechos, sucesos y acciones situados en un tiempo y espacio, vividos personalmente, que construyen un argumento desarrollado secuencialmente y que concluye con una explicación final. De esta manera, la narrativa es una reconstrucción particular de la experiencia en la que media un proceso reflexivo y provee de significado a lo sucedido o vivido (Ricoeur,

1995). Así definida, la narrativa es una condición ontológica en tanto el ser humano habita un mundo construido y constituido por palabras en el que la relación entre la vida y las narrativas es indisoluble.

El análisis narrativo es un proceso dinámico de indagación basado en una serie de supuestos epistemológicos y ontológicos que se adoptan desde los inicios de la investigación e involucran el modo de recolección, de procesamiento de los datos y el análisis de los resultados propiciando una forma de acceder al conocimiento que permite reconocer que su conceptualización dependerá de la concepción de la realidad y de los fenómenos que subyacen a las narraciones que posea el investigador por lo que el sujeto investigador cobra relevancia en tanto entiende que su subjetividad forma parte del proceso de comprensión de la realidad y del mundo. De esta manera el análisis narrativo es sociocultural y permite analizar tanto las subjetividades individuales como las grupales.

Fundado en la hermenéutica interpretativa y la fenomenología, se centra en los significados que los sujetos atribuyen a sus experiencias, buscando proveer “una visión que (encaja con) la complejidad de las vidas humanas” (Josselson, 2006: 4). (L. O.)

OBSERVACIÓN PARTICIPANTE

Es un método para desarrollar el trabajo de investigación en el campo y a partir del cual se construye el producto etnográfico. Tiene sus raíces en los aportes de Malinowski y su investigación en las Islas Trobriand. Allí su método de observación se reconoce en todo su potencial técnico y se consolida como el método antropológico. La observación participante (en tanto herramienta de obtención de información y de producción de datos) implica el despliegue de interacciones cara a cara, compartiendo actividades y sentimientos con los sujetos estudiados en un periodo de tiempo prolongado. La perspectiva epistemológica que guía este método supone la desnaturalización del mundo social y la afirmación, en consecuencia, de que este es construido en un proceso permanente de relaciones sociales. Hay distintos tipos de participación de lo/as investigadore/as en la investigación, desde la inmersión total en el campo hasta la de mero/as observadores. (J. I.)

PARADIGMA

Si atendemos a su definición etimológica, este concepto viene de *παράδειγμα*: “para” significa “junto” y “deigma” que se traduce como “modelo o ejemplo”. Son varias las acepciones que se pueden encontrar de este concepto pero, si atendemos al origen, según la propuesta de Kuhn del concepto, podemos entenderlo como realizaciones científicas reconocidas de forma universal por la comunidad científica que durante un lapso de tiempo le proporcionan modelos de problemas y de soluciones. En la actualidad este concepto se ha vuelto mucho más laxo refiriéndose, de manera muy general, a un conjunto de ideas y prácticas de investigación. (M. I. S.)

PERSPECTIVA RELACIONAL/TRANSACCIONAL

La perspectiva relacional y transaccional es propuesta por Eduardo Menéndez y nos permite comprender la complementariedad terapéutica que opera en nuestras sociedades caracterizadas por la presencia de un

pluralismo médico. Esto fue necesario para evitar malos entendidos con respecto a los “modelos de atención” como entidades cristalizadas y excluyentes. Tanto la medicina tradicional como la biomedicina, en manos de un grupo determinado de gentes, no debe ser analizada “en sí”, en términos tipológicos que anulen la dinámica y las relaciones que ponen en juego el conjunto de prácticas y representaciones de los grupos sociales, sino en sus relaciones y transacciones.

Partir de “lo tradicional” *a priori*, buscar lo tradicional definido en términos ideológicos, es reducir la realidad a sólo una de las partes. Por su parte, la medicina moderna, alopática, también se debe entender en términos relacionales, bajo una perspectiva transaccional que estudie el sistema de transacciones producido “entre las partes” y no “en las partes” ni en términos tipológicos que anulen la dinámica y las relaciones que ponen en juego el conjunto de prácticas y representaciones de los grupos sociales que: “...en función de sus necesidades y posibilidades, generan (en su vida cotidiana) dichas articulaciones independientemente de que los servicios de uno u otro tipo se opongan, reconozcan y/o incluyan dichos procesos de articulación” (Menéndez, 1994:81) en un campo sociocultural heterogéneo atravesado por diferentes formas de desigualdad y estratificación social.

Es en el “sistema” funcionando que veremos operar procesos de síntesis, de yuxtaposición o de exclusión de prácticas y representaciones procedentes de diferentes saberes, bajo relaciones de hegemonía-subalternidad. Es en la descripción y análisis de estos procesos relacionales que se observa el lugar que ocupan lo “tradicional” o lo “científico”, evitando esencialismos. Esto será posible si se realiza en términos del sistema de prácticas y representaciones que está teniendo lugar en la realidad de un enfermo atendido en el hogar, o por una hierbera, o por un médico alópata, o por un espiritualista o, como puede ocurrir, por todos ellos en forma sucesiva (Menéndez, 1994: 75). (B. B.)

PLURALISMO MÉDICO

Este término refiere a que en nuestras sociedades latinoamericanas existe una variedad de recursos terapéuticos (populares, alternativos, biomédicos). Las formas de intervención médica técnica (como la medicina alopática) devinieron hegemónicas y se institucionalizaron aunque no condujeron a la anulación (si modificación) de las prácticas, representaciones y saberes que son manejados por los diferentes conjuntos sociales.

La mayoría de la población utiliza potencialmente varias formas de atención no sólo para diferentes problemas, sino para un mismo problema de salud. Esto en parte es significativo debido al proceso estructural por el cual la biomedicina, si bien logró su expansión ideológica, no así su expansión técnica que necesita de los modelos no hegemónicos de atención por ser “frecuentemente los únicos con que cuenta una parte de la población” (Menéndez, 1992). También hay apropiación y uso de la medicina tradicional y de las prácticas legas por parte de la biomedicina, aunque en términos de subordinación y ocultamiento. (B. B.)

POSITIVISMO

Es la teoría surgida en Europa a mediados del siglo XIX, se reconoce en sus orígenes al pensamiento de Saint-Simon, sin embargo, fue su discípulo Augusto Comte quien se convirtió en el gran referente de

este pensamiento filosófico. Mientras que estos pensadores desarrollaban sus teorías en Francia, en Inglaterra fue Stuart Mill quien propulsó estas ideas que consideran que el único medio de conocimiento es la experiencia comprobada o verificada a través de los sentidos.

La hipótesis central del positivismo sociológico es que la sociedad humana está regulada por leyes naturales que recaen sobre el funcionamiento de la vida social, económica, política y cultural de sus miembros. Por lo tanto las ciencias sociales para analizar determinado grupo o comunidad, tienen que descubrir las leyes invariables e independientes de sus funcionamientos. A partir de allí se desprende que los métodos y técnicas para conocer a una sociedad son de la misma naturaleza que los usados en las ciencias naturales. Ese conocimiento no debe tener juicios de valor.

Para el positivismo las ciencias sociales y las naturales comparten un mismo fundamento lógico y metodológico. Se distinguen sólo en su objeto de estudio. (B. B.)

PROCESO DE SALUD/ATENCIÓN EN ENFERMEDAD (PSEA)

El PSEA es un concepto desarrollado por el antropólogo argentino Eduardo Menéndez y refiere a la estructura necesaria para la producción y reproducción de la vida en sociedad, abarcando: las causales de la enfermedad, las formas de atención y los sistemas de significados puestos en juego. Los PSEA se manifiestan en procesos de desgaste y reproducción diferenciales según épocas, según clase social, género y grupos sociales. (Menéndez, 1994) Por lo que van a variar según los contextos de desigualdad social en los que se expresen.

Aunque el proceso de SEA es un universal que opera estructuralmente en todas las sociedades, este opera de forma diferenciada en cada sociedad. Tanto los padecimientos, como las respuestas, las representaciones y las prácticas constituyen en sí mismos procesos estructurales a todo conjunto social porque la salud y la enfermedad son hechos sociales que requieren respuestas sociales y representaciones colectivas, que varían en cada conjunto social y actúan bajo relaciones históricas, institucionalizadas de desigualdad (ver Modelo Médico Hegemónico, Alternativo y Subordinado). (B. B.)

PROGRAMA DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICO (PIC)

Para Lakatos (1922-1974) la investigación se realiza en el marco de programas de investigación, el conocimiento no se produce con estudios aislados, sino que se trata de trabajos grupales. Los programas de investigación están compuestos por: a. un núcleo firme, el cual a su vez consta una o varias hipótesis fundamentales que por acuerdo de la comunidad científica, se consideran irrefutables a pesar de que se postulen distintas anomalías y b. por un cinturón protector constituido por hipótesis auxiliares que sí pueden modificarse o sustituirse para defender al núcleo firme de cualquier refutación. En estos programas se encuentran también heurísticas positivas que guían posibles cambios y heurísticas negativas que evitan algunos de ellos. (M. I. S.)

PROPOSICIÓN

Es un enunciado al que se le puede atribuir un valor de verdad, es decir que es posible afirmar si ésta es verdadera o falsa. (M. I. S.)

RECUERDOS

Se trata de una instancia más bien íntima y personal y constituyen una especie de ‘memoria privada’ que se genera en base a vivencias del individuo, mientras que el concepto de memoria es más amplio, no se agota dentro de los límites de la subjetividad individual (ver memoria). (G. H.)

REFLEXIVIDAD

El concepto de reflexividad es equivalente a la conciencia del investigador/a sobre su persona y los condicionamientos sociales y políticos que producen con sus prácticas en el lugar y con el grupo donde las realiza. Básicamente refiere a pensar que investigadores e investigadoras son parte de aquello que investigan. Requiere de una reflexión epistemológica que deje de lado la neutralidad y total objetividad de la investigación científica y, por el contrario, se debe dar cuenta de las intersubjetividades que se ponen en juego durante el trabajo de investigación. (G. H.)

REIFICAR

La reificación es el proceso por el cual se piensan a los fenómenos humanos como si fueran cosas, vale decir, en términos no humanos, o posiblemente supra-humanos. También se puede explicar diciendo que la reificación es la aprehensión de los productos de la actividad humana *como* si fueran algo distinto de los productos humanos, como si fueran hechos de la naturaleza, tal vez de origen cósmico o designios divinos. Reificar es cosificar, generar modelos para copiar, no estudiar para comprender. (G. H.)

RELATO DE VIDA

La recopilación de relatos de vida no se propone conocer la totalidad de la vida de los sujetos, sino determinados aspectos de la misma, y en especial la propia valoración de los sujetos sociales de ella. La autobiografía escrita constituye la forma óptima de relato de vida, ya que la escritura lleva a la constitución de una *conciencia reflexiva* en el narrador. El relato de vida es el fragmento de lo enunciado que da cuenta de aquellos temas que nos hemos propuesto conocer, pero siempre de las perspectivas de quien enuncia. (G. H.)

REPRESENTACIONES SOCIALES

Este concepto ocupó un lugar muy importante en la teoría de Serge Moscovici (1925- 2014), psicólogo social que desarrolló su teoría en Francia aunque nació en Rumania. Las ideas sobre las representaciones sociales nos ubican en un espacio en el cual se intersecan lo psicológico y lo social. En primer lugar, concierne a la manera en los sujetos sociales aprehenden los sucesos de la vida diaria, las informaciones que circulan, las características del entorno y los vínculos con las personas que se encuentran en él. Si bien representar en el sentido estricto de la palabra significa volver a presentar o sea re-producir, esta reproducción siempre es subjetiva. El acto de representación conlleva la relación entre el contenido mental concreto y un acto de pensamiento que restituye simbólicamente algo ausente y hace que el sujeto observe a los objetos y los conceptos desde su propia percepción. (G. H.)

RIZOMA. CONOCIMIENTO RIZOMÁTICO

La idea de conocimiento rizomático surge de la teoría de Gilles Deleuze y Félix Guattari que prioriza la imagen del rizoma y cuestiona la idea centrada en que el conocimiento se organiza en base a una línea jerárquica estructurada por una raíz que le da origen y lo ordena. El rizoma puede funcionar como raíz, pero también como tallo o rama, esta multiplicidad de funciones sirve para ejemplificar una forma de conocer en el que no hay puntos centrales, sino diferentes formas de interconexión. (G. H.)

SALUD COLECTIVA

La salud colectiva se ha presentado como una alternativa epistemológica diferente a la salud pública. La idea de “colectiva” la diferencia de “pública”, la cual se relaciona con determinadas ideas de la enfermedad, la muerte y las políticas llevadas adelante por los Estados para afrontarlas (ver salud pública).

Esta perspectiva traslada el foco de los cuerpos biológicos a los cuerpos sociales: grupos, clases y relaciones referidas a la salud enfermedad y cuidado. La salud colectiva no es un paradigma cerrado y delimitado, sino más bien un conjunto articulado de ideas, prácticas y técnicas en procesos de innovación y cambio. A pesar de las diferencias que podemos encontrar en su interior, vemos que quienes se sienten incluido/as en este espacio tienen una postura crítica hacia los fundamentos ideológicos y epistemológicos de la salud pública, especialmente dirigidos hacia el positivismo, el funcionalismo estructural y el poder del Estado como actor fundamental en la prevención de la enfermedad. Muchas de las críticas a las políticas estatales parecieran ser producto de los años noventa, en las cuales los estados de Nuestra América parecían no poder responder a las problemáticas sociales a las que no querían o no podían afrontar, en auge del neoliberalismo.

Desde el punto de vista epistemológico la salud colectiva no quiere verse restringida solo a los modelos estadísticos y matemáticos, ni a las corrientes de pensamientos anteriores al posestructuralismo, vemos que se buscan nuevas corrientes de pensamiento entre las cuales encontramos la influencia del constructivismo, la teoría crítica en general, la teoría habermasiana de la acción comunicativa, el marxismo heterodoxo, ideas foucaultianas y deleuzeanas entre otras. (G. H.)

SALUD PÚBLICA

La definición más conocida de salud pública, señala que es ésta una rama de la medicina cuyo interés fundamental es la preocupación por los fenómenos de salud de la población.

En este glosario no nos extenderemos sobre las definiciones sobre la salud pública debido a que entendemos es un concepto familiar en el ámbito de enfermería, sí queremos recordar que esta idea de salud está ligada a las políticas estatales e internacionales, se consolidó después de la Segunda Guerra Mundial y ha tenido pretensiones de universalidad que son cuestionadas desde el presente. Los cuestionamientos a la universalidad parten desde las particularidades culturales, políticas y económicas, como de las concepciones de qué es lo que se entiende por patológico o no. Por ejemplo: la homosexualidad era una enfermedad hasta muy avanzado el siglo XX, la silicosis era una enfermedad ocupacional en la Gran Bretaña de los años veinte mientras que en los Estados Unidos no se reconoció como tal hasta bien entrados los cuarenta, el aborto está penalizado en algunos países y en otros es una práctica médica que se realiza con distintas particularidades en los distintos países, según su legislación. (G. H.)

SEMIÓTICA

El término “semiótica” designa tanto a la facultad cognitiva de que dispone el hombre para la producción de toda clase de signos como a la disciplina que estudia los iconos, índices, signos y símbolos, sus variedades, el sistema de la totalidad de los signos existentes en una sociedad y las características de su utilización con el fin de encontrar los mecanismos que permiten establecer una relación de significado con algo que puede ser un objeto, un gráfico, una imagen, un sonido o su combinación y establecer el modo en que el ser humano conoce el mundo que lo rodea, lo interpreta, genera conocimiento y lo transmite.

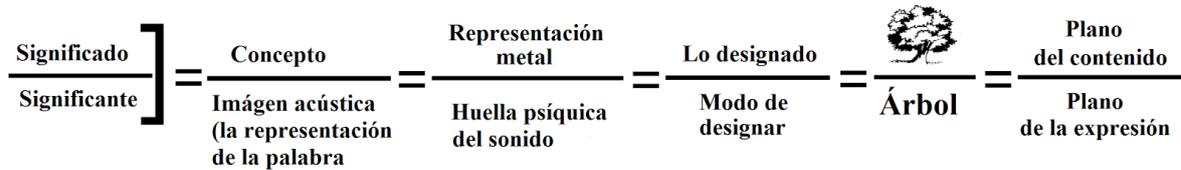
Si bien el objeto de estudio de la semiótica, también conocida como Teoría de Signos o Semiología, ha sido abordado desde la antigüedad, es recién en el siglo XIX cuando comenzó a establecerse el campo según lo conocemos en la actualidad a partir de los trabajos señeros de Ferdinand de Saussure (1857-1913) en Suiza y Charles Peirce (1839-1914) en Estados Unidos, quienes desarrollaron sus estudios paralelamente, pero de manera independiente. (L. O.)

SICKNESS

Designa a las dimensiones sociales de la enfermedad. Incorpora el análisis de los contextos sociales más amplios que envuelven los procesos de salud y enfermedad. Propone introducir un nuevo plano de análisis que dé cuenta de las prácticas, los roles y los comportamientos sociales, y de cómo las relaciones sociales, las estructuras de rol/status y las diferencias étnicas y de clase conforman y distribuyen la enfermedad (Comelles y Hernaez, 1993: 62). En este sentido, se pone el foco más allá del universo cultural microsocial y situacional, tomando en cuenta las condiciones económico-políticas, históricas e ideológicas que definen en gran medida la praxis de profesionales y pacientes (Comelles y Hernaez, 1993). (B. B.)

SIGNO

Un signo es una unidad utilizada para representar contenidos (una palabra, una imagen, una sensación). Desde la lingüística, la definición más importante es la elaborada por el lingüista (estructuralista y positivista) Ferdinand de Saussure para quien el signo es la unión de un concepto al que denomina **significado** y una imagen acústica, **significante**. La imagen acústica no es el sonido material, físico, sino su huella psíquica, la representación que de él nos da el testimonio de nuestros sentidos (imagen sensorial). Por su parte, el significado es una representación psíquica. Esto quiere decir que el significado no sería el árbol como objeto real, sino la idea que la persona se hace del árbol. El significante ha sido considerado la parte material del signo (el sonido o la letra escrita) y permite que el significado se haga presente.



El signo o la relación en significado y significante es arbitraria en tanto esa relación no tiene ningún lazo natural, es decir la idea de árbol no está ligada por relación alguna con la secuencia de sonidos a-r-b-o-l que le sirve de significante, es más podría haber sido cualquier otra cadena de sonidos como sucede en otras lenguas, como por ejemplo en inglés que esa misma idea se representa con la secuencia de sonidos de la palabra *tree*. Finalmente, es necesario mencionar que los signos son **convencionales**, en tanto nacen del acuerdo tácito de los miembros de una comunidad.

Desde la semiótica, Charles Peirce en *La ciencia de la semiótica* ha definido al signo con el nombre técnico de representamen. Para Peirce, el signo es una entidad tripartita, compuesta por el **representamen** entendido como una cualidad material (una secuencia de letras o de sonidos, una forma, un color, un olor, etc.) que está en lugar de otra cosa; un **interpretante** que aclara lo que significa el representamen y, a su vez, representa el mismo objeto y un **objeto**: que es aquello que el signo representa, condición sine qua non para la existencia de un signo (i.e. sin objeto no hay signo).

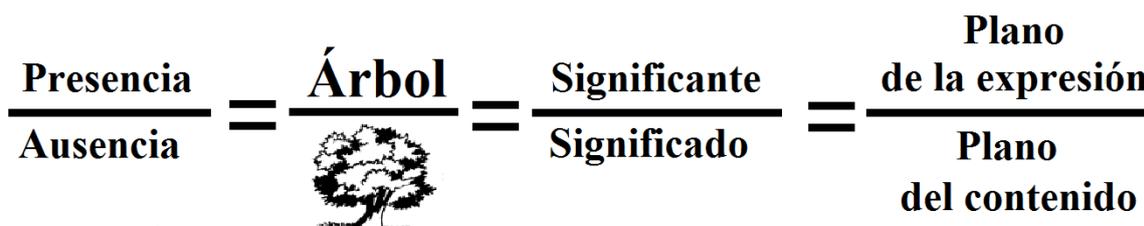
En este sentido para que algo sea un signo y se produzca la coincidencia de las ideas deben existir tres condiciones: a. el signo debe tener cualidades que sirvan para distinguirlos de otros, por ejemplo un dibujo, una palabra, o una imagen visual que lo identifiquen; b. el signo debe tener un objeto al que representar, aunque luego explica que aun así, esta y la condición anterior no son suficientes para componer un signo y c. la relación semiótica por la cual se produce un signo solo estará completa por una tercera parte o componente, un interpretante.

También dentro de la semiótica, Umberto Eco ha definido al signo incorporando en la definición su función: “el signo se utiliza para transmitir una información, para decir, o para indicar a alguien algo que otro conoce y quiere que lo conozcan los demás también”. De esta manera, el signo no es solamente un elemento que entra en el proceso de comunicación, sino que es una entidad que forma parte del proceso de significación: una persona puede pasar del signo a su referente cuando es capaz de efectuar igualmente el camino inverso, es decir, cuando no solamente se sabe que allí donde hay humo se quema algo, sino que cuando algo se quema se produce humo.

Finalmente, desde la psicología, Lacan trabaja con la noción de signo saussureano pero invierte el concepto en tanto le da la primacía al significante por sobre el significado y lo representa de la misma

manera que Saussure solo que interpreta que la barra en vez de unir, separa. Para Lacan un significante solo no significa nada porque puede tener muchos sentidos y significados. Un significante adquiere significado según el encadenamiento de un significante con otro significante. Así el segundo significante es el que le da sentido al primer significante. El significante es una traza material, un elemento discreto (diferencial), la presencia de una ausencia, el elemento último en el que se descompone el lenguaje. El sentido de un significante depende de los otros significantes que lo siguen.

“Distinguir la dimensión del significante cobra relieve solo si se postula que lo que se oye no tiene ninguna relación con lo que significa” (Lacan 1985).



Lo que Lacan llama el Otro (lo simbólico) es el tesoro de los significantes. El lenguaje es el que determina la existencia del Sujeto y el Sujeto es lo que representa un significante para otro significante.

El lenguaje es lo que determina la posibilidad de existencia del sujeto. Todo lo que se relaciona con el sujeto está estructurado, organizado y depende directamente del símbolo. Inclusive su constitución psíquica (su psiquismo, su mente) es un efecto de su relación con el lenguaje. Es gracias al lenguaje que un sujeto puede hacerse una representación, una idea de lo que es el mundo y de quién es él. No hay ser humano más que por el efecto del lenguaje. El lenguaje es lo que le va a permitir a cualquiera adquirir un saber sobre sí mismo y el mundo. Lo simbólico es ese lugar donde un sujeto puede ser representado (por su nombre, su apellido, su nacionalidad, su carácter, etc.) como perteneciendo al conjunto de los seres humanos. (L. O.)

SÍMBOLO

La definición más generalizada de símbolo es aquella que lo considera como la representación perceptible de una idea, con rasgos asociados por una convención socialmente aceptada. Es un signo sin semejanza ni contigüidad, que solamente posee un vínculo convencional entre su significante y su denotado, además de una clase intencional para su designado.

Existen distintas definiciones del concepto dependiendo de la época y la disciplina en que se haya elaborado su definición. Desde la semiología, es frecuente encontrar tres definiciones complementarias. La primera de ellas corresponde a Saussure quien explica que el concepto se ha utilizado para designar al significante y que contrario al signo el símbolo no es completamente arbitrario y es motivado. Hay un rudimento de lazo natural entre significante y significado (1985: 105). Por su parte Peirce entiende que el símbolo es un representamen “que se refiere al Objeto que denota en virtud de una ley, usualmente una asociación de ideas generales que operan de modo tal que son la causa de que el Símbolo se interprete como referido a dicho Objeto” (Peirce, 1986: 30-31) que posee un el carácter representativo que consiste en que él es una regla que determina a su interpretante.

Resta mencionar que el símbolo necesita como condición para su existencia de un referente, objeto designado u otro símbolo que permita evocar otro significado. Este significado no es propio del símbolo, sino que es el resultado de un acto interpretativo, situado en una sociedad, que se construye culturalmente. Así una cultura determinada puede analizarse por medio de la interpretación de los símbolos que la conforman. Por otro lado, el significado de los símbolos o su interpretación no debería establecerse como cerrado o definitivo porque poseen una naturaleza dinámica dado su carácter histórico y cultural. De aquí se deriva la principal característica del símbolo que es polisémico ya que siempre son factibles interpretaciones diversas. (L. O.)

SOCIOLINGÜÍSTICA

La sociolingüística es una disciplina que aborda el estudio de todos los aspectos relacionados con la lengua en su contexto social. Surge en la década del 60, con la finalidad de incluir dentro del análisis lingüístico al habla dejada de lado por la lingüística estructural. A partir de los cuestionamientos de sus detractores, entre ellos los lingüistas formalistas, su interdisciplinariedad constitutiva y sin un consenso teórico respecto de su estatus científico para legitimarse como campo de estudio, ha tenido que definirse y posicionarse frente a las demás ciencias del lenguaje estableciendo una perspectiva afín al funcionalismo lingüístico y al marco filosófico cultural hegeliano y cinco características que le son inherentes: 1. es una rama de la es una ciencia; 2. es una rama de la Lingüística, si bien, como apunta Labov, es una forma distinta de hacer lingüística; 3. mira al lenguaje como fenómeno social y cultural; 4. estudia el lenguaje en su contexto social, en situaciones de la vida real, por medio de la investigación empírica; y 5. está relacionada con la metodología y contenidos de las ciencias sociales, principalmente la Antropología Social y la Sociología (Hernández Campoy y Almeida 2005:1).

Estas características permiten establecer una definición general y abarcadora de sociolingüística como una ciencia interdisciplinar que se ocupa de las relaciones entre el lenguaje y la sociedad. Su principal objeto de estudio es la variedad y la variación del lenguaje en relación con la estructura social de las comunidades de habla, analizando los factores derivados de las situaciones de uso y el modo en que influencia el uso en las normas culturales, estableciendo correlaciones entre el comportamiento lingüístico y el contexto socio-cultural. (L. O.)

SUBALTERNIDAD

Podemos decir que subalternidad es lo opuesto a hegemonía (Ver Hegemonía) pero es más que eso, se trata de un concepto con peso propio que puede sernos de interés para el estudio de las prácticas en salud/enfermedad/atención/ cuidado.

Este concepto tiene su origen en la India por parte de un grupo de estudios que revisó las ideas que habían recibido de la colonización inglesa, se plantearon cómo resolver los conflictos que les producía generar una ciencia propia que incluyera la herencia colonial pero a la vez propusiera un cambio, una mirada propia de sus procesos sociales. Para este grupo y los que los siguieron, poder focalizar en la

situación de subalternidad fue un paso importante porque puntualizaban en la existencia de una *episteme* colonizadora, enfatizaron la idea que el conocimiento tiene una base colonial y que los que fueron colonizados van a tener que buscar nuevas formas de expresarse y producir conocimiento. (G. H.)

TESTIMONIOS

Consideramos testimonios a los relatos emitidos por nuestros interlocutores/as. Se trata de relatos, generalmente orales, a los que identificamos como fuentes documentales de nuestras investigaciones y pueden tener el lugar de fuentes primarias en el caso de los diseños de investigación cualitativos. (G. H.)

TRABAJO DE CAMPO O DE TERRENO

El trabajo de campo es un momento de la investigación etnografía o de las investigaciones cualitativas en el cual se construyen los datos empíricos. Hablar de “campo” nos remite a los orígenes del trabajo en terreno por parte de la antropología clásica que se dedicaba al estudio localizado y en profundidad de los mal llamados “primitivos”. Consistía en “ir” al campo, a contextos geográficos y culturalmente distantes al antropólogo, el cual debía dejar de lado (como si pudiera hacerse de forma absoluta) su propia cultura, lenguaje, costumbres y convivir con la otra cultura para así poder estudiarla incorporando el punto de vista del nativo, lo cual requería instancias prolongadas.

Hoy en día, el trabajo de campo/trabajo en terreno, no es pensado en sociedades distantes a la del antropólogo/a sino que la “otredad cultural” es pensada como una pregunta y reflexión epistemológica, tiene que ver más con preguntas de investigación y con recortes metodológicos que con un mundo geográfica y culturalmente situado y preexistente.

El trabajo de campo, por otro lado, implica un conjunto de técnicas: entrevistas, observación participante, mapeos, grupos focales. Por ello, es considerada una situación metodológica y un proceso que implica procesos reflexivos previos, durante y posterior a la instancia de trabajo en el terreno. (B. B.)

VIDA COTIDIANA

Es la esfera del día a día, donde los sujetos están presentes en tiempo y espacio junto con otros. Allí es donde se reproducen los signos y significados que dan sentido a las prácticas y a las relaciones sociales, pero también donde se crean y se disputan. (G. H.)

VISIONES DE MUNDO

Formas de percibir y construir la realidad. Las visiones comunes que aplican a los diversos campos de la vida, desde la política, la economía o la ciencia hasta la religión, la moral o la filosofía. Se trata de la manera en que una sociedad o persona observa el mundo, lo interpreta y actúa en consecuencia. (G. H.)

BIBLIOGRAFÍA

- Alves, Paulo (2014) “Narrativas de itinerarios terapéuticos y dolencias crónicas”. Trabajo presentado *al 29ª Reunión Brasileña de Antropología* realizada desde los días 3 al 6 de Agosto en Natal/RN (GT10).
- Bourdieu, Pierre (1986) “Notas provisionales sobre la percepción social del cuerpo”, en: *Materiales de Sociología Crítica*, Madrid, La Piqueta.
- Breilh, Jaime (2013) “La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva)”, en: *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, [online], vol. 31, suppl. 1, pp. 13-27.
Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2013000400002&lng=en&nrm=iso.
- Breilh, Jaime (2010) “La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano”, en: *Salud colectiva* [online], vol. 6, n°. 1, pp. 83-101.
Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652010000100007&lng=es&nrm=iso.
- Comelles, Josep y Hernaez, Angel (1993) *Enfermedad, Cultura y Sociedad. Un ensayo sobre las relaciones entre la Antropología Social y la Medicina*, Madrid, Eudema Antropología Horizontes. Capítulo 5.
- Conrad, Peter (2007) “Los motores de cambio de la medicalización” en: *La medicalización de la sociedad: La transformación de las condiciones humanas en Trastornos tratables*, Baltimore, The Johns Hopkins University Press. Traducción de Tomás Kierszenowicz. Revisión de Susana Margulies.
- Denzin, Norman K. y Lincoln, Yvonna S. (2000) *Handbook of Qualitative Research*, Londres, Sage Publications, pp. 1-28.
- Díaz, Esther (ed.) (1997) *Metodología de las ciencias sociales*, Buenos Aires, Editorial Biblos,
- Diez Roux, Ana V. (2007) “En Defensa de una Epidemiología con Números”, en: *Salud Colectiva* [online], vol. 3, n°. 2, pp. 117-119.
- Eco, Umberto (1968) *La estructura ausente*, Barcelona, Lumen.

- Good, Bayron (2003) *La antropología médica y el problema de la creencia, en Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica*, Barcelona, Ediciones Bellaterra.
- Guber, Rosana (2001) *La etnografía. Método, campo y reflexividad*, Buenos Aires, Grupo Editorial Norma.
- Guber, Rosana (2004) *El salvaje metropolitano. Reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo*, Buenos Aires, Paidós.
- Habermas, Jürgen (1981) *Teoría de la acción comunicativa: I. Racionalidad de la acción y racionalidad social, II. Crítica de la razón funcionalista*, Madrid, Taurus.
- Hammersley, Martyn y Atkinson, Paul (1994) *Etnografía. Métodos de investigación*, Barcelona, Paidós.
- Hellman, Cecil (1981) "Disease versus illness in general practice", en: *Journal of the Royal College of General Practitioners*, vol. 31, n° 230, pp. 548-552.
- Josselson, Ruthellen (2006) "Narrative research and the challenge of accumulating knowledge" en: *Narrative Inquiry*, vol. 16, n°. 1, pp. 3-10.
- Kleiman, Arthur, 1973, Toward a comparative study of medical systems: an integrated approach to the study of the relations between medicine and culture, en: *Science, Medicine and Man*, vol. 1, n° 1: 55-65, New York.
- Kuhn, Thomas S. (2006) *La estructura de las revoluciones científicas*, México, Fondo de Cultura Económica de España.
- Lakatos, Imre (1983) *La metodología de los Programas de investigación científica*, Madrid, Alianza.
- Le Breton, David (2002) *Antropología del cuerpo y la modernidad*, Buenos Aires, Nueva Visión.
- López de Lizaga, José Luis (2011) "El giro lingüístico y el problema de la intersubjetividad" en: *Laguna*, n° 29, pp. 25-42.
- Mendizábal, Nora (2006) "Los componentes del diseño flexible en la investigación cualitativa Estrategias de investigación cualitativa". En Vasilachis de Gialdino, Irene (coord.). *Estrategias de investigación cualitativa*, Barcelona, Gedisa, pp. 65-105.
- Menéndez, Eduardo (2003) "Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas", *Ciencia & Saúde Coletiva*, vol. 8, n° 1, pp. 185-207.
- Menéndez, Eduardo (1994) "La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional?", *Alteridades*, vol. 4, n° 7, pp. 71-83.
- Menéndez, Eduardo (2009) "Lazos, redes y rituales sociales, o las desapariciones melancólicas", en: *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*, Buenos Aires, Lugar Editorial.
- Menéndez, Eduardo (1992) "Modelo Alternativo Subordinado. Modelo de Autoatención. Caracteres estructurales", en: *La antropología médica en México*, México, Universidad Metropolitana.
- Muñoz Franco, Nora (2009) "Reflexiones sobre el *cuidado de sí* como categoría de análisis en salud", *Salud Colectiva*, vol. 5, n° 3, pp. 391-401.
- Passarin, Lorena (2011) "Itinerarios terapéuticos y redes sociales: actores y elementos que direccionan los procesos de salud/enfermedad/atención", en: *En Los aportes del Análisis de Redes Sociales a la Psicología*, Mendoza, Editorial de la Universidad del Aconcagua
- Peirce, Charles (1988) *La ciencia de la semiótica*, Buenos Aires, Nueva Visión.
- Popper, Karl (1982) *La lógica de la investigación científica*, Madrid, Tecnos.

- Ricoeur, Paul (1995) *Tiempo y narración I. Configuración del tiempo en el relato histórico*, Madrid, Siglo XXI.
- Samaja, Juan (1999) *Epistemología y metodología. Elementos para una teoría de la investigación científica*, Buenos Aires, Eudeba.
- Samaja, Juan (2004) *Epistemología de la salud*, Buenos Aires, Lugar Editorial.
- Sautu, Ruth (2003) *Todo es teoría. Objetivos y métodos de investigación*, Buenos Aires, Lumiere.
- Scheper-Hughes, Nancy y Lock, Margaret M. (1987) "The Mindful Body: A Prolegomenon to future work in Medical Anthropology", *Medical Anthropological Quarterly*, vol. 1, n° 1, pp. 6-40.
- Vasilachis de Gialdino, Irene (2003) *Pobres, pobreza, identidad y representaciones sociales*, Barcelona, Gedisa.