

# Una mirada social del proceso salud/enfermedad/atención de la enfermedad crónica: un aporte desde el enfoque relacional y las representaciones sociales

*A social view of health / disease / care process of chronic disease: a contribution from the relational approach and social representations*

Nanci Giraudó\*

\*Médica, Gerencia del Plan de Salud y Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Italiano de Buenos Aires (HIBA).  
mail  
denise.cytryn@hospitalitaliano.org.ar

Fecha recibido: 12/05/15  
Fecha aceptado: 17/07/15

## RESUMEN

En este artículo se despliegan algunas reflexiones conceptuales, teóricas y metodológicas acerca del enfoque relacional y de las representaciones sociales, posibles de ser usadas en abordaje y estudio del proceso salud/enfermedad/atención de una enfermedad crónica. Las enfermedades crónicas, producen significados subjetivos y colectivos que interfieren en la cotidianeidad de las personas que la padecen y por ende, en el proceso de cuidado de la salud y atención. Una mirada desde del enfoque relacional es una alternativa que puede contribuir a identificar, describir y analizar la estructura de relaciones que se originan a partir de un sujeto que tiene una dolencia. Mientras que las representaciones sociales, pueden ayudar a entender que les pasa y que hacen las personas cuando tienen un padecimiento crónico, a partir del contexto social donde se estas se originan, dado que, el proceso salud/enfermedad/atención compromete muchas esferas de la vida que van desde las biológicas, psicológicas, ideológicas, culturales, hasta las políticas e institucionales, particulares de cada uno y de cada lugar. La presente revisión intenta poner en juego otras visiones teóricas y metodológicas, para analizar y abordar los padecimientos crónicos, los que considerados sólo desde la visión asistencial en el marco del modelo médico hegemónico quedan escindidos de su contexto social cultural e histórico.

**PALABRAS CLAVE:** proceso salud/enfermedad/atención, enfoque relacional, representaciones sociales.

## ABSTRACT

In this article some conceptual, theoretical and methodological reflections on the relational approach and social representations, possible to be used in approach and study of the health/disease/care for a chronic disease process unfold. Chronic diseases, produce subjective and collective meanings that interfere with everyday life of people who suffer and therefore, in the process of health care and attention. A view from the relational approach is an alternative that can help to identify, describe and analyze the structure of relationships that arise from a subject having a disease.

While social representations, can help you understand happens and people do when they have a chronic condition, from the social context in which these arise, given that the health/disease/care committed many areas of life ranging from biological, psychological, ideological, cultural, even political and institutional, individual to each and every place. This review attempts to bring into play other theoretical and methodological views, to analyze and address the chronic ailments, which considered only from the vision care under the hegemonic medical model are excised from its cultural and historical social context.

**KEYWORDS:** health/disease/care process, relational approach, social representation.

*Archivos de Medicina Familiar y General 2015; 12(2): 7-11*

## INTRODUCCIÓN

El ejercicio habitual como profesionales médicos muchas veces no propicia una reflexión crítica sobre nuestro hacer quedando en muchos casos desdibujado el contexto social y cultural de las personas que asistimos y que padecen una enfermedad crónica (1). En la presente revisión intentaremos hacer un paréntesis, reflexionar y plantear otros abordajes teóricos conceptuales como distintas posibilidades de abordar el estudio y análisis del proceso salud/enfermedad/atención (s/e/a), partiendo de la premisa que el mismo acontece en un contexto de relaciones sociales múltiples, en el cual influyen tanto las representaciones de los sujetos afectados por un padecimiento crónico como la de los profesionales que participan en la atención o cuidado y lo institucional (2). Este artículo forma parte del marco teórico de una investigación de tesis doctoral en el campo de la Salud Colectiva. Para realizar la presente revisión teórica de los conceptos propuestos realizamos una búsqueda de investigaciones relacionadas con el tema dentro del área de la salud colectiva en Scielo; decidiendo recurrir a los precursores de ambos enfoques. Tomamos como autor principal a Menéndez para el enfoque relacional y nos basamos en Moscovici, Jodelet y Spink, para el de representaciones sociales. Además realizamos una búsqueda de investigaciones relacionadas con el tema con la idea de articular ideas y conocimientos, como fuente valiosa para la reflexión crítica sobre la enfermedad crónica dentro el campo de la salud y con una mirada colectiva.

### Una mirada de la enfermedad crónica desde la perspectiva relacional

Pensar los procesos de salud y no pensar en las relaciones que se dan entre los sujetos es generar desde un inicio una visión sesgada de esa realidad; Young (1982) (3), en uno de sus trabajos sobre la antropología médica actual, planteó que el modelo médico tradicional reduce los procesos de s/e/a a meros eventos clínicos, lo que tiende a limitar las relaciones sociales a la relación médico/paciente - familia, excluyendo todo otro tipo de relación macro-social (2). Surgiendo la necesidad de otras miradas del proceso s/e/a, el enfoque relacional es una opción interesante porque aporta un horizonte socio-antropológico para pensar en la organización social, la formación de identidades y la vida cotidiana, en términos de mallas y tejidos de relaciones sociales, privilegiando el análisis de las múltiples transacciones que operan en la vida de los agregados sociales (2,4,5,6).

No debería sorprendernos que la enfermedad sea pensada como un acontecimiento netamente biológico y que sus dimensiones sociales, culturales y subjetivas sean sistemáticamente relegadas, quedando los recursos terapéuticos limitados a la farmacología, a los procedimientos e intervenciones anatómicas directas (2).

Esta visión fragmentada alimenta la ilusión de que es posible un estudio o abordaje neutral, objetivo y carente de todo ruido informacional, dejando de lado la subjetividad y/o influencias socio culturales de las personas (7,8). La mirada deshistorizada, característica del modelo médico hegemónico definido por Menéndez (1990) (1) escinde a la persona que padece una enfermedad de su contexto social, apoyándose en una distinción rígida entre lo objetivo y lo subjetivo, no considerando en general lo que las personas sienten, piensan y dicen hacer respeto a su proceso s/e/a (9).

Desde del enfoque relacional Menéndez (1990, 2003) (1,10) plantea que la biomedicina estaría en una situación de crisis permanente, destacando la existencia de diferentes formas de

atención alternativas que persisten en la actualidad. Mientras que, otras tendencias biomédicas están en una suerte de exitismo cientificista, que sólo conciben la innovación en términos de progreso técnico más o menos infinito, mostrando insuficiente sensibilidad para detectar y explicar los cambios institucionales, culturales, económico y políticos que afectan el saber médico (1,11,12).

A partir de lo planteado, pensamos que el enfoque relacional nos acerca al saber médico y al saber de las personas que tienen una enfermedad crónica de una manera integral y acabada (13). Las enfermedades crónicas promueven sentidos, significados individuales y colectivos que participan e influyen de diversas formas en los procesos s/e/a (9). Desde la perspectiva relacional, Menéndez (1994) (14) plantea que enfermar, morir, atender la enfermedad y la muerte deben ser pensados como procesos o hechos sociales, a partir de los cuales, los conjuntos sociales construyen acciones, técnicas, procedimientos e ideologías, una parte de las cuales se organizan profesionalmente (15). Es decir que, el proceso s/e/a es objeto de construcción de saberes y prácticas, a partir de los diferentes conjuntos sociales, incluidos también los curadores (biomédicos, tradicionales o alternativos), que posibilitan su definición, su reconocimiento así como la forma organizada de atención (16,17). Considerando que la sociedad modela al individuo, lo influye y a menudo también lo ataca, pero también lo define (16).

A partir de la carrera del enfermo o del itinerario terapéutico se pueden identificar todas o por lo menos, la mayoría de las formas de atención que intervienen en un contexto determinado, lo cual sería difícil de obtener por muy diversas razones si sólo consideramos las perspectivas de los curadores (17,18). Es a partir de los diversos conjuntos sociales que podemos observar el uso articulado o no, de las diferentes formas de abordar el procesos s/e/a que emplea cada grupo social (19).

### **Una mirada de la enfermedad crónica desde las representaciones sociales**

La teoría de las representaciones sociales (RS) enunciada por Moscovici (1979 [1961]), plantea la complejidad del pensamiento de sentido común, abriendo la posibilidad de estudiar cómo las distintas cogniciones y creencias culturales se organizan jerárquicamente para comprender un objeto en un grupo social dado, y destaca los procesos sociales de comunicación y discurso en que surgen, se afianzan y se transforman. El autor refiere que no todo objeto puede ser considerado como representación social y plantea tres características esenciales de las RS, la primera se refiere al criterio de cuantificación, esto es, que sea un objeto o una información valiosa para la colectividad, la segunda es el criterio de producción, es decir, que exista suficiente información al respecto del objeto, aun cuando sea contradictoria, y la tercera, es el criterio de funcionalidad, esto es que los sujetos tomen una posición con relación a la información y al objeto (22). Moscovici, retomó las ideas de Durkheim de finales del siglo XVIII, quién planteó que las RS se desglosan de las relaciones que se establecen entre los sujetos o grupos sociales. Una característica central de las RS, es el ser socialmente preparadas y compartidas, favoreciendo a la construcción de una realidad común y que permite la comunicación (21, 22). Las RS proponen una valorización del saber lego y del conocimiento cotidiano con sus procesos de producción -que se desarrollan en el contexto colectivo y de apropiación- en el marco de la experiencia de cada individuo, por medio de una operación denominada anclaje, que permite que el conocimiento científico sea asimilado al conocimiento popular (22). Las RS son construcciones de los sujetos sobre un objeto, pero nunca reproducciones de ese objeto. Es decir, son elementos del conocimiento que se manifiestan en la persona como -imágenes, conceptos, categorías y teorías- no limitados solo a los componentes cognitivos (23). Las RS son modalidades de conocimiento práctico, orientadas para la comunicación y la comprensión del contexto social y material en que vivimos.

Por su parte Jodelet (1985) (23), también figura notable en el estudio de las RS las define como: a) fenómenos que se presentan bajo formas variadas, más o menos complejas; b) imágenes que condensan un conjunto de significados; c) sistemas de referencia que nos permiten interpretar lo que sucede, e incluso, dar un sentido a lo inesperado; d) categorías que sirven para clasificar las circunstancias, los fenómenos y a los individuos con quienes tenemos algo que ver; y e) teorías que permiten establecer hechos sobre ellos.

A menudo, cuando se les comprende dentro de la realidad concreta de nuestra vida social, las representaciones sociales son todo ello junto. También definió cinco características de las RS que nos permite un análisis en profundidad (23): 1) la representación se produce siempre en relación con un objeto, por lo que se establece una representación mental del acontecimiento de manera simbólica; 2) a través del proceso de representación, lo abstracto se concretiza transformándose en una imagen estructurada, la idea se materializa y codifica; 3) la representación tiene un carácter constructivo, no es una simple reproducción, implica siempre una parte de construcción y reconstrucción; 4) tienen un carácter autónomo y creativo, ya que emplean elementos descriptivos y simbólicos proporcionados por la comunidad que se imponen al sujeto, las representaciones se integran y superponen unas a otras, son autónomas a la conciencia del individuo porque operan en situación de intercambio e interacción y no aisladamente; y 5) implican algo social donde las imágenes o representaciones que el sujeto tiene del mundo social no son imágenes individuales, sino compartidas por los integrantes de un grupo o una comunidad. Lo social se introduce a través de la comunicación entre los actores sociales, expresando la pertenencia social del sujeto. Avanzando en la teoría de las RS Spink (1993) (24) plantea dos ejes, uno hace referencia a las clases de conocimiento práctico orientadas hacia la comprensión del mundo y la comunicación, mientras que el otro, plantea que las representaciones emergen como elaboraciones (construcciones de carácter expresivo) de sujetos sociales al respecto de objetos socialmente valorizados. Plantea que las RS, son esencialmente fenómenos sociales, que deben entenderse en su contexto de producción y que proceden del fondo cultural acumulado por la sociedad en su historia.

Profundizando un poco más, llegamos a Jodelet (2007) (25), que propone considerar tres esferas de referencia de las RS: a) la esfera de la subjetividad, que nos sitúa en los procesos a través de los cuales el sujeto se apropia y construye representaciones en conexión con sus experiencias y vivencias individuales; b) la esfera de la intersubjetividad, en la que las representaciones son construidas en la interacción entre individuos, a través de la comunicación verbal y la negociación de sentidos en un grupo o comunidad local; y c) la esfera transubjetiva, que se refiere al espacio social y público donde circulan representaciones que cruzan los espacios locales de vida (26).

En cada una de estas esferas, las RS cumplen distintas funciones: a) en la esfera de lo subjetivo, las RS tienen una función expresiva, permiten ver los significados que los sujetos conceden a un objeto localizado en su entorno social y físico, a partir de sus sensibilidades, intereses, deseos; b) en la esfera de lo intersubjetivo, las RS intervienen como medios de comprensión, herramientas de las interpretaciones y de la construcción de significados compartidos acerca de los objetos de negociación; y c) mientras que la esfera transubjetiva, corresponde al aparato cultural, al conjunto de modelos, normas y valores transmitidos socialmente, así como al universo simbólico correspondiente a las presiones que imponen la estructura social y de poder, y las ideologías. A tal nivel, el sistema de representación ofrece los criterios de codificación y de clasificación de la realidad, suministra los instrumentos mentales, los repertorios que permiten construir las significaciones compartidas en la sociedad (25).

Según Ibáñez (1988, 2003) (27,28), las RS son productos socioculturales, estructuras significantes que emanan de la sociedad y que nos informan sobre sus características.

Esto significa que las RS se infieren a partir de las creencias compartidas, de los valores básicos, de los referentes históricos y culturales. En consonancia a lo propuesto por Menéndez (1997) (29) podemos decir que el proceso *s/e/a* no es una representación social, sino lo que esto despierta, evoca y produce en los sujetos, debido a que los padecimientos y las enfermedades crónicas constituyen uno de los principales fenómenos de

construcción de significados colectivos en una comunidad / sociedad. Dado que, las personas necesitan entender, explicar y manejar los procesos que amenazan o interfieren su vida cotidiana, como puede ser el padecimiento de una enfermedad crónica, que produce sentidos y significados subjetivos y colectivos que influyen de maneras diversas en el proceso *s/e/a* (29). Retomando las palabras de Menéndez (1996) (9), las RS establecen la guía para la acción, la cual se resuelve en la actuación, y en la práctica puede modificar situaciones frente a las variaciones que presentan las diferentes etapas de una enfermedad crónica y a las personas devenidas en pacientes en función al tipo de institución en la que trabaja el médico.

Aplicado al análisis del proceso de *s/e/a* en particular, Osorio (2001) (30) y Torres (2002) (31), definen a las RS como el conjunto de nociones, conocimientos, creencias, actitudes y valoraciones, a través de los cuales se vivencian y aprehenden los padecimientos, conduciendo a los sujetos a tomar una postura ante su enfermedad, y con ello, sobre la forma en que ésta debe ser manejada y atendida. Además, Torres refiere que las RS sobre un sufrimiento crónico, permiten vislumbrar cómo estos procesos fueron construidos y re-elaborados a la luz de las experiencias personales y de las compartidas, ya sea con otros enfermos, familiares, profesionales de la salud e instituciones (31). Mientras que Flores (2001) (32), plantea que las RS no son algo acabado, definido y que pueden sufrir, de hecho sufren, modificaciones a lo largo de la experiencia cotidiana de las personas, sometiéndose a cambios y modificaciones continuas.

Es viable señalar que al hablar de RS estamos considerando lo siguiente: a) lo que piensan las personas sea una imagen o contenido con referencia a un objeto; b) cómo los sujetos piensan el objeto, cómo lo construyen y cómo lo utilizan, es decir, los procesos cognitivos y comunicativos (colectivos de pensamiento e intercambio social) que elaboran ese contenido, lo crean y lo transforman; y c) ¿por qué las personas lo piensan o lo expresan de una manera determinada? esto es, cuáles son las funciones prácticas y comunicativas, y sus confrontaciones en la elaboración de una realidad común (33).

### Reflexiones finales

A pesar de que contamos con cierta literatura que describe cómo es vivir con una enfermedad crónica, por ejemplo, diabetes mellitus tipo 2, todavía hay una brecha que falta poner en consideración (34,35). En lo personal pienso que apoyarnos en otros marcos teóricos como el enfoque relacional y las representaciones sociales, nos aportaría una mirada profunda y diferenciada respecto a ¿qué significa para hombres, mujeres y su entorno vivir con una enfermedad crónica?

El enfoque relacional atento a las RS de los sujetos que padecen una enfermedad crónica, puede captar las relaciones de ellos, con y entre los diferentes servicios médicos (hegemonía/subalternidad, cuestionamientos mutuos, articulación, otros), en tanto que, un análisis basado sólo en las RS de los trabajadores de salud reforzaría una visión de antagonismos (36). Sin negar la existencia de discrepancias, Menéndez (2004, 2005) (34,37) alerta que el reconocimiento de estas oposiciones suele darse sobre todo a través de las RS de los curadores de las diferentes formas de atención, pero mucho menos a nivel de las prácticas de los conjuntos sociales a través de las cuales se observa una tendencia a integrar las diferentes formas de atención más que a antagonizar, excluir o negar unas en función de otras.

En síntesis, lo que pretende este artículo de revisión es aportar otras miradas o formas de estudiar y analizar el proceso *s/e/a* a partir de la persona que padece una enfermedad crónica, como la perspectiva relacional y la teoría de las RS. Dado que la enfermedad crónica es algo más que una serie de síntomas y signos, sino más bien un evento desafortunado que modifica el curso de la vida de un sujeto, de una familia y de su entorno, en el que puede captarse, a la vez, el pensamiento social (representaciones sociales) y el pensamiento científico (representaciones técnicas), donde la tendencia observada en los conjuntos sociales es la integración de los saberes (10,38). El manejo de la enfermedad crónica implica, para el personal de la salud, tener en cuenta las necesidades de dos mundos colindantes e interdependientes, el biológico y el psicosocial, debido a que la mayoría de las enfermedades crónicas afectan aspectos importantes de la vida en los sujetos que la padecen, atravesando ellos diferentes etapas (30,39). Menéndez (2009) (13) plantea que no se trata solo de pensar en el modelo biomédico, sino en todos los saberes y formas de atención que en forma intencional buscan prevenir, dar tratamiento, controlar, aliviar o curar un padecimiento. Una mejor comprensión del manejo de las dolencias crónicas desde la persona afectada y de su entorno, como así también desde el sistema de salud, facilitaría la promoción de estrategias directas e indirectas para mejorar la atención y la gestión de apoyo a las personas que viven con una enfermedad crónica.

**BIBLIOGRAFÍA**

- 1 Menéndez E. Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica. Alianza, México 1990.
- 2 Entrevista: Eduardo Luis Menéndez Spina. *Trabalho, Educação e Saúde* 2012;10(2): 335-345. [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462012000200009&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462012000200009&lng=pt&tlng=pt) 10.1590/S1981-77462012000200009.
- 3 Young A. The anthropologies of illness and sickness. *Annual Review of Anthropology* 1982;11:257-85.
- 4 White H. La construcción de las organizaciones sociales como redes múltiples. *Política y sociedad* 2000;33:97-104.
- 5 González RL y Molina JL. Introducción: redes para repensar lo social. *Revista Redes* 2003;4(1): 1-4.
- 6 Menéndez E. Desaparición, resignificación o nuevos desarrollos de lazos y rituales sociales. En: *Relaciones* 107, verano 2006, vol. XXVII.
- 7 Vidal A. Existencialismo, subjetividad y humanismo. Capítulo 10. En: *Introducción a la filosofía y a la argumentación filosófica*. Alejandra Bertucci y col. 1ª ed. La Plata : Universidad Nacional de La Plata, 2013.
- 8 González G. Heidegger y los relojes. Ediciones Encuentro, S.A. Madrid 2008.
- 9 Menéndez E. De algunos alcoholismos y algunos saberes: atención primaria y proceso de alcoholización. México: CIESAS 1996.
- 10 Menéndez EL. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciênc. saúde coletiva* [online] 2003;8(1):185-207. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232003000100014>.
- 11 Menéndez E. De algunos alcoholismos y algunos saberes: atención primaria y proceso de alcoholización. México: CIESAS 1996.
- 12 Ortiz Z, García Dieguez M, Laffaire M. Medicina Basada en la Evidencia. *Boletín de Academia de Medicina de Buenos Aires*. [bvs.insp.mx/componen/mbevid/bibcoch/doc/MBE](http://bvs.insp.mx/componen/mbevid/bibcoch/doc/MBE).
- 13 Menéndez E. De sujetos, saberes y estructuras: introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva. 1ª ed. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2009.
- 14 Menéndez E. La enfermedad y la curación ¿qué es medicina tradicional? *Alteridades*, 1994.
- 15 Menéndez E. Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos. *Revista de Antropología Social*, 2005;14:33-69.
- 16 Di Tella T y Lucchini C. Conceptos Sociológicos Básicos en: *Nociones básicas de Sociología*. 4ª Ed. Buenos Aires: Editorial Biblos, 2007.
- 17 Menéndez E. Hacia una práctica médica alternativa. *Hegemonía y autoatención (gestión en salud)*, México, 1984. CIESAS.
- 20 Moscovici S [1961]. *El psicoanálisis, su imagen y su público*. Buenos Aires 1979, Huemul.
- 21 Durkheim, E. *Sociología y Filosofía*. Estudios Durkheimianos, Madrid: Mino y Dávila, 2000.
- 22 Moscovici S. *A representação social da psicanálise*. Río de Janeiro (RJ): Zahar; 1978.
- 23 Jodelet D. *La representación social: Fenómenos, conceptos y teoría*. Editado por Moscovici S. *Psicología Social II*. Barcelona, España: Ediciones Paidós 1985;469-94.
- 24 Spink *Representations in Social Psychology*. *Cad Saúde Públ*. Río de Janeiro 1993;9(3): 300-08.
- 25 Jodelet D. Hacia una psicología del sentido. Una integración de las ciencias sociales y la hermenéutica a partir del imaginario”, conferencia presentada en el marco de la entrega del Doctorado Honoris Causa a Denise Jodelet en la Universidad de Guadalajara, Guadalajara, 9 de marzo de 2007.
- 26 Jodelet D. El movimiento de retorno al sujeto y el enfoque de las representaciones sociales. *Cultura y representaciones sociales*, año 3, n°5. IIS, Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM, Universidad Nacional Autónoma de México: México, B.Aires, 2013;33(2): 60-4. 2008. <http://www.culturayrs.org.mx/revista/num5/Jodelet.pdf>
- 27 Ibañez T. *Ideologías de la vida cotidiana*. Barcelona, España: Ediciones Sendai 1988.
- 28 Ibañez T. *Psicología social constructorista*. Guadalajara: Editorial Universitaria-UdeG 2003.
- 29 Menéndez E. El punto de vista del actor: homogeneidad, diferencia e historicidad. *Relaciones*, 1997;69:237-270.
- 30 Osorio R. *Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*, México 2001, CIESAS.
- 31 Torres T. Una aproximación cualitativa al estudio de las enfermedades crónicas: las representaciones sociales. *RevPrécis [en línea]* 2002; N° 23. Instituto Regional de Investigación en Salud Pública del Centro Universitario de Ciencias de la Salud, disponible en: <http://www.cge.udg.mx/revistaudg/rug23/art4dosier23.html>
- 32 Flores F. Representación social: género y salud mental. En Calleja N y Gómez G. (comps). *Psicología Social: investigación y aplicaciones en México*. México, Fondo de Cultura Económica; 2001.
- 33 Gaffié B. *Confrontations des Représentations Sociales et construction de la réalité*. Conferencia presentada el 19 de mayo de 2004. Disponible en: [http://www.geirso.uqam.ca/jirso/Vol2\\_Aout05/06Gaffie.pdf](http://www.geirso.uqam.ca/jirso/Vol2_Aout05/06Gaffie.pdf).
- 34 Mathew R, Gucciardi E, DeMelo M and Barata P. Self-management experiences among men and women with type 2 diabetes mellitus: a