

## IV PARTE

# Entre médicos y pacientes. Una entrada etnográfica en la atención en salud a sujetos diabéticos

*Between physicians and patients.  
An ethnographic entry into the health care of diabetic subjects*

### **Wilmar Reyes Sevillaño**

Universidad Cooperativa de Colombia  
Cali, Colombia  
© <https://orcid.org/0000-0002-7255-696X>  
✉ [wilmarh.reyes@campusucc.edu.co](mailto:wilmarh.reyes@campusucc.edu.co)

### **Johnny Orejuela**

Universidad EAFIT  
Medellín, Colombia  
© <https://orcid.org/0000-0001-9181-463X>  
✉ [jorejue2@eafit.edu.co](mailto:jorejue2@eafit.edu.co)

### **Jorge Eduardo Moncayo Quevedo**

Universidad Antonio Nariño  
Cali, Colombia  
© <https://orcid.org/0000-0001-6458-4162>  
✉ [jomoncayo@uan.edu.co](mailto:jomoncayo@uan.edu.co)

## **Resumen**

La enfermedad crónica entraña un padecimiento de orden subjetivo que es preciso conocer, comprender y explicar, pues redefine en alto grado el posicionamiento de los sujetos dentro de la estructura social. El presente es un estudio sobre la experiencia subjetiva del padeci-

### *Cita este capítulo / Cite this chapter*

Reyes, W.; Moncayo, J. E. & Orejuela, J. (2022). Entre médicos y pacientes. Una entrada etnográfica en la atención en salud a sujetos diabéticos. En: Moncayo, J. E.; Orejuela, J.; Reyes, W. & Pérez-Arizabaleta, M. Salud, subjetividad y estudios cualitativos. Aproximaciones a la salud sexual, física y mental. (pp. 289-342). Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali; Universidad EAFIT; Universidad Antonio Nariño.

miento de la diabetes, en el que se tienen en cuenta su cronicidad, su cualidad de degenerativa, las numerosas exigencias anudadas a su tratamiento y lo que todo ello implica para la cotidianidad de la vida tanto del enfermo como de su círculo más cercano.

Se respondió a la pregunta: *¿Cómo las condiciones sociales y subjetivas se entrecruzan e inciden en las maneras en que aparece la diabetes, se le da sentido y se vive con ella?* Para alcanzar tal cometido se centró la mirada principalmente en el individuo enfermo, sus discursos y sus saberes, pero sin descuidar el análisis de las experiencias de los otros actores implicados en el proceso salud-enfermedad-atención, a saber: médicos, enfermeros y familiares del enfermo.

Dado que el interés por la dimensión subjetiva de la enfermedad es la cuestión central de esta investigación, nos valemos los planteamientos que sobre la subjetividad hacen: Foucault, al referirse a los diferentes métodos de normalización –y prácticas de control– que surgen de la relación entre poder y saber, Elias, a propósito de la relevancia de la posición ocupada en el tejido humano y las redes de interdependencia que en él tienen lugar y que a su vez dan paso al equilibrio entre la coacción social y la coacción interna y Bourdieu, con sus reflexiones en torno al *campo*, el *habitus*, los *capitales* y la *violencia simbólica*. La unión de estas tres propuestas teóricas obedeció a que estas permiten articular lo micro y lo macro ya que dan lugar a la historia, la posición social, la cultura, las prácticas, los hábitos, las disputas y las condiciones objetivas que operan en el proceso salud-enfermedad.

A partir de esta investigación es posible argumentar que la enfermedad crónica causa *división subjetiva* puesto que su padecimiento remite a una dimensión individual e íntima que fractura la identidad y pone en crisis el yo previamente construido, por lo que el cuerpo deviene extraño y productor de malestar. Ahora bien, dado que la enfermedad es, además, un fenómeno social, también vale afirmar que con ella viene aparejada una *ruptura biográfica* que interroga los marcos de sentido

previamente configurados y definidores de la relación con los otros y con el entorno. La enfermedad cuestiona lo historizado.

**Palabras clave:** subjetividad, salud, enfermedad, relación médico-paciente, sistema de salud.

## **Abstract**

Chronic illness involves a subjective disorder that must be known, understood and explained, since it redefines to a high degree the positioning of the subjects within the social structure. This is a study on the subjective experience of diabetes, which takes into account its chronicity, its degenerative quality, the many demands placed on its treatment and what all this implies for the daily life of both from the patient as from his nearest circle.

The question was answered: how do social and subjective conditions intersect and influence the ways in which diabetes appears, is given meaning and lives with it? To achieve this goal, the focus was mainly on the sick individual, his discourses and his knowledge, but without neglecting the analysis of the experiences of the other actors involved in the health-disease-care process, namely; doctors, nurses and relatives of the patient.

Given that the interest in the subjective dimension of the disease is the central question of this research, we make use of the approaches that they make about subjectivity: Foucault, when referring to the different normalization methods -and control practices- that arise from the relationship between power and knowing. Elias, with regard to the relevance of the position occupied in the human fabric and the interdependence networks that take place in it and that in turn give way to the balance between social coercion and internal coercion. And Bourdieu, with his reflections on the countryside, ha-

bitus, capital and symbolic violence. The union of these three Theoretical proposals were due to the fact that they make it possible to articulate the micro and the macro since they give rise to history, social position, culture, practices, habits, disputes and objective conditions that operate in the health-disease process.

From this research it is possible to argue that chronic disease causes subjective division since its suffering refers to an individual and intimate dimension that fractures identity and puts the previously constructed self in crisis, so that the body becomes strange and produces discomfort. Now, since the disease is also a social phenomenon, it is also worth affirming that with it comes a biographical rupture that questions the previously configured and defining frames of meaning of the relationship with others and with the environment. The disease questions the historical.

**Keywords:** Subjectivity, health, disease, relationship doctor-patient, health system.

## Introducción

El presente capítulo es el resultado de la articulación entre la tesis doctoral del becario y el proyecto de investigación, con especial énfasis en la relación entre subjetividad, método cualitativo y salud. Asimismo, pretende resaltar la pertinencia de la investigación cualitativa aplicada a los fenómenos de la salud física, mostrando su valía tanto teórica como metodológica en cuanto abre la posibilidad de reconocer la dimensión subjetiva que atraviesa la salud en general, y, específicamente, para este capítulo, lo relacionado con la experiencia del padecimiento crónico. Es un trabajo a propósito del padecimiento de la enfermedad crónica, particularmente para el caso de la diabetes. A partir de la palabra de los sujetos se exploran las tribulaciones que atraviesan la mentada experiencia; centrándonos en la relación

médico-paciente-sistema de salud. Partimos de la premisa de que este (des)encuentro constituye el insumo fundamental para comprender las maneras como la enfermedad produce división subjetiva y ruptura biográfica en quienes la padecen.

Así pues, aquí se analiza cómo la enfermedad crónica pone en tela de juicio la identidad e impone nuevas lógicas relacionales entre el enfermo y los otros, afectando la cotidianidad en general. El malestar físico y subjetivo, los conflictos, el temor, la ansiedad, la tenacidad y las tácticas presentes en quienes experimentan el padecimiento, también son materia de este ejercicio investigativo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016) define la diabetes como:

Una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. La insulina es una hormona que regula el azúcar en la sangre. El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia (aumento del azúcar en la sangre), que con el tiempo daña gravemente muchos órganos y sistemas, especialmente los nervios y los vasos sanguíneos.

Según datos de la misma OMS, “En 2016 la diabetes fue la causa directa de 1,6 millones de muertes y en 2012 la hiperglucemia provocó otros 2,2 millones de muertes” (OMS, 2016), esto debido a que de la diabetes pueden desprenderse otras enfermedades cardiovasculares que ponen en riesgo la vida: daño renal (nefropatía diabética), daño en los nervios (neuropatía diabética), infartos, retinopatía y osteoporosis, entre otras.

Dada la gravedad del impacto físico y las demandas que supone su cuidado, la diabetes se erige como una enfermedad que trasciende la dimensión orgánica para instalarse en el escenario general de la co-

tidianidad de quien la padece. Algunos estudios (clásicos y recientes) dan cuenta de la mentada multidimensionalidad.

Analizando cómo experimentan el padecimiento de la diabetes los habitantes de un barrio (colonia) popular en ciudad de México, Mercado (1996), llama la atención sobre la importancia de describir de forma rigurosa el contexto social, cultural y económico de la población que se quiere estudiar, para, a la postre, indagar cómo actúa la persona enferma respecto a las condiciones sociales en las que vive. El autor sostiene que el suyo, “es un trabajo sobre el sufrimiento, la incapacidad, la forma cómo valoran, viven y enfrentan día a día una enfermedad crónica las personas de un sector popular” (p. 11). Es decir, se apunta a desentrañar el mundo de significados que subyace bajo el orden social. Para el autor es importante considerar tres momentos cuando se pretende analizar la experiencia de la enfermedad: 1. la aparición del padecimiento, 2. el momento del diagnóstico y 3. su fase reciente. En su trabajo, Mercado (1996) logró mostrar el desencuentro entre las elaboraciones del sentido común, y el discurso científico, puesto que; “las representaciones que han elaborado sobre la misma (la diabetes) no reflejan en forma directa la orientación o los contenidos de los programas de educación para la salud que se les han ofrecido” (p. 255). Esto pone de relieve dos aspectos, por un lado, permite evidenciar la manera desafortunada en que ingresa –se impone– el discurso biomédico en los diferentes grupos sociales y, por otro, muestra las estrategias de los sujetos que se resisten a abandonar totalmente la cosmovisión que ha dado sentido a sus vidas.

Es en esa suerte de diálogo entre la biomedicina y la experiencia de los individuos, donde el mencionado Mercado (1996) explora el sentido dado a la enfermedad, para posteriormente afirmar que la diabetes se presenta como extraña no solo para el sujeto que la padece, sino también para el entorno en sí; por ello manifiesta que “de acuerdo a sus narraciones, la diabetes ni forma parte de las nosologías del me-

dio donde nacieron y crecieron, ni conocían la terapéutica empleada para su tratamiento en el conjunto de prácticas que estaban acostumbrados a manejar” (p. 256). Por lo tanto, la diabetes aparece como algo procedente del entorno: “[...] su padecimiento tiende a ser visto y valorado como uno de los efectos y consecuencias del medio urbano que les rodea” (p. 156). Sin embargo, asumir la enfermedad como “venida de afuera”, favorece que, mediante el contacto con las experiencias de otros diabéticos, los sujetos puedan entender muchos conceptos que antes se presentaban confusos, lo que a la postre les permite comprender su padecimiento desde lo individual (asumiendo responsabilidades) y desde lo estructural, es decir, considerando que ambos factores son fundamentales en la aparición y el “desarrollo” de la diabetes.

A partir de las narrativas de mujeres a lo largo del mundo, Mendenhall (2019), muestra cómo la diabetes se materializa en las sociedades y, en consecuencia, en las experiencias individuales. Para ella, no solo lo biológico explica la enfermedad, sus características y posible tratamiento; se precisa, además, considerar lo cultural, lo social y el contexto en general en el que tenga lugar la vivencia del padecimiento. Mendenhall (2019) hace un análisis transversal de las experiencias reportadas en su investigación para, a partir de ahí, argumentar que la diabetes se relaciona con la internalización del dolor emocional, la ansiedad y la depresión cuando la historia de vida ha estado atravesada por la pobreza, la marginación, el racismo, la violencia de género, el estigma por el padecimiento de otras enfermedades como el VIH, la reubicación forzada, la opresión y la violencia estructural, entre otros factores. Para la autora “estas narrativas integran la experiencia personal con las respuestas psicológicas y biológicas para revelar cómo la cultura y la sociedad se encarnan en una vida complicada” (p. 13). Bajo estos preceptos hace una crítica a la salud pública y la medicina por adoptar “una perspectiva de riesgo que se centra en los problemas físicos más visibles, excluyendo las interacciones entre los recuerdos persistentes, las emociones poderosas y las respuestas somáticas que afectan la forma en que se percibe y experimenta la diabetes” (p. 27).

Estas formas de la medicina no son para nada despreciables, por supuesto. El llamado que hace la autora es a ampliar este espectro para que sean reconocidas otras dimensiones generalmente olvidadas desde la biomedicina y que podrían favorecer tanto la prevención como el tratamiento de las enfermedades crónicas en general.

Los casos presentados por Mendenhall (2019) ilustran un desencuentro entre los médicos y los pacientes en el que la pobreza se erige como principal factor. En un fragmento de entrevista muestra la queja de una mujer frente al médico y sus demandas: “El médico me ha dicho que guarde los medicamentos en la nevera, pero, no tengo electricidad y tampoco nevera” (p. 5). Entendemos que este es un caso extremo, y no pretendemos usarlo para generalizar. Su referencia tiene que ver con la utilidad que reporta para exponer uno de los motivos por los cuales para médicos y sujetos diabéticos la enfermedad crónica ocupa diferente estatus en el escenario de la vida cotidiana. Cuando hay otros factores más apremiantes los cuidados frente a la enfermedad crónica pasan a segundo plano, lo que suele redundar en el no seguimiento de la orden médica, y ello en el malestar de los médicos con sus pacientes *no adherentes*.

El trabajo que referenciamos se sustenta teórica y empíricamente en la noción de sindemia, pues, esta apunta a comprender, “cómo las condiciones sociales y de salud interactúan de manera significativa a través de vías sociales, biológicas y psicológicas, y están impulsadas por fuerzas sociales y políticas” (p. 9). Esto es lo que se define como sinergia de problemas de salud y vulnerabilidad económica, racial, emocional y de género, entre otras. La noción de sindemia “Deriva de la fenomenología crítica para considerar cómo los procesos macro-sociales moldean experiencias subjetivas” (Mendehall, 2019, p. 25). Desde esta postura se procura dar luz a aspectos que, debido a la mirada biologicista tradicional, quedan invisibilizados o no se reconocen como directamente relacionados con las enfermedades crónicas.

Finalmente, Mendenhall (2019) presenta cinco formas de *repensar la diabetes*: 1. La diabetes debe entenderse como una enfermedad de la pobreza y no exclusivamente como una enfermedad producto de la modernización, debido a la diversidad con que se manifiesta biológica, social y culturalmente; 2. La diabetes siempre es sindémica entre las personas económica y socialmente vulnerables; 3. El diagnóstico (de diabetes) cambia la percepción del cuerpo y la condición física “convertirse en diabético implica un ajuste de cuentas respecto a lo que significa lo cultural, lo social y lo personal” (p. 140). 4. La vida social de la diabetes está fundamentalmente determinada por la cultura y la sociedad, por lo que se puede experimentar de maneras diferentes según cada contexto; 5. Las intervenciones frente a la diabetes deben emplear el pensamiento sindémico, pues “ninguna intervención será exitosa si no atiende lo mental, lo corporal y el sufrimiento social de la vida cotidiana” (p. 145). Así pues, esta investigación favorece la comprensión de las posibles articulaciones entre lo estructural y lo individual en la configuración del padecimiento de la enfermedad crónica.

En una línea de trabajo similar, Lerman (2016) sostiene que la obesidad, violencia estructural y simbólica, inestabilidad política, diabetes y depresión componen una sindemia que impacta con mayor intensidad a las personas y grupos con nivel socioeconómico bajo y que acumulan otras condiciones de marginalidad. Su investigación tuvo lugar en Puerto Rico y se desarrolló a partir de métodos mixtos. Según este autor, la diabetes pasó de ser la enfermedad de la opulencia a convertirse en una que afecta de manera desproporcionada a los pobres (...) debido a la sobreabundancia y el consumo excesivo de alimentos baratos y pobres en nutrientes (pero altos en azúcar, grasa y sodio), a la falta de oportunidades realistas de practicar actividad física y tener acceso a alimentos saludables, y a la mayor angustia psicológica debido a la falta constante de acceso a vivienda, atención médica y apoyo social (p. 3).

Lerman (2016), coincidiendo con Mendenhall (2019), encuentra en la pobreza y las desventajas que entrañan, el principal elemento pro-

ductor y reproductor de la diabetes y las patologías y el sufrimiento asociados. Sostiene que, en Puerto Rico, la violencia estructural da lugar a políticas que amplían la brecha entre ricos y pobres. Estas diferencias, refiere, se encuentran en el acceso a los servicios de salud, las dificultades para conseguir empleo y la distribución desigual de recursos económicos por sectores, lo que afecta la calidad de los servicios educativos, entre otros. Sostiene, además, que el racismo también configura la sindemia, pues, conduce y manifiesta “la segregación residencial, la falta de desarrollo profesional y de movilidad social, la distribución desigual del dinero, los recursos valiosos y los alimentos” (Lerman, 2016, p. 83). La mezcla de estas condiciones da lugar a la violencia simbólica que problematiza las relaciones interpersonales en tanto mina la identidad de los sujetos y los conduce a establecer relaciones cargadas de agresividad, por ejemplo, debido al desempleo, “Los hombres pueden abusar de las mujeres (violencia doméstica) por frustración reprimida, esto, por no poder mantener sus familias, pues sienten comprometida su identidad como hombres” (p. 83). Esta referencia resulta importante porque como veremos en este capítulo, el padecimiento de la diabetes pone en cuestión el yo y lo que con él se ha historizado.

En los trabajos que asumen esta postura se resalta la capacidad de agencia de los sujetos y las formas cómo enfrentan los distintos padecimientos, e incluso, cómo eligen cuáles de sus males paliar. No obstante, “[...] la agencia de los pacientes con diabetes tipo 2 para administrar su enfermedad se ve afectada, entre otros, por las deficiencias del sistema de salud” (Pesantes et al, 2019, p. 93). Ahora bien, si argumentamos que los sujetos hacen una suerte de escogencia de sus batallas, no resultaría descabellado plantear, a modo de hipótesis, que los mismos deciden no atender las exigencias del tratamiento puesto que las condiciones no están dadas para ello y el servicio de salud aparece como obstáculo y no como facilitador. Pesantes et al (2020) hablan de “carga del tratamiento” para analizar la complejidad del uso del

medicamento y el seguimiento de las órdenes médicas. Estudiando las experiencias de personas de bajos ingresos que viven con diabetes tipo 2 en Lima, Perú, encontraron que “los componentes emocionales, socioeconómicos y estructurales juegan un papel crucial en las capacidades de los pacientes para seguir las recomendaciones prescritas” (p. 85). Las capacidades aludidas por los autores deben ser comprendidas en dos vías: unas referidas a las condiciones objetivas y/o materiales y otras referidas a los aspectos subjetivos, cognitivos y emocionales que atraviesan la experiencia del padecimiento. Los sujetos deciden y actúan dentro de estas lógicas, sin embargo, argumentan los mismos autores, su capacidad de autogestión no es reconocida, mientras que “la ‘culpa’ de una mala gestión frente a una condición crónica como la diabetes, siempre recae en el paciente” (p. 93). El concepto de sindemia constituye una perspectiva teórico-empírica amplia para la comprensión, el análisis y la posterior intervención en los diferentes problemas de salud que impactan cada vez con mayor intensidad los distintos grupos sociales.

Como hemos visto, la experiencia del padecimiento de la diabetes entraña malestar subjetivo y sufrimiento (Montesi 2017; Page, 2019; Hirsch & Alonso, 2020). En razón de ello, Leiton-Espinoza, et al (2019) se preguntaron por “[...] el impacto emocional en el camino de aprender a vivir con ‘la diabetes’” (p. 696). Para alcanzar su propósito plantearon un estudio cualitativo fenomenológico a partir de entrevistas en profundidad. Ahí definieron cuatro unidades de significado, a saber: sufrimiento, miedo, resignación y fe en Dios. Encontraron que la depresión es común entre los sujetos diabéticos, básicamente debido a sentimientos de tristeza, minusvalía, angustia, desesperanza y culpa que acompañan la experiencia, y que les conducen, bien sea a vivir con el sufrimiento y el temor de aceptar la enfermedad, o bien a resignarse y tener fe en Dios para vivir con su condición. Así, “[...] el sufrimiento que expresan los pacientes se debe a que la diabetes se convierte en una enfermedad de mucho cuidado por su fisiopatología, factor

de riesgo cardiovascular, demencia, caídas, infecciones, depresión y deterioro funcional.” (Leiton-Espinoza, et al., 2019, p. 700). Esa presencia constante de la enfermedad conduce a que la vida cotidiana en general resulte amenazante. Pues, como los autores sostienen, desde el momento del diagnóstico deviene un impacto emocional que prosigue con el tratamiento y el pronóstico de la enfermedad.

## **El comienzo:**

### **Interés en la experiencia de enfermar de diabetes<sup>28</sup>**

Mi interés en las maneras en que la gente vive y enfrenta la diabetes nació hace algunos años, cuando me desempeñaba como psicólogo –gestor de autocuidado– para un programa de promoción y prevención (PyP) en salud, programa de riesgo cardiovascular (RCV) que hoy es objeto de mi observación. Durante aquella experiencia laboral atendí un alto número de personas con diabetes mellitus (DM) e hipertensión arterial (HTA). Allí pude notar que con ambas patologías devienen sensaciones de malestar subjetivo que hacen problemática la experiencia de enfermar. No obstante, las manifestaciones más intensas de sufrimiento anudado a la enfermedad física se vislumbran en quienes padecen DM. En estos sujetos es evidente el sufrimiento, el malestar, la angustia, la soledad, el “exceso de compañía”, el acompañamiento, las pérdidas, las ganancias secundarias, el temor a la muerte, la incertidumbre, la pasividad, el cuidado y las estrategias de afrontamiento...

Estas manifestaciones del impacto subjetivo de la enfermedad suscitaron muchas preguntas, pero había una que, para aquel entonces, y en razón al objetivo de mi actividad laboral, era crucial tratar de responder: ¿Por qué es tan difícil para los sujetos diabéticos, seguir las recomendaciones respecto al tratamiento (adherirse) contra la

---

<sup>28</sup> Dado que lo presentado en adelante resultó de una etnografía, se presenta escrito en primera persona.

dm, si lo que se busca es beneficioso para la propia salud? Por supuesto, aquella pregunta –un tanto ingenua– aún no había pasado por la “ruptura epistemológica” necesaria para ser respondida a través de la psicología y el psicoanálisis, disciplinas que concentraban mi interés en aquel momento. En esa misma época inicié mis estudios de maestría (en psicología) y esa pregunta empezó a guiar el camino de la investigación a realizar en dicho escenario académico. Adentrarme en la búsqueda de la respuesta a mis interrogantes sobre la adherencia al tratamiento me llevó a comprender rápidamente que la mentada dificultad frente a la adherencia obedecía a “obstáculos subjetivos”.

Aludir a la falta de adherencia como algo aunado a la subjetividad implicaba –al menos en aquel momento y para esa investigación– asumir que los sujetos no son del todo conscientes de sus impedimentos para asumir las demandas del tratamiento, es decir, que su incapacidad de adherirse al tratamiento no responde –necesariamente– a elecciones caprichosas o a actos de rebeldía conscientes y deliberados. No es que la gente quiera –al menos de manera consciente– morir.

Se hizo preciso entonces, comprender que existen obstáculos de los que los sujetos no pueden dar cuenta, que escapan a su entendimiento y, en consecuencia, a la posibilidad de ser verbalizados, lo que finalmente anula la posibilidad de resignificar la experiencia frente a la enfermedad y su tratamiento. Esto, por supuesto, constituye el punto central de los desencuentros que no pocas veces se presentan entre el personal asistencial (médicos y enfermeros) y los pacientes, pues los primeros suelen reducir la mentada imposibilidad a falta de voluntad, pereza, irresponsabilidad o deseos de morir, entre otros.

En la investigación mencionada me di a la tarea de conocer y tratar de comprender cómo se presentan dichos obstáculos. Inicié el trabajo de campo en diciembre de 2014, en ese momento como “participante observador” (Amezcu, 2000, p. 32) por lo que mi mirada hacia los pacientes se transformó; ya no era solo la del psicólogo que intentaba

favorecer en los sujetos la resignificación de la experiencia de padecer diabetes, sino, además, la del investigador que procura resolver interrogantes. Algunos de estos cuestionamientos podían “resolverse” en la consulta, empero dicho proceso solía generar más preguntas, más dudas, más hipótesis y menos certezas. Ello me condujo a realizar entrevistas en profundidad y observaciones en los diferentes escenarios de la clínica (salas de espera, filas en la farmacia, porterías, etc.) para favorecer la comprensión de lo encontrado en los diferentes discursos de los pacientes a lo largo de la práctica clínica.

Durante aquel proceso se identificaron cuatro obstáculos subjetivos que resultaban problemáticos para la adherencia al tratamiento: 1 Los pacientes entienden el tratamiento como una imposición del “otro” que no compromete su deseo, 2 no logran establecer transferencia con el médico, puesto que consideran a este distante, 3 no logran integrar simbólicamente la enfermedad a su historia y 4 la familia no pocas veces, es percibida como obstáculo y no como sistema de apoyo. Si bien, cada uno de estos impedimentos fue discutido y analizado en la investigación, como es normal, al finalizar la misma surgieron muchos otros interrogantes, ya no solo respecto a la adherencia al tratamiento, sino en general sobre la experiencia de vivir con diabetes.

Con aquel excedente de inquietudes construí la propuesta de investigación para iniciar mis estudios de doctorado en Sociología. Aquel documento se tituló: *Determinantes sociales de la salud y la enfermedad: la diabetes como problema social*, y tenía por fin: “Establecer cuáles son los determinantes sociales, históricos y económicos de la salud y la enfermedad, particularmente en el caso de la diabetes, buscando establecer verdaderos modelos de intervención que ofrezcan maneras eficientes de abordar la problemática”.

Por supuesto, el ingreso en la disciplina, el rigor del ejercicio académico con todos sus matices y tras producir varias versiones, la propuesta maduró hasta convertirse en un proyecto de investigación doctoral,

cuyo objetivo general es: “Analizar la experiencia subjetiva de enfermar de diabetes, considerando los diferentes elementos que configuran las relaciones que establece el sujeto diabético con su cuerpo, con los suyos y con el sistema de salud”. En ese momento fui invitado a participar de la investigación *Sentidos construidos alrededor del uso y no uso del condón en relación con el VIH en población clave, mujeres transgénero y hombres que tienen sexo con hombres (HSH) en las ciudades de Cali y Medellín*, la cual dio lugar a este libro. En dicha articulación se consolidó la subjetividad como noción central para la investigación doctoral en tanto aquella permite comprender los avatares que entraña la experiencia de la salud y la enfermedad como fenómenos individuales y colectivos. Además, siendo ambas investigaciones de corte cualitativo resultó valioso el diálogo directo que enriqueció los procesos y los resultados.

## **El ingreso al campo**

Antes de que el proyecto fuese aprobado, inicié el largo trámite para volver a la Clínica en la que había realizado la anterior investigación. La diligencia fue larga, tardó alrededor de nueve meses. En enero de 2018 regrese, pero ahora como “observador participante” (Amezcu, 2000, p. 32). Socialicé la investigación con la Directora Médica (me había reunido con ella antes de iniciar el proceso burocrático, ella me había dado recomendaciones para que este tuviera éxito). Ahí ella conoció los objetivos y las actividades que yo realizaría dentro de la institución. Por supuesto, reclamó que, “en pro del beneficio de ambas partes”, yo apoyará en los procesos de adherencia a los pacientes “medio desordenaditos”. Ello dio pie a la primera de muchas “negociaciones” respecto a mi lugar dentro del campo: acepte ver algunos –y solo algunos pacientes–, le confirmé que mi interés ya no se centraba solo en los pacientes no adherentes y le dije que solo yo manejaría mi agenda, es decir, solo yo asignaría las citas que se consideraran pertinentes. Ella aceptó, no del todo complacida. Luego vino mi petición:

un espacio en cual trabajar. Me asignaron un consultorio, en el primer piso de la Clínica y frente a una de las salas de espera.

Paso seguido, la Directora me invitó a conocer parte del equipo de trabajo del programa de riesgo cardiovascular (RCV), excepto a los médicos, quizás para no interrumpir sus consultas. La última parada fue en el consultorio del Enfermero Jefe del programa, un hombre joven que llevaba muy poco tiempo vinculado a la institución. La Directora Médica nos presentó, le contó sobre mi investigación y luego se retiró para que yo le contara más. El Enfermero y yo conversamos algunos minutos, compartimos impresiones respecto a la diabetes, los pacientes, el servicio y los médicos. Él se mostraba fuertemente crítico frente al manejo administrativo que se les daba a algunos asuntos desde la institución y también respecto al estatus del que gozan los médicos “solo por ser médicos”. Sin embargo, dichas “confesiones” no respondían al desarrollo de una empatía inmediata, ni nada que se le pareciera, obedecían a que él apelaba al *secreto profesional* que acompaña el ejercicio de la psicología y al manejo discreto de los datos que conduce la empresa investigativa, cuando se realiza con personas.

Con el enfermero la negociación giró alrededor de la misma propuesta, él también solicitó asistencia con los pacientes no adherentes, mi respuesta también fue la misma: “solo algunos”. Por mi parte, le solicité me permitiera asistir como observador a sus consultas y como observador participante a los talleres educativos bajo su coordinación, a lo que él accedió sin ningún tipo de restricción.

Puesto que en ese primer momento no tuve la posibilidad de contactar directamente a los médicos del programa, me comuniqué con ellos por correo electrónico; les conté sobre la investigación, sobre mi pasado en el programa y les solicite su colaboración en dos sentidos: acceder a responder una entrevista y permitirme estar como observador durante la atención a los pacientes de programa de rcv. Mientras esperaba sus respuestas concentré el ejercicio de observación participante en

tres de los cuatro escenarios de mi interés: las salas de espera, la consulta con el enfermero y las actividades de educación (el otro escenario es el de la consulta con el médico). Estos primeros ejercicios sirvieron fundamentalmente para refinar las guías de observación previamente construidas y, por supuesto, para familiarizarme con el terreno, pues más allá de no ser “nuevo” en el lugar, mi condición había cambiado.

Así transcurrieron los primeros días; pasando el tiempo entre las consultas del enfermero y las salas de espera (las actividades de educación son solo una vez al mes), siempre llevando mi diario de campo. En las consultas la escritura se limita a breves frases para recordar que luego, en otro espacio, se desarrollan en su totalidad. En las salas de espera, en cambio, la escritura es constante (y solo se suspende para conversar con quienes esperan).

Luego de un par de semanas recibí la respuesta de uno de los médicos del programa, él se mostró interesado y complacido con la invitación, aceptó participar de la misma y en las dos actividades solicitadas; un par de días más tarde nos reunimos y tuvimos una larga conversación respecto a la enfermedad, el sufrimiento de los pacientes y la salud pública en el país que, según él, “cada vez está peor”. En este caso la relación resultó más amable, menos formal y sin los tintes jerárquicos que atravesaron el encuentro con la Directora Médica, ni la distancia que se presentó con el Enfermero. Dos días después del encuentro inicié la observación en la consulta médica.

Ahora bien, me he referido a las negociaciones necesarias para mi ingreso al campo y, puede llamar la atención que no he dado cuenta de negociaciones con otros actores participantes de la dinámica del servicio, a saber, el personal administrativo y los pacientes. Esto se debe básicamente a que, respecto a la relación con estos sujetos, “mientras que la presencia física no representa en sí un problema, la actividad investigadora sí puede presentarlo” (Hammersley & Atkinson, 1994, p. 71). Así, para los trabajadores administrativos mi presencia suele

pasar desapercibida, soy uno más en las, generalmente atiborradas, salas de espera; desde luego, algunos me conocen, pero limitan su interacción conmigo al saludo formal y típico de las relaciones jerárquicas que se establecen entre los rangos administrativos (bajos y medios) y el personal asistencial. Por el lado de los pacientes sucede algo similar, ellos asumen que soy un paciente que espera ser atendido. Cuando tengo que contarle a un paciente sobre mi *verdadero lugar* en el campo, suelo decirles que estoy escribiendo un libro y que me interesa saber cómo se vive con diabetes. Considero que esta suerte de renuncia a la negociación, con estos sujetos en particular, favorece los objetivos del presente ejercicio etnográfico. Pues como afirman Hammersley & Atkinson (1994):

La negociación del acceso es una cuestión de equilibrio. Las ganancias obtenidas y las concesiones otorgadas en las negociaciones, así como las consideraciones éticas y estratégicas, deben darse conforme se juzgue más conveniente, según los propósitos de la investigación y las circunstancias que la rodean (p. 87).

Sobre mi presencia en las consultas, vale anotar que mi profesión en este caso representa una ventaja, pues el médico y el enfermero siempre me presentan ante los pacientes como “el doctor Wilmar, psicólogo del programa de RVC y quien hoy está acompañando la consulta”. Esto sucede inmediatamente los pacientes ingresan al consultorio, generalmente antes de tomar asiento ya saben quién soy, es decir, mi profesión justifica mi presencia, nadie pregunta qué hago o por qué estoy allí. Este aparente –y solo aparente– desinterés por el intruso puede obedecer a dos aspectos; por un lado, al hecho de que la psicología, desde el discurso del sentido común, suele identificarse con el ámbito y las disciplinas de la salud<sup>29</sup> y, por otro lado, a que las decisiones del personal asistencial no se discuten.

---

<sup>29</sup> Quizás si me presentaran como un estudiante de Sociología o como un investigador que hace una etnografía mi presencia resultaría injustificada, innecesaria y hasta molesta para los pacientes.

## La experiencia de la enfermedad y la relación con el sistema de salud: seis proposiciones

A continuación, presento seis proposiciones que responden al ejercicio de observación mencionado y pretenden evidenciar cómo operan las relaciones y los ejercicios de poder en el proceso *salud-enfermedad-atención* y su papel en la experiencia del padecimiento de la diabetes.

### **Los médicos hablan del cuerpo enfermo del paciente, pero niegan a este su presencia y la posibilidad de la palabra. Se refieren al enfermo, ignorando al sujeto**

*Enrique* es un hombre de 29 años, blanco y obeso que asiste a cita de control para la diabetes. Llega solo a la consulta, saluda, se sienta en silencio, entrega al médico sus documentos y espera que sean revisados. Enseguida, hay al menos treinta segundos de absoluto silencio que terminan cuando el médico me mira y afirma: “Él (*Enrique*) es resistente a la insulina, sin embargo, las pruebas muestran que hay mejoría: la hemoglobina glicosilada (HbA1c)<sup>30</sup> *paso de 11.1 a 7.7, muy cerca de metas, o sea, menos de 7.0*”. Luego inicia una conversación con el paciente:

**M (médico)-** ¿Estás haciendo ejercicio? (pregunta, sin quitar la mirada del monitor)

**P (paciente)-** No, doctor, no me queda tiempo

**M-** Me mira y exclama: ¡¿ves?! Mientras abre sus brazos y encoge sus hombros. Continúa preguntando ¿y la dieta?

**P-** Umm pues no mucho, la verdad, aunque no como azúcar

---

<sup>30</sup> Prueba en sangre que mide los niveles de glucosa en sangre durante los tres meses anteriores a su toma. Esta prueba representa uno de los medidores más importantes respecto a la calidad y la forma en que se sigue el tratamiento contra la DM

**M-** Me mira de nuevo y dice: Así es complicado, no se cuida, pero está cercano a las metas y, sabes a qué se debe... a que usa un buen medicamento no POS<sup>31</sup>. Sin embargo, eso no elimina el riesgo de complicaciones (inicia una extensa explicación sobre las mismas. Siempre dirigiéndose a mí).

Durante esta conversación el médico nunca miró al paciente, cuando preguntaba dirigía su mirada al monitor o a los exámenes médicos y cuando hablaba se dirigía a mí. Yo siempre guardé silencio procurando controlar mis gestos, lo que implicaba un esfuerzo en doble vía; pues no quería que el médico asumiera que desaprobaba sus apreciaciones, pero tampoco, que Enrique me viera como un cómplice que estaba ahí para reforzar las sanciones que a él se dirigían. De cualquier forma, entendía que, desde la perspectiva del paciente, yo estoy del lado del médico y la institución y ese lugar, al menos en el primer encuentro es inalterable.

El paciente por su parte esperaba, no estaba expectante, más bien se mostraba inquieto, afanado, sus brazos cruzados y su mirada fija (en el escritorio) y sería evidenciaban cierto malestar, pues se *hablaba de él, pero no con él*. Se limitó a obedecer; contestaba cuando se le preguntaba y hacia lo que se le pedía.

**M-** Pasa a la camilla (el paciente se levanta en silencio y obedece) presión arterial bien, párate aquí (el paciente se quita los zapatos y se sube a la báscula) ... bueno, aquí si estamos pasados, vas a tener que darte tiempito para hacer ejercicio

**P-** Sí, va a tocar, me voy a poner en esas

**M-** A ver cómo está el azúcar (toma la glucometría), también bien.

**P-** Sí, es que, como le digo, no como azúcar

---

<sup>31</sup> Plan Obligatorio de Salud.

En ese momento el médico se dirige de nuevo mí para decir: “te imaginas si se cuidara... estaría pasado, pero el problema es que como el medicamento hace todo el trabajo él cree que no necesita hacer más que tomárselo”. Acto seguido me hace una solicitud: “ayúdame con él, a ver si mejora esa adherencia” (lo que solicita es una intervención por psicología); yo me dirijo al paciente y le pregunto si está de acuerdo, él acepta de manera condescendiente, lo que me hace pensar que no va asistir, no obstante, programamos una cita para la semana siguiente, cita a la que, efectivamente no se presentó.

Esta viñeta suscita varios elementos que es preciso considerar:

- a. El insumo fundamental de la consulta lo constituyen las *pruebas biomédicas*, estas son las que abonan el terreno y marcan el curso que tomará el encuentro, las preguntas que los médicos hacen se desprenden de los valores ahí descritos. De ahí surgen las dudas y también las certezas, cuando los valores son adecuados se pone en cuestión el comportamiento de los sujetos, como en este caso, más aún si la apariencia del paciente no corresponde con lo que la biomedicina describe. La obesidad de Enrique pone en tela de juicio, no la veracidad de los resultados, sino el papel de él como enfermo, en la consecución de los mismos. Se asume que las prácticas no son (en este caso) las responsables del control de la enfermedad, y la farmacología se presenta como confiable y útil, pues funciona más allá del desatinado estilo de vida del paciente.
- b. En la experiencia aquí descrita la mirada permite varias interpretaciones: por un lado, se presenta como una herramienta; pues el médico la usa (negándola) para mostrar al paciente su desaprobación respecto las prácticas desatendidas y la dirige a mí en busca de complicidad que refuerce el regaño. Rehusarse a mirarlo directamente es pues una forma de marcar distancia con el paciente, de refrendar la relación de dominación y su orden jerárquico, relación y orden que me incluye, pues es como si se hablase entre

los que “entienden”, dejando por fuera a quien carece de capital cultural para participar de la conversación y, en consecuencia, no puede comprender. Por otro lado, cabe anotar que los pacientes suelen reclamar la mirada de los médicos, ya sea porque asumen que es un acto mínimo de cortesía e interés y/o porque precisan ser vistos para que su salud sea vigilada (“voy a que *me vea* el médico”). Que no los miren es asumido como una suerte de pérdida del panóptico al que son sometidos (y están “naturalmente” acostumbrados) en las salas de espera. Sin embargo, hay que mencionar que la mirada del médico nunca carece de su matiz controlador y punitivo, incluso si lo que se mira son los exámenes biomédicos y/o la historia clínica, la vigilancia sigue su curso, ya que estos documentos funcionan como muestra del interior del cuerpo, es como si este se hiciera transparente.

Los pacientes por su parte, suelen dirigir su mirada al médico, prácticamente en todo momento, sin importar quien habla, o si hay silencio. Mirar es un acto de reverencia y respeto. La mirada solo se desvía momentáneamente, y parece perderse, frente a la espera de la opinión del experto, durante ese momento esta se posa en los documentos, en un rincón del consultorio o en el monitor del computador.

- c. Hay aspectos que son desoídos por los médicos durante el encuentro clínico, y no me refiero a lo que no se permite contar, al contrario, hago alusión a lo que se dice y se oye, pero no se escucha, no es analizado con la profundidad que se debería. En el ejemplo citado, cuando el paciente afirma que *no consume azúcar*, adjudicando a ello –y al consumo de medicamentos–, sus buenos resultados en las pruebas médicas, está poniendo en escena la manera en que entiende y significa la enfermedad y el tratamiento. Aspecto que, claro está, debe ser explorado, pues sólo a partir de conocer y comprender cómo los sujetos conceptualizan la enfermedad, será posible acompañar al paciente en una suerte de *resignificación* de la experiencia que le permita asumir mejor sus cuidados.

- d. Obediencia no es igual a *pasividad*. Aunque en la viñeta que presento pareciese que el paciente es un sujeto pasivo que se somete a la palabra, el silencio y las órdenes del médico, es preciso argumentar que, por el contrario, él se reconoce como sujeto de derecho, por ello tiene una postura frente a la enfermedad y el tratamiento. Él actúa y su acción no se limita solo a reaccionar. Por ello asume que no necesita seguir dietas y/o hacer ejercicio. Por otra parte, que acceda –de manera condescendiente– a programar una consulta por psicología representa también una forma de conducirse frente a la relación con el médico, pues entiende que su negativa redundaría en un discurso –tipo regaño– respecto a asuntos que ya conoce y tiene claros. Entonces, concede al médico lo que le demanda, mas no acude a la cita. Enrique es pragmático.
- e. Finalmente, este caso permite ilustrar uno de los motivos que sustentan el estatus y la relevancia de la medicina respecto a otras ciencias, me refiero a su *eficacia*. La biomedicina ha demostrado a médico y paciente, que es efectiva, que funciona. Lo paradójico es que, este caso, el éxito del medicamento resulta generador de malestar para el médico y, por el contrario, genera en el paciente la sensación de que todo marcha bien. Es por este motivo que, no pocas veces, el sujeto enfermo se pierde a sí mismo dentro del discurso de la biomedicina –como si lo naturalizara–, al punto de convertirse en resultadista y reduccionista respecto a la salud y la enfermedad.

**Los criterios para describir la calidad del servicio responden a valores morales**

Estoy en una sala de espera mientras llega el momento de reunirme con un médico para contarle sobre la investigación. La sala está llena, hay alrededor de 30 personas que van y vienen, hacen fila para reportarse y autorizar su cita, los que ya lo hicieron, simplemente esperan mientras ven televisión o miran sus celulares, pocos conversan entre sí, sus rostros reflejan cansancio e incertidumbre.

Para mi fortuna, veo a una paciente que conozco de cuando trabajé en la Clínica, ella me recuerda y me saluda levantando la cabeza. Se sienta cuatro filas más adelante, yo espero un par de minutos (mientras trato en vano de recordar su nombre ) luego voy y me siento a su lado; en ese momento pensaba que sería bueno que tardaran en llamarla, pues esa sin duda era una buena oportunidad para avanzar en el trabajo de campo:

**W-** Hola ¿cómo le ha ido? Pregunto

**P-** Pues, bien... ahí, en la lucha

**W-** De manera directa pregunto: ¿cómo va esa diabetes? (la pregunta podría resultar un tanto violenta si no fuera porque conozco su situación hace tiempo y la trate como paciente)

**P-** Pues ahí... un día me atiende una señora de apellido Monsalve, otro día una tal Vanessa, otro día el doctor Saúl... entonces no me gusta porque, por ejemplo, usted puede que me acierte a mí en lo que yo tengo y sus medicamentos me sirvan, pero otro día me manda con otro y él me manda otra cosa... ¿si me entiende? Entonces yo la próxima cita con Saúl, yo le voy a decir que ¿cuál es el problema, que me cambian de médico? que el otro día yo pedí una cita con él y no me la dieron, me la dieron fue con una tal Vanessa... bueno y la muchacha que me atendió (en la caja) me dijo que él (Saúl) no estaba, y la cita para este mes me la dieron con él... entonces para qué le meten mentiras a uno... si es que él ya se aburrió de atenderme a mí ¡porque yo soy muy cansona, muy mal paciente!, pues diga ¡no la atiendo más! y ya, se acabó el problema, y mándeme con otro ¿si me entiende? Como me pasó con Leydi (otra médica); yo con Leydi peleé, con esa de ojos verdes, ¿por qué peleé con ella...? porque si yo por ejemplo estoy enferma y voy donde ud. como médico, ¿cuál es la obligación suya?... atenderme a mí y bregar conmigo hasta

donde pueda, no decir lo que ella dijo... “Hasta que usted no baje esa presión y esa azúcar no vuelva donde mí”, yo le dije: listo, yo no vuelvo... ¿qué me tocó hacer? Me dieron cita con el doctor Gómez. Para mí ese es un excelente médico, porque a mí me dio con el chiste, con el problema que yo tenía. Entonces, una vez ella (Leydi), me preguntó que por qué no había vuelto, y yo le dije porque usted es muy grosera, eso que usted me dijo no se le dice a nadie... y pues ella dijo que era charlando, y yo le dije ¡eso no son charlas! Porque su obligación es atenderme a mí... si a ella le pagan es por lo que nosotros pagamos ¿sí o no? (Yireth, G. Comunicación personal, 28 de noviembre de 2019)

**W-** Bueno, me ha contado dos casos: uno en el que le fue bien con el médico y otro en el que no fue así. ¿Usted en general se siente bien atendida, respetada por el equipo terapéutico que la atiende?

**P-** Primero sí, últimamente no, por la cambiadera de médico, porque si yo estoy pagando un servicio y pido cita con tal médico, con él me la deben dar porque yo estoy exigiendo que me la den con usted porque yo estoy pagando ¿sí o no? Yo no estoy mendigándole a nadie... en este momentico yo me siento defraudada. Además, hay unos que uno les muestra los exámenes que ha mandado otro y ni siquiera le mandan nada a uno pa' eso, y la obligación de ellos es mandarme medicamentos pal problema que yo tenga, así no sea de la diabetes o la hipertensión, el otro día me salió una infección urinaria en un examen, pero como el examen no lo había mandado Vanessa, que fue la que lo vio, entonces solo me dijo lo que salió y no me mando nada ¡ahí me quede con el problema!

**W-** Pero, ¿usted ha manifestado eso, se lo ha dicho a ellos?, ¿les ha dicho que está insatisfecha?

**P-** De manera enérgica y agitando los brazos responde: ah, eso, eso es perdido, eso es perdido, para qué, para qué, da igual, da

igual que yo me sienta satisfecha o que no me sienta satisfecha... uno, uno al nivel de ellos es un inferior

**W-** Un inferior ...

**P-** O sea, como que no le prestan como mucha importancia, como que ¡yo soy médico! Y usted es una paciente... da igual

**W:** Ud siente...

**P-** Sí, sí es que así es, así es... últimamente he desistido de volver, pero no puedo porque necesito la insulina y eso es muy caro y si no vengo no me la dan (en ese momento es llamada a la consulta). Se pone de pie y se despide: ¡nos vemos, voy a ver con qué me salen hoy!

Yireth evalúa el servicio teniendo en cuenta tres aspectos: 1) la posibilidad de tener un mismo médico siempre que asista a la consulta, es decir, ella valora y considera necesario que se siga un proceso. 2) que el médico sea respetuoso y amable, que no use palabras duras, ofensivas o que puedan resultar dolorosas. Que no marque la distancia que ya ella reconoce que existe. 3) que el médico ejerza sus funciones (y poder) y recete medicamentos, pues “para eso le pagan”.

En otras palabras, lo que la mujer espera es que el médico responda al imaginario que se tiene en las clases populares respecto a su labor y, aunque en su discurso hay una suerte de rebeldía, manifiesta en sus quejas frente al cambio de médico, su postura termina siendo disciplinada y demandante de un orden que le permita articularse al sistema, hay una suerte de “docilidad”. Al respecto Gadamer (2001) afirma: “[...] es el enfermo quién espera autoridad del médico; más aún, quien la reclama. Se trata casi de una exigencia” (p. 135).

Por otro lado, su “afán” de que por cada dolencia se le prescriba un medicamento permite vislumbrar la relación que tiene con su cuer-

po, un cuerpo que, al presentarse dividido gracias a las enfermedades, demanda algo que lo reestablezca, en palabras de Le Breton (2006), que reintroduzca sentido allí donde éste falta, que establezca coherencia donde hay desorden. Ahí es donde la paciente ubica la función del médico. Es por ello que, además de recetas farmacológicas, exige palabras; un discurso que le explique qué sucede con su cuerpo, pide que el médico no se limite sólo a rotularla con una condición que para ella carece de sentido. Este es quizás el mayor desencuentro entre enfermos y médicos, y es un desencuentro estrechamente relacionado con la clase social (sin que este sea el único elemento constitutivo de la relación), aspecto que como es posible notar, ella reconoce, especialmente cuando afirma que es “inferior”, dando cuenta de la brecha que eso supone y de la relación jerárquica en la que está inmersa. A propósito, Boltanski (2004) refiere; “[...] la frecuencia y la intensidad de las relaciones que los enfermos mantienen con el médico [...] crecen cuando se sube en la jerarquía social, o sea, cuando disminuye la distancia social entre médico y paciente” (p. 122). En ese orden de ideas, la clase supone una barrera que suscita el desarrollo de estrategias para mantener la comunicación y transmitir el mensaje deseado, por supuesto, de manera unidireccional.

Otro aspecto para considerar es la frase con la que Ana se despide: “Vamos a ver con que me salen hoy”. Esto muestra, por un lado, la forma en que carga la responsabilidad de su condición en los otros (médicos y demás personal asistencial), y por otro, que vive en una constante incertidumbre respecto a su salud. Castro (2000), refiere que, en los sectores populares, muchas veces “existe una sensación de azar y aleatoriedad, es decir, una sensación de que muchas cosas son impredecibles y que están mucho más allá del control de los individuos” (pp. 211-212). No obstante, los sujetos aprenden a vivir con esa sensación articulándola a su cotidianidad. Parte de esa articulación se evidencia precisamente en las quejas frente a lo que les produce malestar.

Por último, hay que resaltar que la conversación inició con la pregunta ¿cómo va esa diabetes? empero, la mujer nunca se refirió directamente a esta. Lo que quizás se deba al hecho de que tenemos un saber compartido al respecto, gracias al espacio terapéutico que otrora compartimos. Ana es una mujer que sufre considerablemente por su condición de diabética que, anudada al tabaquismo y al sedentarismo, le causa serias y constantes crisis de orden físico y emocional, sus relaciones interpersonales se han visto fuertemente afectadas por su enfermedad, hasta el punto de ser “jubilada porque ya no tenía genio para tratar con los niños” (se desempeñaba como profesora de preescolar), lo que la llevó a convertirse en una ama de casa a la que se le demanda un carácter abnegado y servil que no posee.

***La experiencia subjetiva del padecimiento, y los discursos y saberes que produce, no tienen lugar en el espacio de la consulta***

María es una mujer negra de 63 años que ingresa a la consulta con una joven acompañante (una vecina), inmediatamente entra al consultorio se queja de un dolor en la pierna derecha, asunto al que el médico ignora; guarda silencio al respecto –pues la consulta es por control de HTA y DM– y luego le pide que siente. En ese instante, María, me mira buscando complicidad, respondo a su demanda con un silencio condescendiente, como tratando de decirle que comprendo su malestar, pero que escapa a mis posibilidades atender o hacer que atiendan su súplica.

La consulta sigue su curso normal y, luego de la revisión física, el médico alerta a la mujer (y a mí) sobre su pobre control:

**M-** Estás descontrolada, los valores están altos (respecto a las pruebas médicas)

**P -** Sí, es que mis nietos me hacen rabiar

**M-** ¿Por qué la hacen rabiar? (pregunta mientras mira la pantalla)

**P-** Molestan mucho, fíjese que... (afirma mientras se acerca al escritorio)

**M-** Bueno acá están las órdenes, autorícelas y nos vemos en la próxima consulta, ¡pero póngase pilas!

**P-** Bueno doctor, hasta luego (me mira, sus gestos denotan vergüenza).

Este es un evento que se repite constantemente; en este caso, aunque el médico inicialmente parecía interesado en lo que la mujer pretendía contar, rápidamente abandona esa intención y se resguarda en el dispositivo médico, cortando de manera violenta su discurso y redirigiendo la conversación al camino burocrático característico de este tipo de encuentro.

Este corte obedece a dos aspectos; por un lado, el tiempo de la consulta no da espacio para tramitar estas narrativas, pues solo podría hacerse en detrimento de las otras prácticas siempre necesarias y que son las que se exigen a este servicio y, por otro lado, la “la huida” responde a que el médico generalmente no tiene las herramientas necesarias para soportar discursos que aluden a cuestiones de orden subjetivo. No obstante, tras estas formas de relación se esconde la lógica dominante sobre la cual se erige la consulta médico-clínica (que incluye la consulta por enfermería). El lugar de sujeto es negado para dar paso al lugar de paciente/usuario. Es decir, el sujeto es anulado por la burocracia de las instituciones y los intereses económicos y políticos a los que responde. Ello debido a que el personal de salud (asistencial y administrativo) funge como vigía y garante de la filosofía institucional.

Entonces, “arrancarle al paciente el poder de la palabra facilita la intervención objetiva del técnico en salud, cuya labor se limita a instrumentalizar el cuerpo del enfermo” (Restrepo y Espinel, 1996, p.

152). Así, el paciente es empujado a un terreno estrictamente objetivo; al campo de la biomedicina, escenario en el que su *saber técnico* no tiene cabida y es desestimado de entrada por quienes ostentan el derecho exclusivo de usar aquel conocimiento. El sujeto es reducido a su enfermedad, es reificado. Solo le queda el silencio y la obediencia (al menos en la dinámica de la consulta) a las condiciones que se le imponen. Empero, lo más grave es lo que se pierde cuando se obtura la subjetividad, lo que se deja de decir es muchas veces lo que da cuenta de la experiencia de la enfermedad y la salud. No se ignoran las historias de los pacientes, se ignoran las formas en que se vive y se padece la enfermedad y el tratamiento y se deja de lado toda posibilidad de singularizar verdaderamente el encuentro clínico. Es por ello que “solo si se reconoce al otro como alguien diferente, se lo podrá orientar un poco para que sepa orientar su camino” (Gadamer, 2001, p. 125). En otras palabras, sólo a partir de entender cómo los sujetos comprenden la enfermedad, la salud y el tratamiento, es posible favorecer –en ellos– el desarrollo de estrategias que resulten efectivas e impacten positivamente el organismo, pero, sin producir malestar y sufrimiento subjetivo.

**Las metáforas constituyen una herramienta comunicativa cuyo papel en la consulta es paradójico, pues acercan y a la vez distancian a los implicados**

Durante la consulta, Paola, una mujer mestiza de 68 años, había mostrado dificultades con la adherencia al tratamiento, además, cierto desconocimiento respecto a la enfermedad y sus manifestaciones. Estaba contrariada por los síntomas físicos que, desde días atrás, estaba padeciendo producto de la diabetes y que se corroboraron con un electro cardiograma que no mostró resultados “alentadores”.

**P-** A veces parece que en vez de mejorar empeoro, este azúcar no me deja (afirma mientras agacha la mirada y mueve la cabeza con desaprobación)

**M:** Eso a veces pasa

**P:** Pero... ¿es normal?

**M:** Pues mire hija, es que uno es como un carro, que cuando esta nuevo no molesta para nada, pero, cuando se va haciendo viejo, el motor empieza a molestar, haga de cuenta que el *corazón es el motor del carro*, entonces con los años pues el ya no funciona igual, empieza a sacar la mano.

**P-** pues, si, ya ve que así es, así es con todo.

**M-** Lo bueno es que ese páncreas *aún vive*, aún produce insulina.

Esta viñeta muestra varios elementos alusivos a lo problemático de la relación entre médicos y consultantes; particularmente, da cuenta de la brecha que representa el lenguaje para la actividad comunicativa. Pues, como afirma Gadamer (2001), la enfermedad es vivida – por quien enferma– como una experiencia, experiencia que muchas veces se presenta como absurda y, en consecuencia, carente de sentido, lo que convida a los sujetos a dotarla del mismo, a partir, generalmente, de darle un nombre o incluirla en la categoría de “malestar general” o “virosis”. Esas nominaciones constituyen la herramienta lingüística con la que se llega a la consulta con el médico quien, a su vez, desde el saber biomédico que posee intenta conceptualizar “científicamente” los síntomas descritos, definiendo la experiencia del enfermo a partir de parámetros y códigos que, casi siempre, le resultan ajenos y ponen en tela de juicio el sentido pre-construido, lo que da paso al mencionado desencuentro.

Así, la consulta médica se presenta como un *campo de lucha* entre los saberes propios del sentido común y el saber científico, ambos sujetos miden fuerzas a través de sus propios códigos. Por ello, el médico constantemente utiliza las metáforas como herramienta comunicativa, como

punto de encuentro en y a través del lenguaje. Las metáforas buscan establecer una relación horizontal que procure la transmisión del discurso biomédico, sus saberes y sus demandas. Mediante esta estrategia procura ponerse “al nivel” paciente, como si descendiera para “usar” su mismo *capital cultural*, asumiendo que usar el propio no le permitirá comunicarse. En ese orden de ideas, es posible proponer que, del capital cultural que posea el paciente depende en alta medida la calidad de la metáfora y lo “gráfica” que esta resulte. Si el paciente es visto como “un idiota cultural, incapaz de entender” (Restrepo y Espinel, 1996, p. 158), seguramente esta estrategia comunicativa tenderá a su infantilización a partir de la desestimación de sus capacidades cognitivas, redundando en explicaciones para “tontos”. A esto me refiero cuando aludo al papel paradójico de las metáforas, pues, aunque favorecen la comprensión y dotan de sentido la experiencia de la enfermedad, también dan pie al despliegue del uso de distintas formas de violencia simbólica que tiende a desconocer el saber y las creencias de los sujetos respecto a los síntomas y signos de la enfermedad y su tratamiento.

Lo que quiero argumentar es que el médico tiene la posibilidad de “moverse” entre los dos tipos de saber mencionados, pues es conocedor de las formas en que el sentido común nutre el discurso de los sujetos que atiende y, además, es experto en el discurso científico de la biomedicina. La observación en las consultas permite identificar cómo pasa de un discurso al otro, en un vaivén que resulta desconcertante para los pacientes, dejándolos a merced de los intereses del médico y, por consiguiente, favoreciendo la relación de dominación.

Graciela es una mujer de 59 años, con DM 2 desde hace un poco menos de dos años. Llega sola a la consulta, lleva sus documentos en una bolsa plástica, tiene sus pruebas médicas organizadas según su antigüedad.

**M-** Hola, hija ¿Cómo le ha ido?, pásame el cartoncito<sup>32</sup>

**P-** Tome doctor, está prácticamente nuevo (solo se ha consignado una cita)

**M-** Sí acá no hay mucho... bueno, toca mirar en la historia clínica

**P-** Ay sí, es que fijese que el otro médico, el gordito, me boto el viejo apenas se llenó. Me dio un pesar, yo que tanto los cuidó, porque eso a uno le sirve pa´ ver cómo está avanzando cierto... (el médico no la mira, ni opina al respecto, ella entonces, dirige su mirada a mí, yo asiento con la cabeza, dándole la razón) pero él dijo que ¡eso ya pa´ qué! Y pues en realidad, verdad uno se llena de cosas (risas).

La cercanía con los usuarios del servicio de salud, particularmente con quienes padecen una enfermedad crónica, me ha llevado a comprender que existen diferentes elementos y objetos que dotan de sentido la experiencia de enfermar. El carné de control (o cartoncito) representa quizás el más importante de dichos objetos, este es fundamental para establecer el vínculo en la consulta, en él está consignada la historia de la enfermedad, su evolución y/o sus retrocesos. Este documento es una síntesis de la historia clínica, recoge los datos básicos que dan cuenta de cómo marcha el proceso (fecha, peso, presión arterial, nivel de azúcar en sangre, resultados de pruebas médicas y pasos a seguir en el tratamiento), en ese orden de ideas, constituye una herramienta de información de acceso ilimitado para ambos actores. Además, es para los sujetos, al igual que la enfermedad, un compañero de por vida.

El “cartoncito” es pues una carta de presentación ante el otro, es un símbolo que inscribe en un grupo (los diabéticos, los hipertensos, etc.) Pero al mismo tiempo es un elemento diferenciador, enmarca

---

<sup>32</sup> Cartoncito se le llama a la ficha o carné donde se consignan los datos y resultados de cada cita de control.

parte de la identidad del sujeto como enfermo, representa las características que le definen dentro del dispositivo médico (adherente – no adherente, normalizado – no normalizado). Es debido a ello que los sujetos no suelen olvidarlo, es lo primero que presentan en la consulta y lo último que guardan al terminar.

Que el médico deseche este documento constituye un acto de agresividad simbólicamente violento, es un golpe a la identidad que el sujeto ha construido en razón de su condición de enfermo. Este atropello a la historia y a la experiencia da cuenta de las formas en que las instituciones, a través de sus representantes, imponen las rutinas necesarias para modelar la subjetividad y las conductas según las “necesidades” del espacio, produciendo en los pacientes “la sensación de que para poder mantenerse en su tejido social tiene que dejar que se atrofie lo que realmente es, la sensación de que la estructura social lo empuja constantemente a atender contra su ‘verdad interior’” (Elias, 1939, p. 46). El encuentro está diseñado para que el consultante asuma los actos médicos como necesarios, prudentes y dotados de un sentido incuestionable.

**Entre los enfermos y sus cuidadores se establece una relación jerárquica no pocas veces atravesada por la agresividad y el escenario de la consulta favorece tal revelación**

Carolina es una mujer joven que llega a la consulta acompañando a su padre, Abrahán, un hombre mestizo de 86 años diagnosticado con diabetes e hipertensión. Él entra primero y afirma: “vengo mal doctor, este dolor de estómago no...”. Tras él entra su hija, lo toma por la espalda y lo ubica en uno de los asientos (el que generalmente usan los acompañantes, pues se ubica tras el monitor del computador, lo que dificulta el contacto visual con el médico), ella se sienta frente al médico.

**M-** Hola hijitos, ¿cómo están? ¡Ah! les presento al psicólogo del programa, él nos está acompañado en la consulta (yo saludo)

**A (acompañante)-** Uf deberían hacer charlas para las familias (su gesto denota cansancio) (yo sonrío y asiento con la cabeza)

**M-** A ver qué me trajeron

**P-** Pues... (de inmediato lo interrumpe su hija)

A- Acá están los exámenes que le mandaron (los entrega al médico)

**M-** Y ¿cómo se ha sentido? (buscando con la mirada Abrahán)

A- Pues es que él siempre se queja, pero está bien

En ese momento pasan a la revisión respectiva, la acompañante se queda sentada. Durante dicha revisión Abrahán aprovecha para repetir al médico la queja sobre su malestar, este le escucha mientras continúa con el acto clínico, luego le dice que es normal, que eso pasa y que mientras no dure mucho tiempo no es nada grave. Mientras tanto su hija se dirige a mí en voz baja:

**A-** De verdad, deberían atenderlo a uno, es que es muy difícil

W- Sí, es complicado

**A-** A toda hora se queja, como si se estuviera desbaratando... y si, se está desbaratando, pero tampoco... (afirma entre risas)

W- Y en la casa ¿cómo les va?

**A-** Pues, lo mismo, siempre cansando; que le den, que le hagan, que le corran ¡aj, cada vez peor! En cambio, mi mamá no es así, y

también está vieja y tiene sus achaques. (Catarina, C. Comunicación personal, 19 de agosto de 2019).

La hija de Abrahán manifiesta abiertamente el malestar que le producen las conductas de su padre y los cuidados y atenciones que debe procurarle en razón de sus dolencias físicas y sus demandas emocionales. Para ella, muchas de las exigencias de su padre obedecen al capricho y no se relacionan con los cuidados que, entiende, debería brindarle, es decir, los asociados estrictamente a la salud y la enfermedad en su dimensión puramente orgánica.

Para Carolina el acto de cuidar es equivalente a un acto de amor, es un compromiso, un lazo simbólico que representa reciprocidad, que denota una devolución de favores, por eso afirma: “lo que pasa es que, cómo no va uno a cuidar a los padres, si son los padres de uno”. Empero, también es posible comprender, gracias a esta afirmación, que el hecho de cuidar a los padres constituye un mandato de orden moral (y religioso) que exige una suerte de devoción hacia estos y, en consecuencia, favorece la anulación del sujeto que brinda los cuidados, en pro de anteponer las necesidades de quien recibe las atenciones.

Ahora bien, el malestar manifestado por la cuidadora es evidencia del desgaste, el cansancio y la angustia que produce la labor de asistir al enfermo. Atender al otro cuando este es un familiar supone una vinculación emocional que, aunque “facilita” la tarea gracias a los sentimientos positivos que nutren la relación, también es problemática en tanto es el propio *ser querido* el que, gracias a su enfermedad y sus demandas, se convierte en un obstáculo para la propia realización personal. Entonces, el cansancio (físico, emocional, subjetivo) puede ser entendido como el motivador de posturas y discursos agresivos respecto al enfermo.

Lo que se establece es pues una relación de dominación en la que el sujeto enfermo suele ocupar un lugar de subordinación respecto a

quien le brinda los cuidados. No obstante, dicha subordinación no obedece exclusivamente a su condición de salud, esta también se configura a partir de aspectos como su condición económica, su edad, su sexo y su lugar –simbólico– dentro del núcleo familiar, entre otros. Veamos otro ejemplo:

Hebert es un hombre mestizo de 69 años que llega a la consulta acompañado por su esposa. Él entra primero, su esposa le indica donde sentarse. El médico los saluda y pregunta: ¿cómo están hijitos? (mientras mira al paciente), Hebert mira a su esposa y aguarda en silencio, ella contesta: “él se cuida, él es juicioso, aunque a veces *no me come*. Pero, mire (señala el abdomen prominente de su esposo) mantiene así, como inflado, y angustiado, como con una angustia... (el consultante asiente con la cabeza)” la consulta sigue su curso y, hacia el final de la misma, dirigiéndose a mí, la esposa afirma: qué será que le pasa; él se preocupa porque no tiene trabajo y está sin plata, pero yo como sí trabajo, le ayudo, las hijas también, pero él se siente como una carga, dice que le molesta no trabajar, y no aportar, pero; ¿qué hacemos, si ya le tocó? Yo le digo que no se preocupe que yo lo tengo afiliado a la salud por mi trabajo y, pues la plata, cuando puedo yo le doy.

Este es un tipo de cuidado que anula al sujeto. El enfermo de nuevo queda por fuera de la discusión respecto a su padecimiento, empero, en este caso, la subordinación no se evidencia solo respecto a la figura del médico, también se hace evidente cuando se analiza el vínculo establecido con la cuidadora. Por supuesto, Herbert tiene mucho que decir a propósito de su experiencia frente a la enfermedad y al malestar subjetivo que se traduce en angustia. Sin embargo, la relación que ha establecido con su esposa, en tanto cuidadora, le compele a callar y esperar que sea ella quien explique lo que a él le sucede.

En todo caso esta resignación de la palabra no responde a un acto fortuito, más bien da cuenta de los efectos simbólicos que tiene la dominación sobre la dimensión subjetiva que atraviesa la experiencia de ser

*cuidado*. Este tipo de prácticas están normalizadas y son parte de las maneras en que la posición de desventaja en la que se ubican (algunas veces) los enfermos respecto a los suyos configura la subjetividad.

Cuando los dominados aplican a lo que les domina unos esquemas que son el producto de la dominación, o, en otras palabras, cuando sus pensamientos y sus percepciones están estructurados de acuerdo con las propias estructuras de la relación de dominación que se les ha impuesto, sus actos de conocimiento son, inevitablemente unos actos de *reconocimiento*, de sumisión (Bourdieu, 1998, p. 26).

Para Bourdieu (1998), prácticas como estas obedecen, entre otras, a la división sexual del trabajo, división que ubica a las mujeres *adentro* (en la casa, cuidando de los suyos) y a los hombres *afuera* (en la calle, laborando y consiguiendo bienes económicos). Las dos viñetas presentadas para esta proposición dan cuenta de sujetos (hombres) *dominados por la dominación*, pues lo que en principio se presenta como una ventaja (recibir cuidados) redundante en la asimilación de un lugar de sometimiento que, además, se ve reforzado por la pérdida de uno de los lugares simbólicos del hombre, en este caso el de proveedor, lo que pone en tela de juicio su virilidad, desembocando en el malestar subjetivo mencionado y abonando el camino para la subordinación.

Finalmente, es posible afirmar que a violencia simbólica que se presenta en la relación entre cuidadores y enfermos se manifiesta a través de aspectos como: la *infantilización* (“yo lo tengo afiliado” “él no me come” “ya le tocó”), la *agresividad* (“se está desbaratando” “siempre cansando”), el *desconocimiento como sujetos* (“ignorar lo que dicen” “negar la mirada”), las *interrupciones abruptas* y la *ridiculización*, entre otras.

Luego de este recorrido, es posible afirmar que los *ejercicios de poder* que se ponen en juego en la dinámica asistencial y administrativa de los servicios de salud pretenden perpetuar el orden preestablecido y

mantener las diferencias a través de la subordinación de quienes tienen la *desventaja de estar enfermos* y necesitar el servicio, frente a quienes tienen el estatus y la potestad para prestarlo, estableciendo relaciones de dominación donde la violencia simbólica encuentra su principal nicho. Recordemos que la violencia simbólica se instituye a través de la adhesión que el dominado se siente obligado a conceder al dominador cuando no dispone (...), para imaginar la relación que tiene con él, de otro instrumento de conocimiento que aquel que comparte con el dominador. (Bourdieu, 1998, p. 51)

Entonces, los dominados se miden con la vara impuesta por los dominadores, por consiguiente, se ubican en la posición de subordinación que el sistema implícitamente les demanda. Esto le da al *poder* que ostentan el sistema y sus actores, un alto peso simbólico que garantiza su legitimidad y su acción sobre los sometidos. Por ello, los mismos subordinados terminan por ser los encargados de *vigilar* y *garantizar* el funcionamiento ya establecido.

**W-** ¿Hace cuánto está esperando? (pregunto a una mujer en la sala de espera)

**P-** Desde las 10:20, yo tenía cita a las 10:40 ¡y vea! Ya son la 11 (afirma mientras me enseña la hora en su reloj)

**W-** Claro, ya lleva un buen rato esperando...

**P-** Sí, pero pues uno necesita el servicio y más que todo los medicamentos, que los dan gratis. Además, vea la mano (cantidad) de gente, antes es mucha gracia que nos atiendan a todos... (Marina, S. Comunicación personal, 15 de julio de 2019).

Esta conversación ilustra lo que Bourdieu entiende como la naturalización de las relaciones, producto de la asimilación de las clasificaciones y la dominación que estas entrañan. Así, las dinámicas buro-

cráticas y violentas inherentes al sistema de salud y los servicios que presta, se presentan como “normales” y/o como sacrificios necesarios para alcanzar o mantener la salud.

La dinámica del encuentro clínico está *estructurada para estructurar* la subjetividad de los enfermos, es decir, para *hacerlos pacientes*, con todas las características que a estos se les atribuyen: el que espera, el que necesita, el que no sabe, el que no comprende, el que debe dejarse guiar, etc. Esto resulta paradójico, pues, aunque el paciente es considerado el sujeto principal en el campo de la salud, en la práctica desaparecen los privilegios que desde el discurso se le otorgan y se imponen las “razones” burocráticas que tienen por tarea docilizar los cuerpos, abonando el terreno para que operan las lógicas que garantizan el funcionamiento del dispositivo asistencial a partir de prácticas que exigen disciplina y sumisión. Foucault (1976), afirma:

*L' Homme-Machine* de La Mettrie<sup>33</sup> es a la vez una reducción materialista del alma y una teoría general de la educación, en el centro de cuales domina la noción de ‘docilidad’ que une el cuerpo analizable con el cuerpo manipulable. Es dócil un cuerpo que puede ser utilizado, que puede ser transformado y perfeccionado (pp. 158-159).

En el caso de la medicina, *la unión entre el cuerpo que se analiza y el cuerpo que se manipula* favorece el despliegue de las técnicas propias de la biomedicina, imponiendo el discurso –positivista– de la ciencia, sobre otros discursos que intentan ocuparse del cuerpo y de la diada salud/enfermedad. No obstante, vale anotar que el análisis y la manipulación del cuerpo funcionan en paralelo, por lo tanto, no responden a un proceso secuencial, sino que se nutren mutuamente; ejemplo de ello es el papel que ocupan los exámenes (análisis) médicos en las maneras en que se juzga la disciplina de los sujetos enfermos, del resultado que estos arrojen dependen, en alta medida, las exigencias

---

<sup>33</sup> La máquina del hombre, obra de Julien Offray de La Mettrie publicada en 1748.

dirigidas al paciente. La sanción, la crítica y el regaño, al igual que las recompensas, los estímulos y las congratulaciones benefician la manipulación y producen subjetividades. En otras palabras, la disciplina favorece el análisis y el análisis, a su vez, le brinda al médico la potestad de decidir respecto a cómo debe conducirse el cuerpo.

Estas cuestiones se evidencian también en las salas de espera, en estos espacios operan, al menos, tres elementos que buscan mantener el orden, la disciplina y la vigilancia, a saber: 1) *La organización del espacio*; las salas están organizadas para que quienes esperan dispongan su cuerpo frente a las paredes laterales y no frente al personal administrativo que les atiende, ellos por su parte, se ubican en un lugar que les permite tener un panóptico del lugar. 2) Las salas tienen sus paredes colmadas de *carteles cuyos objetivos son “educar” en salud*, generalmente apelando a la moral, el miedo y la culpa, a través de textos como “si no sacas tiempo para tu salud hoy, tendrás que sacarlo para tu enfermedad mañana”, además, hay carteles y cuadros que *indican las normas de comportamiento dentro del espacio*. 3) Finalmente, en las salas de espera se escuchan frecuentemente, a través del altavoz, *alocuciones respecto a los deberes y derechos de los usuarios*; sobre los primeros los mensajes suelen ser extensos y atendiendo a una pausada y juiciosa vocalización, mientras que los mensajes alusivos a los derechos, por lo general son breves y carentes de calidad en la pronunciación gracias a lo rápido que se narran.

Así, los aspectos mencionados configuran el *campo médico* que:

Abarca al conjunto de instituciones y actores de la salud que, ubicados en diferentes posiciones, mantienen entre sí relaciones de fuerza orientadas a conservar, adquirir o transformar esa forma de capital específico que consiste en la capacidad de imponer los esquemas dominantes de definición, percepción y apreciación (Castro y Erviti, 2015, p. 44).

Aludir al campo implica considerar un espacio nutrido por relaciones sociales entre sujetos con diferentes posibilidades y posiciones determinadas dentro del mismo. Estas interacciones redundan en diferentes luchas por el monopolio (en el caso del proceso S-E-A) del saber, la técnica y el tiempo, entre otros. En estas disputas, por supuesto, suele imponerse quien cuenta con mayor capital, en este caso los médicos, poseedores del discurso de la biomedicina. A propósito, Bourdieu (1999) afirma que “el espacio social se define por la exclusión mutua, o la distinción, de las posiciones que lo constituyen, es decir, como estructura de yuxtaposición de posiciones sociales” (p. 178). Ocupar un lugar beneficia e implica la adquisición –consciente o inconsciente– de determinadas características que funcionan como herramientas en el establecimiento de las relaciones entre los sujetos y son representadas a través de las prácticas que estos desarrollan. Dichas prácticas, a su vez, son producto de la internalización del lugar ocupado en el campo, lo que favorece su reproducción y naturalización, impactando en la experiencia de enfermar y *ser paciente*.

### **De la división subjetiva y la ruptura biográfica en la experiencia del padecimiento**

Así, pues, con la aparición de la enfermedad, especialmente cuando es crónica, devienen tribulaciones que pueden ser entendidas de dos maneras que, lejos de ser excluyentes entre sí, son complementarias y operan en concomitancia, por lo que se erigen como elementos que favorecen la comprensión de la experiencia de enfermar. Nos referimos a la *división subjetiva* y la *ruptura biográfica*.

Aludir a la presencia de una división implica que hay un individuo que se ha posicionado *en* el mundo (lugar que ocupa) y *frente* al mundo (cómo percibe y asume dicho lugar). Proceso necesario y favorecedor de la emergencia de la subjetividad que se configura en el entramado sociocultural en el que está inmerso el sujeto y en el que toma un lugar preponderante el lenguaje como transmisor de discursos

que introducen tanto placer como malestar en la experiencia de vivir. Entonces, hay una *posición subjetiva* que deviene como resultado de la relación con lo social y lo cultural, lo económico, lo político y lo educativo, etc., en el sujeto.

La división subjetiva remite a un impacto en la identidad, al yo previamente estructurado, a la manera de concebirse a sí mismo. Esta tiene lugar en el cuerpo, por lo que constituye una vivencia interna, privada y solitaria. Cuando el cuerpo se ve afectado se erige como extraño para el sujeto mismo, lo que mina su confianza y le imprime una sensación de desamparo y desarraigo proveniente de la imposibilidad de control. La enfermedad refrenda, de manera agresiva, la distancia que se tiene con el mundo: la singularidad, que se hace incómoda e inconsistente porque pone al sujeto frente a frente con aquello que no logra solucionar, al menos en primer momento, pues recordemos que en la esfera subjetiva se ubican tanto las *construcciones cognitivas* que ayudan a comprender y vivir el mundo, previo ejercicio reflexivo, como las *respuestas inmediatas* que, sin la mediación de la reflexión, ofrecen una solución ya sea temporal o permanente

La *ruptura biográfica*, en cambio, atiende a una experiencia de carácter social, lo que por supuesto, no excluye la experiencia subjetiva, sino que reclama la disposición de varios elementos, dispositivos y personas como participantes en la vida que deviene tras confirmarse la presencia de la enfermedad. En la ruptura la experiencia ya no se asume sólo como algo íntimo, es decir, de manera solitaria, sino que entraña la reorganización del mundo y los marcos de sentido construidos a su alrededor, a partir del despliegue de nuevas formas de relacionarse con las cosas y con los otros.

En este punto el cambio no se da sólo en la forma en que el sujeto se percibe a sí mismo, sino que incluye la forma en que es percibido por los otros. De dicha percepción depende lo que se espera y se demanda al *nuevo sujeto*, al sujeto que padece una enfermedad crónica, y lo que

éste se siente dispuesto a hacer para mantenerse activo dentro del entramado social. Una de la entrevistadas sostiene:

Mis nietas mantienen pendientes, si estamos es una fiesta se la pasan ahí, encima, y cuando pasan dando esos pasteles y pasabocas que ni se me arrimen porque si ellas están ahí, ni modo. Ahí mismo brincan y dicen: ¡no, a ella no, ella no puede comer de eso! A veces es cansón eso, es tremendo (risas), tremendo, porque lo están vigilando a ver que no coma lo que no puedo y si me llego a comer algo, la nieta me mira como rayado (risas) y ahí si le digo: ¡Eh, hija, mire a ver si deja de vigilar que yo estoy muy vieja y se lo que puedo hacer y lo que no! pero, pues si es como maluco que en la reunión no dejen comer nada (risas) (Dorotea, O. Comunicación personal, 23 de junio de 2019).

Este relato da cuenta de cómo la ruptura se presenta en los escenarios socioculturales de los que el sujeto es parte, estableciendo una especie de corte en las prácticas cotidianas. Lo que se puede leer es la exigencia de los otros que entienden que el enfermo debe relacionarse de otra manera con algunos aspectos de la vida social. Esta intromisión de la enfermedad en la vida cotidiana causa malestar en dos vías: por un lado, en razón de la imposibilidad de ser partícipe de la totalidad de las prácticas que animan la cotidianidad y, por otro, debido a la vigilancia constante a la que se está sometido por parte de su familia, el personal de salud y diferentes miembros de su círculo social en general.

En definitiva, tanto la división subjetiva como la ruptura biográfica son aspectos que acompañan la experiencia de padecer diabetes y ambos se relacionan de manera estrecha y se permean mutuamente. Así lo ilustra el siguiente gráfico, pues deja ver los diferentes momentos de la experiencia del padecimiento, desde el silencio de los órganos, es decir, cuando no hay síntomas evidentes, hasta el impacto en la subjetividad y la cotidianidad, pasando por el momento del diagnóstico.

## Género, sexualidad y diabetes

El trabajo de campo nos mostró que la diabetes, dada su condición de crónica y su –constante– comorbilidad con otras enfermedades, no pocas veces afecta la vida sexual de quien la padece. Al respecto, las diferencias entre géneros son evidentes y obedecen al entramado histórico-social que *designa* a cada uno la forma en que se debe comprender y asumir la sexualidad y las experiencias que le atañen. La enfermedad, como hemos propuesto y argumentaremos a lo largo del presente trabajo, es causante de *división subjetiva* al poner en tela de juicio la identidad e impactar considerablemente la cotidianidad. La condición de enfermo instaaura el cuerpo como fuente de sufrimiento en tanto éste deviene obstáculo para el desarrollo normal de la vida, vida que se ha *construido* a partir de estructuras de sentido que la hacen parecer lógica y consistente. La vida sexual se ve pues, socavada al presentarse la diabetes:

**I: (Investigador):** ¿Qué tanto cambió su vida después de la diabetes?

**DO (Entrevistada):** Siempre, pues siempre porque hasta le cogí pereza a lo otro (...) no, pues no me gusta estar haciendo eso (refiriéndose a las relaciones sexuales)

**I:** Y usted cree que tiene algo que ver con la diabetes...

**DO:** Pues porque le cogí pereza a eso, ya no me gusta casi... Pues yo no sé si será eso (la diabetes) o porque mantengo muy entumecida del estómago por tanta cirugía, por tanta anestesia y cortes... ¡ah yo no sé!

**I:** ¿Y más o menos hace cuánto nota ese cambio?

**DO:** Uy ya hace rato, como cuando me empezó esa diabetes. (Dorotea, O. Comunicación personal, 23 de junio de 2019).

Esta es una mujer de 63 años diagnosticada con diabetes cuatro años atrás. En la conversación pos-entrevista afirma que su vida sexual era normal mientras que no estuviese enferma y/o convaleciente por alguna cirugía (recuerda haberse sometido a 16). Sin embargo, sostiene que nunca fue un aspecto de su vida que resultará muy relevante, mientras siempre lo ha sido para su esposo que: “A toda hora quiere”. Como vemos, la pérdida de interés en el encuentro sexual no es algo fortuito, es –en este caso– un proceso paulatino, empero, que siempre tiene como protagonista el cuerpo y las trabas que representa en algunos momentos. Ella adjudica a la diabetes la disminución del deseo sexual, incluso afirma que no le gusta y le produce pereza. No obstante, es evidente que el malestar no se ubica en su falta de interés por el sexo como tal, sino en lo que ello implica para su relación, puesto que produce una suerte de choque respecto a las intenciones de su esposo y, además, le pone frente a una demanda que, aunque no quiere atender, se le presenta como un imperativo social propio de la vida de pareja.

En una postura similar otra entrevistada sostiene:

Son discusioncitas así sencillas (con su esposo), de pronto... aquí entre nosotros, me da pena comentarle, de pronto si ha afectado es en las relaciones sexuales, porque uno se pone que no, frío. Entonces, pues, a él le afecta y eso como que les sucede a todas las personas diabéticas, hombres y mujeres, pero de resto no, no ha habido, así como problemas así graves... (Maribel, M. Comunicación personal, 30 de noviembre de 2019).

Entonces, para las mujeres el *problema* de la diabetes respecto a la vida sexual no se presenta como una experiencia de orden físico sino de orden subjetivo, en otras palabras, padecer la enfermedad supone una disminución de la libido, por ello, aunque físicamente se tengan todas las condiciones para el encuentro sexual, no existe motivación que favorezca dicho *pasaje al acto*. De hecho, el segundo testimonio deja ver una mujer que minimiza el evento, primero describiéndolo como un asunto general (todos los diabéticos) y luego afirmando

que no es grave. Sin embargo, otros momentos de la entrevista nos muestran que el *desencuentro íntimo* con su marido se traduce en el posicionamiento de este como obstáculo frente al tratamiento para la diabetes. Continúa la mujer: “Pues él (su esposo) sí sabe, pero como que no me entiende mucho, no se conforma con aceptar que es la diabetes la que pone problemas (...) él dice: ¿cómo no la voy a apoyar? yo lo que no quiero es que consuma tanta droga porque eso es malo, dice que eso me va a causar otros problemas... dice que si me apoya”. Entonces, para ella la diabetes impone el problema que su pareja debe aceptar, lo que, además, la libera de la responsabilidad de asumir su posición respecto al sexo. Desde su postura, quien se ve afectado por el problema es su esposo.

Para los hombres la relación entre la diabetes y la vida sexual se presenta diferente: ya vimos que las mujeres acusan una disminución del deseo, más no dificultades de orden físico que impidan la actividad; en el caso de hombres, la lógica se invierte; persiste el deseo sexual, pero, el impacto físico de la enfermedad supone una traba para lograr y/o mantener erecciones<sup>34</sup> y, en consecuencia, acceder al encuentro sexual. Uno de los entrevistados afirma:

Figúrese uno traer una vaina normal y de un momento a otro me toca ayudarme, ¡imagínese! hoy en día me toca tomar pastas (Viagra) si voy a tener una relación con mi esposa, ya la estimulación... pues ayuda, pero no es lo mismo que cuando estaba bien, ya me toca ayudarme. (Ferneý, G. Comunicación personal, 12 de agosto de 2019).

Este informante asume que su vida sexual dejó de ser *normal*, fundamentalmente porque tuvo que introducir en la misma un elemento que antes no era necesario: la *ayuda*, que, además, consiste en el con-

---

<sup>34</sup> La disfunción sexual eréctil es la incapacidad que tiene un hombre en lograr o mantener una erección adecuada para tener una actividad sexual satisfactoria, y es una de las complicaciones microvasculares de la diabetes mellitus más frecuente. (López, Heredia, González y Rosales, 2013, p. 1555).

sumo de otro fármaco. Por otro lado, la referencia al bienestar como algo del pasado es consecuencia del sentido que toma la diabetes en tanto incurable, lo que supone una ruptura biográfica permanente. El mismo participante continúa:

A mí se me presentó una cosa en el pene: la uretra a usted se le cierra, eso se cierra y usted no lo puede pelar; tener una relación sexual para usted es dolorosísima eso es como si lo aruñara un gato, hermano... se pela y bota sangre y de todo, y yo asustado y mi esposa también, y pues a mí me daba pena ir donde un médico porque a uno eso le da pena. Entonces, llamé a mi hermano<sup>35</sup> y le dije: ¡ve, tengo esto! (yo estaba orinando azúcar) – me dijo: “te está pasando mucha azúcar, te estas descuidando. Anda donde el médico” - me fui para donde un urólogo y me dijo: “¡no! a eso hay que echarle cuchillo, toca hacerle la circuncisión... Pero no, eso es pa’ niños” (Ferney,G. Comunicación personal, 12 de agosto de 2019).

En este punto la cuestión parece más problemática; ahora el sexo se presenta como una experiencia dolorosa y angustiante para él y su pareja. Su pene representa el avance de la diabetes y el deterioro de su cuerpo, y ya no resulta un obstáculo solo para el acceso a la relación sexual, sino para la vida en general. En otras palabras; lo que se ha instaurado es una nueva dimensión de la enfermedad, pasando esta de ser estrictamente silenciosa a ser visible y dolorosa. Sabemos, al seguir a Le Breton (1999), que el dolor siempre remite a una experiencia íntima nunca separable del entramado sociocultural en el que está inmerso el sujeto. Debido a esto es que, ante la imposibilidad de demostrar el nivel de dolor padecido, aparece la herramienta sociolingüística de la metáfora (*eso es como si lo aruñara un gato*), lo que, en efecto, acerca al otro al entendimiento, pero sólo a partir de imaginarse y suponer cuán doloroso pudo ser el evento. Así pues, la intimidad

---

<sup>35</sup> Su hermano fue diagnosticado con diabetes varios años antes que él, por ello se convirtió en uno de sus referentes respecto al tema. Afirma: “él es juicioso, se ha controlado bien. Él ha sido quien me ha ayudado y enseñado cosas. Ya lleva tiempo jodiendo con esto” (Ferney,G. Comunicación personal, 12 de agosto de 2019).

referida entraña un carácter estrictamente singular y cruza lo objetivo (el dolor físico) con lo subjetivo (la representación que se tiene del dolor). El carácter subjetivo del dolor parece más fácil de transmitir, especialmente cuando la conversación se da entre dos hombres, en este caso el entrevistado usa el pronombre *usted*, de manera reiterativa, en un intento de intercambiar roles con su interlocutor, es decir, ubicándose simbólicamente fuera de la escena.

En todo caso, contarle a un tercero implica incluirlo en el terreno de su sexualidad, por eso le produce vergüenza contarle a su médico (más allá de que se permite hacerlo) y prefiere decírselo a su hermano en primera instancia, en un intento por preservar algo de su privacidad, manteniéndola en una esfera más cercana. No obstante, la intervención propuesta por el médico es rechazada sin miramientos; debido a la infantilización que se le adjudica al procedimiento y al impacto simbólico que ello supone. Es como una herida a la potencia fálica, pues lo fálico remite al pene como órgano diferenciador del sexo opuesto, como representante de la masculinidad y la virilidad que; “en cuanto que esencia del *vir*, *virtus*, *pundonor*, principio de la conservación y del aumento del honor, sigue siendo indisociable, por lo menos tácitamente, de la virtud física, a través especialmente de demostraciones de fuerza sexual” (Bourdieu, 1999, p. 24). Lo que está en juego es, pues, una posible castración simbólica frente a su esposa. Sigue el testimonio:

Reviso que mi pene no se vuelva a cerrar, pues al sentir alguna molestia es señal de que pueda volver a pasar algo, entonces tengo que estar pendiente de eso porque: malo o bueno uno tiene que *cumplir* en la casa, como dice mi hermano, porque si no está el gallo viene otro y le arma severa fiesta en el gallinero (Ferney, G. Comunicación personal, 12 de agosto de 2019).

En nuestra etnografía encontramos otros casos importantes para sustentar lo que venimos afirmando. La siguiente viñeta describe un encuentro con un hombre (35 años) cuyas preocupaciones van en el

mismo sentido y también se asocian, según afirma, a su inadecuado control de la diabetes.

Durante una de las visitas al Centro de Salud del Vallado, en el distrito de Aguablanca oriente de Cali, y tras una charla sobre pie diabético ofrecida por la médica del programa, un enfermero se dirige a mí: “Ve, te presento a Ricardo, nuestro paciente estrella...” Ricardo me mira con cierta desconfianza y me saluda de mano, le saludo y me presento. En ese momento hay un silencio incómodo que se rompe cuando le cuento que estoy escribiendo un libro sobre cómo es vivir con diabetes en el oriente de Cali, que me han contado parte de su historia y que me gustaría documentarla. A partir de ahí él se nota más tranquilo, pide que nos sentemos y afirma: “claro, esto es bien complicado, fíjese que yo estoy con esto desde los 25 y ya tengo 35 (años de edad), aunque estuve cinco años por fuera (sin asistir al programa) y ya llevo uno de haber retomado los controles con juicio, pero igual ya me jodí, ya empecé neuropatía<sup>36</sup>, y a eso súmele que hace más o menos cinco años que no tengo erecciones, yo creo que tengo, además, cáncer de próstata, tengo los síntomas” – “tiene los síntomas... (intervengo)” – “sí, es que no es normal que yo estando tan joven no pueda tener erecciones, y todo inicia con lo descuidada que ha estado la diabetes” (Javier, H. Comunicación personal, 18 de diciembre de 2019).

Este sujeto, al igual que el del testimonio que le precede, adjudica su disfunción eréctil a la diabetes. Sin embargo, en su experiencia opera otro elemento fundamental: su edad. Para él resulta muy problemático que a sus 35 años no pueda tener la vida sexual activa que considera

---

<sup>36</sup> a neuropatía es una de las complicaciones más graves de la diabetes, es el resultado del desorden metabólico producto de la persistencia de altos niveles de azúcar en sangre. Generalmente se presenta en sujetos cuya enfermedad es de muy vieja data o –como en este caso– en aquellos con un control deficiente de la misma. Su característica fundamental es el daño a los nervios y afecta cualquier sistema y/u órgano. Sus síntomas van desde la sensación de hormigueo hasta el adormecimiento parcial o total de la zona afectada. Esta es una de las dificultades menos mencionadas por los sujetos diabéticos, más allá de que suelen referirse al temor que les produce la posibilidad de perder, por amputación, alguno de sus miembros, lo que sería resultado de la neuropatía.

normal. De ahí que intente relacionar su condición a otras patologías quizás más graves, pero de cuyo avance no sería directo responsable. En otras palabras, Ricardo pasa por una suerte de conflicto –interno-respecto a su lugar en la situación/condición que le aqueja. Cuando dice:– Me jodí (sic), evidentemente se refiere a su responsabilidad en el avance degenerativo de la diabetes, más cuando manifiesta creer que padece cáncer de próstata, se ubica en un escenario en el que sus prácticas cotidianas no se ven comprometidas, es decir, no es su culpa la disfunción eréctil que presenta, es un síntoma *normal*, propio de otra patología.

Como hemos visto, el discurso femenino alrededor de la relación sexual-diabetes se instala en la esfera subjetiva: de la emoción y el deseo, mientras que en los hombres la preocupación se sitúa en la imposibilidad fisiológica de acceso al acto sexual. No obstante, ello no quiere decir que las mujeres no padezcan síntomas físicos, que minen la posibilidad de tener actividad sexual; de hecho, es común que, en etapas avanzadas de la diabetes, las mujeres presenten resequedad vaginal, lo que hace el encuentro sexual displacentero, pudiendo ser este uno de los motivos de la pérdida del interés y el deseo, más allá de que ninguna de las entrevistadas alude a dicha dimensión.

Ahora bien, estos testimonios permiten corroborar las diferentes maneras en que hombres y mujeres experimentan y tramitan sus temores con relación a la diabetes. A los primeros les preocupa la pérdida de potencia física y sexual, a las segundas, como veremos más adelante, les preocupa la pérdida de habilidades que les permitan desarrollar su *vida normal*, que, en el sector estudiado tiene como característica, entre otras, la abnegación y el servilismo hacia los miembros del núcleo familiar y las actividades cotidianas del hogar. Los prestadores del servicio de salud tienen claras tales diferencias:

En una conversación en medio de un pasillo del Centro de Salud del Valladolid; un enfermero jefe se queja de la poca adherencia al trata-

miento que presentan los sujetos diabéticos: “no vienen, hermano, o, a veces vienen y todo, pero no siguen las recomendaciones, no hacen caso a los que se les pide, ni nada” – “bueno, pero... ¿a quienes se les dificulta más seguir el tratamiento, a los hombres o a las mujeres?” (pregunto) - “pues a los hombres hay que decirles que no se les va a parar (que no habrá erección), que, si no se toman la medicina, no se les para, y a ellas toca decirles lo del derrame (cerebral). Es lo más efectivo”. En ese momento nos interrumpen y no es posible indagar más al respecto.

Este enfermero entiende que, aunque el tratamiento siempre persigue los mismos objetivos, indistintamente del sexo del paciente, el camino para alcanzar las metas puede valerse de la división sexual del trabajo y las tareas y lugares simbólicos asignados a cada género. En efecto, él no llegó a esa conclusión a partir de los mismos parámetros y/o criterios que aquí discutimos y utilizamos. Su aprendizaje responde a un proceso pre-reflexivo que se nutre de la experiencia del trabajo cotidiano con los sujetos enfermos y dentro del *campo de la medicina*. Es la *repetición* y la *reproducción* de los modelos comunicativos y relacionales, que operan dentro de la institución, lo que le permite comprender y usar los códigos sociolingüísticos a los que alude.

## Referencias bibliográficas

Amezcuca, M. (2000). El trabajo de campo etnográfico en salud. Una aproximación a la observación participante. *Index de enfermería*, (30), 30-35.

Boltanski, L. (2004). *As classes sociais e o corpo*. Brasil: Graal.

Bourdieu, P. (1998). *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama

Bourdieu, P. (1999). *Meditaciones pascalianas*. Barcelona: Anagrama

Bourdieu, P. (2000). *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama.

- Castro, R. (2000). *La vida en la adversidad: El significado de la salud y la reproducción en la pobreza*. México: Crim
- Castro, R., & Erviti, J. (2015). *Sociología de la práctica médica autoritaria. Violencia obstétrica anticoncepción inducida y derechos reproductivos*. México: Crim
- Elias, N. (1939/2000). *La sociedad de los individuos*. Barcelona: Península
- Foucault, M. (1976). *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*. Madrid: Siglo XXI.
- Gadamer, H. (2001). *El estado oculto de la salud*. Madrid: Gedisa.
- Hammersley, M., & Atkinson, P. (1994). *Etnografía: métodos de investigación*. Madrid: Paidós.
- Hirsch, S., & Alonso, V. (2020). La emergencia de la diabetes en una comunidad tapiete de Salta: género, etnicidad y relaciones con el sistema de salud. *Salud Colectiva*, 16, 1-15. <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2760>
- Le Breton, D. (1999). *Antropología del dolor*. Barcelona: Seix Barral
- Le Breton, D. (2006). *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Leitón-Espinoza, Z. (2019). Emotional impact on the way to learn to live with the illness, “la diabetes”. *Salud Uninorte*, 34(3), 696-704. <https://doi.org/10.14482/sun.34.3.616.467>
- Lerman, S. (2016). “Un Pueblo Tan Dulce”: Diabetes, Depression, and Obesity Syndemics in Puerto Rico. (PhD Thesis) University of Connecticut.
- Mendenhall, E. (2019). *Rethinking Diabetes: Entanglements with Trauma, Poverty, and HIV* (Illustrated ed.). USA: Cornell University Press.

- Mercado, F. (1996). *Entre el infierno y la gloria. La experiencia de la enfermedad crónica en un barrio urbano*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara.
- Montesi, L. (2017). “Como Si Nada”: Enduring Violence and Diabetes among Rural Women in Southern Mexico. *Medical Anthropology*, 37(3), 206-220. <https://doi.org/10.1080/01459740.2017.1313253>
- Organización Mundial de la Salud (2016). *Preguntas más frecuentes*. <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>
- Page, J. (2019). Memoria, imaginación y miedo en la génesis de la diabetes mellitus. El caso de una mujer guatemalteca. *Revista Pueblos y Fronteras digital*, 14, 1-25. <https://doi.org/10.22201/cim-sur.18704115e.2019.v14.433>
- Pesantes, M. A., Lazo-Porras, M., Cárdenas, M. K., Diez-Canseco, F., Tanaka-Zafra, J. H., Carrillo-Larco, R. M., Bernabé-Ortiz, A., Málaga, G., & Miranda, J. J. (2020). Los retos del cuidado de las personas con diabetes durante el estado de emergencia nacional por la COVID-19 en Lima, Perú: recomendaciones para la atención primaria. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 37(3), 541-546. <https://doi.org/10.17843/rpmpesp.2020.373.5980>
- Restrepo, C., & Espinel, M. (1996). *Semiología de las prácticas de salud*. Bogotá: Centro Editorial Javeriano.